

# ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE NIÑAS Y NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA CON RIESGOS O SOSPECHA DE DIFICULTADES O PROBLEMAS DEL DESARROLLO

---

Grupo Curso de Vida

Dirección de Promoción y Prevención

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO MARTÍNEZ**

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**

Viceministro de Protección Social

**GONZALO PARRA GONZÁLEZ**

Secretario General

**GINA ROSA ROJAS FERNÁNDEZ**

Directora de Promoción y Prevención

**MONICA GENITH CASTRO HERNANDEZ**

Coordinadora Grupo Curso de Vida

Octubre de 2023

**Orientaciones técnicas para la atención y el seguimiento de niñas y niños en primera infancia con riesgos o sospecha de dificultades o problemas del desarrollo**

---

**Elaboración:**

**JAVIER GUILLERMO DIAZ AMAYA**

Consultor para la Oficina de Colombia

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF

Producto en el marco de las Consultorías Individuales 43303566 de 2020, 43335780 de 2021 y 43360714 de 2022

**Apoyo Técnico y Revisión:**

**SALUA MARCELA OSORIO MRAD**

**MARTHA IMELDA LINERO DELUQUE**

**LUZ ANGELA ARTUNDUAGA**

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF

**MÓNICA GENITH CASTRO**

**NATALIA MUNARTH RUBIO**

Grupo Curso de Vida - Dirección de Promoción y Prevención

Ministerio de Salud y Protección Social

**2023**

## AGRADECIMIENTOS ESPECIALES POR SU PARTICIPACIÓN Y SUS RECOMENDACIONES EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN Y DE VALIDACIÓN:

**Andrés Felipe Agudelo Hernández.** Médico. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra de niños, niñas y adolescentes. PhD en Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Docente Universidad de Manizales. Ex – consultor del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Organización Panamericana de la Salud.

**Diana Alexandra Camargo Rojas.** Fisioterapeuta. Especialista en Estadística. Magister en Salud Pública. Profesora Departamento del Movimiento Corporal Humano de la Facultad de Medicina y Miembro del Observatorio de Inclusión educativa para personas con discapacidad OIED de la Universidad Nacional de Colombia.

**Leonor Isaza Merchán.** Psicóloga infantil. Magister en Desarrollo Educativo y Social. Consultora en Desarrollo infantil para entidades del Distrito Capital y de orden nacional en Colombia.

**Álvaro Hernán Izquierdo Bello.** Médico. Especialista en Neuropediatría. Profesor Titular Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro de la Asociación Colombiana de Neurología Infantil ASCONI.

**Luis Arturo Lizcano Gil.** Médico. Especialista en Genética. Neurogenetista. Miembro de la Asociación Colombiana de Genética Humana, la American Society of Human Genetics, la European Society of Human Genetics, la Society for Inherited Metabolic Disorders, la European Society for the Study of Inborn Metabolic Diseases y la Sociedad Latinoamericana de Errores Innatos del Metabolismo y Pesquisa Neonatal.

**Adriana Eugenia Millán Cuéllar.** Psicóloga. Neuropsicóloga. PhD en Neuropsicología. Ex integrante del Grupo de Infancia de la Secretaría de Salud de Santiago de Cali. Colombia.

**Marisol Moreno Angarita.** Fonoaudióloga. Magíster en Comunicación. PhD en Salud Pública. Profesora Titular del Departamento de la Comunicación Humana y Directora del Grupo de Investigación Discapacidad, Políticas y Justicia Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Integrante en la Mesa de Discapacidad. Comisión Intersectorial de Primera Infancia de Colombia de la Presidencia de Colombia.

**Juan Carlos Pérez Poveda.** Médico. Especialista en Pediatría. Especialista en Neuropediatría. Epileptólogo. Profesor de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. Ex - Presidente de la Asociación Colombiana de Neurología Infantil – ASCONI.

**Sergio Mauricio Plata García.** Médico. Especialista en Foniatria. Foniatra Fundación HOMI Hospital de la Misericordia. Profesor del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

**Leyla Sanabria Camacho.** Terapeuta Ocupacional. Magister en Musicoterapia, Máster en psicopedagogía clínica y atención a la diversidad. Certificada en Integración sensorial.

Profesora del Departamento de la Ocupación Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y de la Asociación Colombiana de Integración Sensorial.

**Doris Valencia Valencia.** Médica. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Magíster en Epidemiología. Fisiatra infantil Fundación HOMI Hospital de la Misericordia. Profesora del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

### **ENTIDADES Y EXPERTOS QUE ACOMPAÑARON EL PROCESO DE REVISIÓN, AJUSTE Y VALIDACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO:**

Ministerio de Salud y Protección Social: Grupo Curso de Vida, Grupo de Gestión de la Salud Mental, Grupo de Gestión de la Discapacidad, Dirección de Talento Humano en Salud, Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria.

Sociedad Colombiana de Pediatría.

Asociación Colombiana de Neurología Infantil ASCONI.

Asociación Colombiana de Psiquiatría Capítulo de Psiquiatría Infantil.

Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación.

Asociación Colombiana de Genética Humana.

Asociación Colombiana de Médicos Genetistas.

Colegio Colombiano de Psicólogos.

Sociedad Colombiana de Neuropsicología.

Asociación Colombiana de Fisioterapia ASCOFI.

Asociación Colombiana de Integración Sensorial.

Universidad Nacional de Colombia: Departamento de Pediatría, Especialización en Neuropediatría, Departamento de la Comunicación Humana, Departamento del Movimiento Humano, Departamento de la Ocupación Humana.

Fundación Universitaria Sanitas.

Universidad de La Sabana.

Universidad Militar Nueva Granada.

Universidad Libre de Barranquilla.

Universidad CES: Departamento de Pediatría, Especialización en Neurodesarrollo y Aprendizaje.

Universidad de Antioquia.

Universidad Pontificia Bolivariana.

Universidad Surcolombiana.

Universidad del Bosque.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Universidad de Los Andes.

Cristina Lorena Ramírez. Médica. Especialista en Neuropediatría. Estudiante de Doctorado en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.

Ernesto Durán Strauch. Médico. Especialista en Pediatría. Magíster en Psicología Social y Comunitaria. PhD en Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Coordinador del Observatorio sobre Infancia y Profesor del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Ex – Presidente del Capítulo de Pediatría Social de la Asociación Latinoamericana de Pediatría ALAPE y Ex – Presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Bogotá.

\* Durante el proceso de revisión, ajuste y validación se invitó a la Asociación Colombiana de Fonoaudiología ASOFONO y al Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional en múltiples ocasiones pero no se obtuvo respuesta. Aun así, en el proceso participaron expertos de estas áreas que compartieron sus conocimientos, experiencias y perspectivas para enriquecer el documento y el proceso de atención de niños y niñas en primera infancia en Colombia.

## LISTADO DE ABREVIATURAS

- CIF:** Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
- EAPB:** Empresas Administradoras de Beneficios de Salud.
- EAD:** Escala Abreviada de Desarrollo.
- EAD-3:** Escala Abreviada de Desarrollo-3.
- EIM:** Errores Innatos del Metabolismo.
- IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- RIAMP:** Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.
- RIAPMS:** Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud.
- RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud.
- UNICEF:** Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas.

## TABLA DE CONTENIDO

### **1. INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES DEL DOCUMENTO.**

1.1 Introducción.

1.2 Presentación del documento.

1.3 Población sujeto.

1.4 Objetivos.

1.5 Enfoques de la atención y Principios del documento.

### **2. CONCEPTOS BÁSICOS EN DESARROLLO INFANTIL: PERSPECTIVA CLÍNICA.**

2.1. Definición y Características de interés clínico.

2.2. Estrategias de seguimiento del desarrollo.

2.2.1. Vigilancia del desarrollo.

2.2.2. Tamizaje del desarrollo.

2.2.3. Evaluación médica y del desarrollo.

2.3. Riesgos del desarrollo.

2.4. Espectro del desarrollo atípico y de los problemas del desarrollo infantil.

2.4.1. Desarrollo atípico y tipos de problemas del desarrollo.

2.4.2. Espectro de los problemas del desarrollo.

2.5. Diagnósticos del desarrollo.

2.6. Trastornos del desarrollo.

### **3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL ABORDAJE DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A SU DESARROLLO.**

3.1 La integralidad de la valoración y la atención.

3.2 El trabajo en equipo.

3.3 El seguimiento longitudinal.

3.4 El ciclo de la intervención en el desarrollo.

**3.5 Atención centrada en el niño y atención centrada en la familia.**

**3.6 El trabajo y la comunicación con las familias.**

**3.7 Adaptabilidad.**

#### **4. ORIENTACIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS PARA EL ABORDAJE EN SALUD DEL NIÑO O NIÑA CON RIESGOS O ALTERACIONES DEL DESARROLLO.**

**4.1 Detección de niños y niñas con riesgos o con sospecha de un curso atípico del desarrollo.**

**4.1.1. Procedimientos, actividades o intervenciones en salud que permiten la detección de niños y niñas con riesgos o con sospechas de un curso atípico del desarrollo.**

**4.1.1.1. La valoración del desarrollo infantil en las Rutas Integrales de Atención en Salud.**

**4.1.1.2. La Escala Abreviada de Desarrollo-3.**

**4.1.1.3. El Cuestionario VALE.**

**4.1.1.4. El Test m-Chat R/F.**

**4.1.1.5. El tamizaje neonatal y la detección de riesgos para el desarrollo.**

**4.1.1.6. Otras atenciones en salud.**

**4.1.2 Atenciones o actividades de otros sectores a través de las cuales se pueden detectar niños y niñas con riesgos o sospecha de dificultades o alteraciones del desarrollo.**

**4.1.3. Categorización y seguimiento de los riesgos para el desarrollo en la primera infancia.**

**4.1.4. Talento humano en salud que participa de la identificación de los riesgos para el desarrollo y la detección de dificultades o cursos atípicos del mismo.**

**4.1.5. Recomendaciones para la detección de niños y niñas con dificultades o cursos atípicos del desarrollo infantil.**

**4.1.5.1. Identificación de los factores de riesgo y los factores protectores para el desarrollo infantil.**

**4.1.5.2. Identificación de inquietudes o preocupaciones sobre el desarrollo o el comportamiento de los niños y las niñas.**

**4.1.5.3. Seguimiento a los hitos del desarrollo.**

**4.1.5.4. Identificación de signos de alarma en el proceso del desarrollo infantil.**

**4.1.5.5. Recomendaciones para el seguimiento del recién nacido con prematuridad.**

**4.1.6. Derivaciones de la detección de niños y niñas con riesgos o posibles dificultades o cursos atípicos del desarrollo.**

**4.2 Evaluación diagnóstica de los niños y las niñas con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo.**

**4.2.1 Generalidades de la evaluación diagnóstica.**

**4.2.2. Procedimientos de evaluación diagnóstica.**

**4.2.2.1 Consulta de valoración integral del desarrollo por pediatría.**

**4.2.2.1.1. Anamnesis dirigida al desarrollo infantil.**

**4.2.2.1.2 Examen físico dirigido al desarrollo infantil.**

**4.2.2.1.3. Análisis diagnóstico.**

**4.2.2.1.4. Determinación del plan de cuidado.**

**4.2.2.2. Aplicación de escalas de evaluación del desarrollo infantil y de evaluación neuromotora.**

**4.2.2.2.1. Escalas de evaluación del desarrollo infantil.**

**4.2.2.2.2. Escalas de evaluación neuromotora.**

**4.2.2.3. Exámenes complementarios para la evaluación sensorial y para la evaluación médica del desarrollo.**

**4.2.2.4. Derivaciones para la activación del equipo interdisciplinario.**

**4.2.3. Recomendaciones generales para el proceso diagnóstico.**

**4.2.4. Recomendaciones específicas para el seguimiento en la evaluación diagnóstica.**

**4.2.5. Errores comunes en el proceso de evaluación diagnóstica.**

**4.3. Recomendaciones para la intervención orientada a la promoción del desarrollo del niño o la niña con dificultades, problemas, atipicidades o trastornos del desarrollo: Plan de cuidados.**

**4.3.1. Atenciones propias del sector salud.**

**4.3.1.1. Recomendaciones para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña con dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.**

**4.3.1.1.1. Conformación y participación de un equipo interdisciplinario.**

**4.3.1.1.2. Recomendaciones para la definición del plan de intervención.**

**4.3.1.1.3. Recomendaciones para la implementación y el seguimiento del plan de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño y la niña.**

**4.3.1.2. Recomendaciones para la atención de las condiciones médicas, del desarrollo o del comportamiento asociadas.**

**4.3.2. Atención dirigida a la familia.**

**4.3.3. Recomendaciones para la articulación intersectorial para la promoción del desarrollo de niños y niñas con dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.**

**4.3.4. Errores comunes del proceso de intervención para la promoción del desarrollo del niño o la niña con dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.**

**5. RECOMENDACIONES FINALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA CON RIESGOS, DIFICULTADES O ATIPICIDADES DEL DESARROLLO.**

**5.1. Recomendaciones para el talento humano en salud.**

**5.2. Recomendaciones para el trabajo intercultural en la evaluación del desarrollo infantil.**

**5.3. Recomendaciones para el trabajo intersectorial por el desarrollo de la primera infancia**

**BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXOS**

**ANEXO N°1. RECURSOS EDUCATIVOS PARA EL ABORDAJE DEL NIÑO Y LA NIÑA CON RIESGOS O ATIPICIDADES DEL NEURODESARROLLO.**

**ANEXO N°2. MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE CONCEPTOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO DEL NIÑO O LA NIÑA CON SOSPECHA DE ALTERACIONES DEL DESARROLLO INFANTIL.**

**ANEXO N°3. DIAGRAMA DE FLUJO DEL ABORDAJE DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS CON RIESGO O SOSPECHAS DE DIFICULTADES O ATIPICIDADES DEL DESARROLLO.**

**GLOSARIO**

## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES DEL DOCUMENTO

#### 1.1 Introducción

Las niñas y los niños son sujetos titulares de derechos y son protagonistas de su propio desarrollo. Esta concepción básica enmarca la postura del país sobre la niñez y la adolescencia, el desarrollo infantil y sobre la atención integral a la primera infancia, tal y como está expresado en la Ley 1098 de 2006, en la Ley 1804 de 2016 y en distintos instrumentos de política pública nacional.

La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 ha reconocido el derecho de los niños y de las niñas a lograr el más alto nivel posible de salud y, del mismo modo, ha reconocido la interrelación existente entre la supervivencia, la salud y el desarrollo. De esta forma, las acciones dirigidas a la niñez y a la adolescencia no deben enfocarse exclusivamente en garantizar su supervivencia, sino que deben incorporar también intervenciones que permitan el logro de su máximo potencial, el disfrute del más alto nivel posible de salud y la mejor calidad de vida. En la íntima relación entre la salud, la supervivencia y el desarrollo, una condición amenazante o favorable para una de ellas, afectará ineludiblemente a las demás.

En Colombia, existe un interés renovado y creciente por la formulación de una política pública promotora del desarrollo integral de niños y niñas, lo que ha requerido de la articulación de esfuerzos intersectoriales para la organización de la oferta institucional y, al mismo tiempo, se ha avanzado sobre la construcción de un sistema de información que permita monitorear y seguir el impacto de la implementación de esta política.

El Ministerio de Salud y Protección Social, ente rector del sector salud del país, ha asumido un papel fundamental de liderazgo en la promoción del desarrollo infantil y el desarrollo integral de los niños y las niñas en el país. El Minsalud es miembro activo de la articulación intersectorial por el desarrollo de la primera infancia y, además, encargó la elaboración de una Guía de Práctica Clínica en 2014 que permitiera realizar una actualización de las principales recomendaciones basadas en la evidencia científica para mejorar el crecimiento y el desarrollo de los niños y las niñas menores de 10 años del país.

Posteriormente, y a partir de la revisión de la evidencia científica de distintas guías de práctica clínica, se actualizó la normatividad que regulaba las actividades de protección específica y detección temprana (incluyendo la previamente llamada consulta de crecimiento y desarrollo). Esta actualización correspondió a la formulación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RIAPMS), de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMP), así como de otras RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud).

La RIAPMS es una herramienta fundamental para orientar la gestión de la atención integral en salud de la población colombiana en todos los momentos del curso de la vida. Esta ruta contiene procedimientos y actividades de valoración integral, de protección específica, de detección temprana y de educación para la salud. Por su parte, la RIAMP describe las intervenciones orientadas a conseguir los mejores resultados en salud para la población materno perinatal, lo que incluye la atención preconcepcional, prenatal, perinatal y postnatal. La implementación de estas dos rutas requiere de una adecuada articulación entre ellas.

De forma simultánea y previendo la actualización normativa propia del sector salud, en el contexto del trabajo intersectorial por el desarrollo de la primera infancia, el Minsalud gestionó y posteriormente lideró el proceso de actualización de la Escala Abreviada de Desarrollo (EAD), la cual era la prueba de tamizaje de los problemas de desarrollo que se empleaba en las actividades del sector salud en el país. El resultado de este trabajo fue la publicación de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 (EAD-3), que es el instrumento de tamizaje del desarrollo infantil de obligatorio uso en el contexto de la Consulta de Valoración integral en salud y de la implementación de la RIAPMS en Colombia.

La versión inicial de la EAD fue desarrollada por el Dr. Nelson Ortiz Pinilla desde el Ministerio de Salud de Colombia entre 1987-1990 y, fue auspiciada y acompañada por UNICEF, con su publicación en el año de 1991. En este y muchos otros procesos se evidencia que ha existido una relación colaborativa de larga data entre UNICEF y el Gobierno de Colombia para la promoción del desarrollo y del progreso de las niñas, los niños y las/os adolescentes colombianos.

La EAD en su primera versión tuvo una metodología de construcción que fue modelo para su actualización en la EAD-3: Obtener una escala preliminar por medio de la revisión de ítems de otras escalas de evaluación del desarrollo infantil y, por medio de un consenso de grupo interdisciplinario y ampliado de expertos, llevar esta escala preliminar a un estudio piloto para realizar ajustes y obtener la versión definitiva de la escala. A este instrumento se le realizó un estudio de normalización estadística para poder definir los puntos de corte y de esta forma, conseguir la estructura final de la EAD-3, incluyendo sus baremos.

Proyectando el impacto que traería consigo tanto la actualización normativa del sector salud como la del instrumento de tamizaje del desarrollo infantil, nuevamente en el contexto del trabajo intersectorial, el Minsalud gestionó y acompañó un ejercicio de áreas demostrativas de implementación de la EAD-3 y de la consulta de valoración integral en salud, cuyas recomendaciones finales han sido tenidas en cuenta en los procesos de asistencia técnica y desarrollo de capacidades sobre la consulta de valoración integral en salud y sobre la EAD-3.

Desde el año 2018 se han desarrollado diferentes actividades para socializar la RIAPMS, la RIAMP y la EAD-3 y, así mismo, se han realizado numerosas actividades de entrenamiento en la EAD-3 en diferentes lugares del país y dirigidas a distintas poblaciones de trabajadores de la salud. Sin embargo, es necesario velar por que la implementación de las RIAS y de la EAD-3 se garantice en todo el territorio nacional.

Teniendo en cuenta esta desafiante necesidad, la historia compartida en la creación y en la difusión de la EAD y, toda la trayectoria de trabajo colaborativo por la infancia y la adolescencia de Colombia, el Minsalud solicitó apoyo al Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) para avanzar en esta tarea prioritaria.

Como resultado de esta gestión, en el año 2020, UNICEF contrató una consultoría que pretendió dar respuesta a la solicitud del Minsalud y que tuvo como objetivos, apoyar la entrega de kits de materiales para la aplicación de la EAD-3 en las Entidades Territoriales de Salud del país, y la creación de un documento que orientara el enfoque y el abordaje del niño y la niña en primera infancia con riesgos o sospecha de problemas en el desarrollo, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El presente documento es uno de los productos de dicha consultoría.

Las niñas y los niños con riesgos o sospecha de alteraciones del desarrollo pueden ser reconocidos a partir de los resultados de la aplicación de la EAD-3, pero también, en el marco de otras actividades de la atención integral en salud. Asimismo, la alerta sobre su presencia podría surgir de las inquietudes de madres, padres, docentes, cuidadores u otras personas, respecto al desarrollo o el comportamiento de los niños y las niñas.

Este documento pretende orientar sobre la identificación de riesgos, la detección, el diagnóstico y la intervención para la habilitación y la rehabilitación de niños y niñas que tienen dificultades, problemas o en quien se considera puede existir un problema más grave, como un trastorno del desarrollo infantil, desde el entorno clínico. Del mismo modo, se destacan otros aspectos relacionados con la gestión de la atención integral en salud de estos niños y niñas.

## **1.2. Presentación del documento**

En el capítulo 1 se encuentra la introducción, se define la población destinataria de este texto, así como sus objetivos. Adicionalmente, se definen los enfoques de atención y los principios del documento. En el capítulo 2, se presentan las generalidades del desarrollo infantil desde una perspectiva clínica, así como algunos elementos sobre los factores de riesgo y los problemas y trastornos de este.

En el capítulo 3, se profundiza en los elementos fundamentales para el abordaje de los niños y las niñas en primera infancia con factores de riesgo para el desarrollo o con sospecha de problemas de este, así como del trabajo con las familias. En el capítulo 4, se presentan las recomendaciones técnicas fortalecer los procesos de detección, diagnóstico e intervención de los problemas del desarrollo de los niños y las niñas.

En el capítulo 5, se presentan algunas recomendaciones finales para tener en cuenta frente al talento humano en salud, para el trabajo intercultural y, por último, para favorecer la gestión entre los sectores salud y educación, con el objeto de mejorar la detección de los problemas del desarrollo infantil y apoyar la evaluación diagnóstica y su intervención terapéutica.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos, que incluyen los recursos educativos a los que pueden dirigirse las personas que deseen profundizar más sobre este apasionante tema, un modelo de formato para la recopilación de los conceptos de distintos profesionales y especialistas que realizan la atención de los niños y las niñas, un glosario que facilita la apropiación de algunos términos empleados en el documento, y unos diagramas de flujo para facilitar la comprensión de los principales elementos de la atención en salud frente al desarrollo infantil: la detección, el diagnóstico y la intervención.

### 1.3. Población sujeto

El presente documento está dirigido especialmente a los especialistas en pediatría que representan el perfil profesional y especializado a quien se derivan los niños y las niñas en quienes se sospechan dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo. Del mismo modo, el documento también se dirige a los profesionales de enfermería, medicina general, a los especialistas en medicina familiar y en pediatría que realizan la consulta de valoración integral en salud para los niños y las niñas menores de 6 años de edad (primera infancia) de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RIAPMS). Adicionalmente, este documento también incluye algunas recomendaciones para otros perfiles profesionales y de especialistas que hacen parte del proceso diagnóstico y de intervención en habilitación y rehabilitación de los niños y niñas en primera infancia con riesgos, dificultades o problemas del desarrollo, como por ejemplo, los profesionales que hacen parte de los equipos de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología).

### 1.4. Objetivos

Teniendo en cuenta el alcance y los actores a quienes está destinado el presente documento, los siguientes son los objetivos que pretende alcanzar:

- Brindar orientaciones para enfocar la atención y el seguimiento de los niños y las niñas en primera infancia en quienes se identifican riesgos o se sospechan dificultades o problemas del desarrollo infantil.
- Mejorar la capacidad de detección de los problemas del desarrollo en la primera infancia por parte de los profesionales de la salud y especialistas que participan de la atención integral en salud para niños y niñas.
- Definir los factores que alertan sobre la posibilidad de un mayor riesgo para la presentación de dificultades o problemas del desarrollo infantil.
- Describir los elementos que deben ser considerados al abordar a un niño o una niña en quien se han identificado riesgos para el desarrollo o en quien se sospechan dificultades o problemas de este.
- Describir los procedimientos a seguir una vez se ha sospechado una dificultad,

un problema o un trastorno del desarrollo en un niño o niña de primera infancia.

- Brindar recomendaciones para optimizar el proceso de evaluación diagnóstica y de intervención para la habilitación y la rehabilitación del desarrollo del niño o niña con riesgos, dificultades o problemas del desarrollo.
- Promover el nivel más alto posible de desarrollo de niños y niñas con dificultades, problemas o trastornos del desarrollo, al mejorar los tiempos de detección, aclarar los procesos a surtir para facilitar su evaluación diagnóstica y la planificación e implementación de intervenciones tempranas para la promoción del desarrollo.
- Brindar recomendaciones a distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente a la detección, el diagnóstico y la intervención para la promoción del desarrollo de niños y niñas con problemas o trastornos del desarrollo.

### 1.5. Enfoques de la atención y Principios del documento

A lo largo del documento, se describirán fundamentos, procedimientos y actividades dirigidas a la identificación de riesgos del desarrollo, a la detección de niños y niñas con dificultades o problemas del desarrollo, a su evaluación diagnóstica y a su intervención para la habilitación del desarrollo y para la rehabilitación funcional. Sin embargo, se considera que el “espectro” de este proceso requiere de unos enfoques relevantes para la atención integral de la salud y el desarrollo y, por tanto, el documento sintetiza también algunos principios elementales a incorporar en la atención. Inicialmente, estos enfoques y principios solo se mencionan, pero a lo largo del texto, se profundizarán, en algunas ocasiones de forma explícita y en otras, por medio de las recomendaciones formuladas.

Los siguientes son los enfoques de la atención y los principios en los que se sustentan las recomendaciones consignadas en el presente documento:

- Enfoque de curso de vida
- Enfoque de riesgo en la detección.
- Enfoque de derechos humanos
- Enfoque diferencial.
- Principio de integralidad de la valoración y de la atención
- Principio de interdisciplinariedad
- Principio de atención continua o de continuidad en el cuidado.
- Principio de la intervención organizada (ciclo de la intervención en el desarrollo).
- Principio de la atención centrada en el niño, la niña y en la familia.

- Principio de oportunidad en la detección
- Principio de prioridad para el diagnóstico y para la intervención.
- Principio de racionalidad científica.
- Principio de la adaptabilidad.

## CAPÍTULO 2

### CONCEPTOS BÁSICOS EN DESARROLLO INFANTIL: PERSPECTIVA CLÍNICA

La primera infancia es el período de la vida en la que se producen los cambios más marcados a nivel del desarrollo humano. Los niños y las niñas son muy diferentes desde el punto de vista anatómico, fisiológico, emocional, social, cognitivo y en su capacidad de agencia, en comparación con otros momentos del curso de la vida. Asimismo, el desarrollo se constituye en una parte central de la salud y es el proceso fundamental de las vidas de los niños y las niñas.

Existe una relación interdependiente y estrecha entre la salud y el desarrollo de los niños y las niñas, por lo que una afectación o una alteración de la salud puede generar un problema del desarrollo, y a su vez, una buena salud se constituye en una plataforma sobre la cual es más fácil vivir y desarrollarse. Del mismo modo, un desarrollo pleno favorece el disfrute del nivel más alto posible de salud, y, al contrario, una alteración del desarrollo puede ocasionar o manifestarse a través de distintos problemas de salud.

En relación con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), han considerado que un elemento fundamental para promover la salud en la primera infancia es el favorecimiento de su desarrollo en el marco de la garantía de un cuidado sensible y amoroso (*“nurturing care”*, en su traducción al inglés), y esto debe ocurrir para todos los niños y las niñas, independiente de que tengan riesgos o problemas con su salud o su desarrollo.

Según la OMS y UNICEF, el cuidado sensible y amoroso tiene cinco componentes que son: Buena salud, Nutrición adecuada, Atención sensible y que responda a las necesidades de los niños y las niñas, Protección y seguridad, y Exposición a ambientes de educación inicial (OMS, UNICEF; 2018). Lo anterior, se explica también en la siguiente gráfica:



Tomado de: Organización Panamericana de la Salud, 2021.

Estos elementos han sido reconocidos previamente en el país y, de hecho, son equivalentes a lo descrito en el artículo 29 de la Ley 1098 de 2006 (Código de infancia y adolescencia), sobre el derecho al desarrollo integral de la primera infancia, que está descrito así:

*“Artículo 29. Derecho al desarrollo integral en la primera infancia... Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este código. Son derechos impostergables de la primera infancia la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas” (Senado de Colombia, 2006).*

El marco del cuidado sensible y amoroso reconoce la importancia de la garantía de unos elementos que influyen de forma decisiva en el desarrollo infantil, y que en la lógica de las políticas del sector salud, corresponden a unos “determinantes sociales de la salud y el desarrollo de la primera infancia”. Estos determinantes no corresponden a una visión determinista del desarrollo, sino que destacan la dinámica interactiva de los distintos factores a nivel macro, meso o microcontextuales que interactúan de forma proximal (al niño o niña), intermedia o estructural, y que, a nivel poblacional, llevan a resultados diferentes (e inequitativos) en la salud y el desarrollo de la primera infancia, los cuales generalmente reflejan brechas de inequidad. Todos estos elementos influyen en el desarrollo integral de la primera infancia (Irwin, L., Siddiqi, A., Hertzman, C., 2007).

De esta forma, se evidencia que para alcanzar el nivel más alto posible de desarrollo de los niños y las niñas, se deben garantizar los distintos elementos que corresponden al cuidado sensible y amoroso de la primera infancia, y que se relacionan y expresan como determinantes sociales de la salud y el desarrollo infantil.

En este mismo sentido, se ha venido generando un cambio de paradigma en el que se considera fundamental no solamente prevenir y reducir las mortalidades evitables en la niñez, sino también, promover el desarrollo infantil temprano. Por este motivo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Agenda 2016 - 2030) han incorporado varias metas que contribuyen al compromiso de los Estados con la promoción del cuidado sensible y amoroso de la primera infancia. Por ejemplo, la meta 4.2 propende por asegurar que al año 2030, todas las niñas y los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la educación primaria (OMS, UNICEF; 2018). Cabe recordar que Colombia se comprometió con el cumplimiento de los ODS por medio del Decreto 280 de 2015 (Presidencia de la República de Colombia, 2015).

Este marco de apuesta de política es importante porque “las metas y los objetivos de los ODS ejercen una influencia directa sobre los entornos propicios y los servicios que necesitan los niños y las niñas pequeños para desarrollarse. A su vez, el desarrollo en la primera infancia resulta fundamental para lograr varios de los ODS más ambiciosos. Por lo anterior, el Marco para el cuidado sensible y amoroso es una parte esencial de los ODS (OMS, UNICEF; 2018).

### **2.1. Definición y características del desarrollo de interés clínico**

Existen múltiples definiciones sobre lo que es el desarrollo infantil. De acuerdo a los fundamentos teóricos y las perspectivas de abordaje, es posible destacar algunos elementos que contribuyen a su caracterización. Sin embargo, según la disciplina, el campo de conocimiento o de abordaje, puede hacerse énfasis o darse relevancia a algunos aspectos del mismo.

En Colombia, se ha definido el desarrollo infantil como el “proceso de transformaciones y cambios que posibilitan la aparición de comportamientos novedosos y ordenados, los cuales se generan a través del tiempo y a partir de la propia actividad de los niños y niñas, de su capacidad para organizar por sí mismos sus experiencias y la información que de ellas derivan” (Gobierno de Colombia, 2013, p. 105). Por su parte, según el artículo 4, literal b), de la Ley 1804 de 2016, se considera que el desarrollo corresponde a un proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía. No se sucede de manera lineal, secuencial, acumulativa, siempre ascendente, homogénea, prescriptiva e idéntica para todos los niños y las niñas, sino que se expresa de manera particular en cada uno (Congreso de la República de Colombia, 2016).

El desarrollo humano corresponde a un proceso de cambio que ocurre durante toda la vida, desde la concepción hasta la vejez y la muerte. De esta forma, el desarrollo en la primera infancia se refiere al proceso del desarrollo humano que ocurre precisamente en este momento del curso de la vida.

En este sentido, se caracteriza porque:

- Está protagonizado por el mismo niño, quien es un sujeto de derechos.
- Toma forma a partir de la interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia del sujeto en sus intercambios en los entornos sociales y culturales, así como en las interacciones con los otros significativos más cercanos.
- Amplía las capacidades de reflexión y reelaboración de las experiencias, contribuyendo a la habilidad para tomar decisiones en una creciente autonomía.
- Es integral, activo, participativo y se promueve a través de interacciones enriquecidas y afectuosas con otros seres humanos y con el medio en el que se vive.
- Se construye en los entornos particulares donde se desenvuelve la vida del ser humano, tornándose en un desarrollo diverso y diferencial que no se deja encasillar en miradas homogéneas ni lineales.
- Incrementa las opciones de vida para todos los habitantes de un país o región en diversos ámbitos (educativo, laboral, material, recreativo, cultural, social y político, entre otros).
- Implica generar condiciones para un cambio progresivo en la calidad de vida del ser humano posibilitando su bienestar integral.
- Tiende al desarrollo humano sostenible, orientado a la satisfacción de las necesidades humanas y al fomento del crecimiento económico con equidad social que brinde oportunidades a las personas para mejorar su calidad de vida (Gobierno de Colombia, 2013, pp. 106-107).

Adicional a lo anterior, se considera que el desarrollo infantil:

Es **multidimensional**, lo que significa que ocurre en diferentes áreas o dimensiones de la vida del niño o la niña. Es decir, ocurre a nivel motor, intelectual, de la comunicación, de la interacción social, etc. Estas áreas van desarrollándose de forma articulada e interdependiente, por lo que el avance o los cambios en las habilidades de una dimensión, son fundamentales para el desarrollo en otras áreas. Por ejemplo, el desarrollo del lenguaje favorece la interacción y la participación social y, a su vez, la interacción social favorece el desarrollo del lenguaje.

Es **multidireccional**, lo que quiere decir que el desarrollo global o de las diferentes dimensiones no siempre se da en la misma trayectoria de avance. En algunas ocasiones, es posible que se presenten cambios muy rápidos en el desarrollo o en la adquisición de algunas habilidades, pero en otros momentos, se pueden presentar aparentes faltas de avance (que corresponden a situaciones de equilibrio o de consolidación de las habilidades adquiridas) o incluso, eventualmente podrían “perderse” o generarse retrocesos en habilidades previamente adquiridas, sin que se afecte el funcionamiento general del niño o la niña, como parte de un proceso de desarrollo típico.

Es **multideterminado**, lo que se refiere al reconocimiento de la presencia de múltiples factores, condiciones o situaciones que van a influir el desarrollo de forma directa o indirecta, a través de los principales elementos que lo promueven, como las interacciones,

la participación social, la salud; y que interactúan de distintas formas, de un modo dinámico, y que se van a expresar en la adquisición de habilidades o en la ejecución de distintas actividades como demostración del proceso del desarrollo.

Es **diverso**, lo que hace referencia a que existe una variabilidad en la forma en la que se va dando el proceso de desarrollo en los niños y las niñas. Esta diversidad se explica por los diferentes contextos en los que viven, comparten y juegan, pero también, por las diferencias en la forma en la que los distintos factores que influyen el desarrollo, interactúan en estos entornos.

Tiene unos **períodos sensibles**, en los que las niñas y los niños aprovechan mejor las distintas experiencias para su desarrollo. Por ejemplo, los primeros dos años de vida corresponden a un momento en el que lo sensorial, especialmente lo visual, lo auditivo y lo táctil, tiene un gran potencial para favorecer e impulsar el desarrollo infantil de forma integral o global. Del mismo modo, tiene unos **períodos críticos** en los que la presencia o la ausencia de un evento pueden tener un impacto deletéreo o negativo sobre la estructura o la función de los sistemas, los órganos o el desarrollo mismo. Un ejemplo de esto, lo constituyen precisamente los déficits sensoriales en los primeros años de vida en los que se están generando las bases del desarrollo del ser humano.

Clínicamente, el desarrollo se evidencia en un proceso de progresión de las habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, del lenguaje, socioemocionales y de autorregulación; que es madurativo e interactivo, que se da bajo la influencia de múltiples factores, y que ocurre a nivel bidireccional entre el niño y sus cuidadores y es sostenido por el medio ambiente que los rodea (Cafiero, P., Rodríguez, E., 2019). En este sentido, se reconoce nuevamente que el desarrollo es interactivo, contextual y adaptativo.

Por su parte, desde un punto de vista neurológico y madurativo, el desarrollo infantil se caracteriza porque:

- La velocidad de logro de las habilidades del desarrollo varía individualmente entre el universo de los niños y las niñas, sin embargo, la secuencia varía muy poco.
- Existe una progresión de respuestas reflejas generalizadas a un patrón de respuestas más específicas e intencionadas.
- Los patrones motores primarios (reflejos primitivos) se integran en patrones motores más complejos, para permitir un desarrollo motor voluntario posterior.
- El desarrollo motor grueso progresa en una secuencia cefalo-caudal.
- El desarrollo motor fino progresa en una secuencia de línea media a lateral (Brown, Parik & Patel, 2020).

Todos estos principios deben ser comprendidos y considerados para realizar un mejor abordaje clínico del desarrollo de los niños y las niñas en primera infancia, lo que repercutirá en una mejor evaluación e intervención para alcanzar el nivel más alto posible de salud y desarrollo.

A pesar de que el desarrollo se considera diverso, esta variabilidad se da dentro de unos rangos de diferencia, que hacen posible evaluar cómo se van dando las trayectorias de este proceso e identificar cuándo puede tener un curso atípico o diferente al usual y esperado. De esta forma, es posible determinar, a partir de unos hitos específicos, si el desarrollo se va dando de forma típica. En el siguiente apartado, se presentarán algunos elementos sencillos del desarrollo típico.

## **2.2. Estrategias de seguimiento del desarrollo infantil**

De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría (AAP), existen tres actividades o estrategias clínicas de seguimiento y abordaje del desarrollo que facilitarán la detección de niños y de niñas con riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del mismo, lo que facilitará el establecimiento de diagnósticos y apoyarán la formulación de planes de cuidado que lo promuevan. Estas actividades son la vigilancia, el tamizaje y la evaluación médica y del desarrollo (Council on Children With Disabilities, 2006; Lipkin, P., Macias, M., & American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, 2020).

### **2.2.1. Vigilancia del desarrollo:**

Según la AAP, la vigilancia del desarrollo es un proceso flexible, longitudinal, continuo y acumulativo mediante el cual los profesionales de la salud identifican a los niños y niñas con riesgos en el desarrollo y que podrían tener dificultades, problemas o cursos atípicos de este. La vigilancia es útil para ayudar a determinar las intervenciones apropiadas para promover un desarrollo saludable en todos los niños y las niñas, así como ayudan a evaluar las respuestas y los efectos de las distintas medidas que se instauran para promover la salud y el desarrollo (Council on Children With Disabilities, 2006; Lipkin, P., Macias, M., & American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, 2020).

La vigilancia del desarrollo se compone de los siguientes elementos:

1. Documentar y registrar la historia del desarrollo (seguimiento a los hitos y las trayectorias del desarrollo).
2. Identificar o actualizar las condiciones o factores de riesgo y los factores protectores.
3. Indagar por las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo y el comportamiento del niño.
4. Indagar por la presencia de signos de alarma del desarrollo y del comportamiento.
5. Indagar por los procesos de atención o las intervenciones orientadas a la habilitación en el desarrollo o la rehabilitación funcional del niño o la niña.

En el país, se debe realizar en todas las consultas de valoración integral en salud, de forma completa y con particular cuidado en la consulta inicial en la que se está recogiendo la historia por primera vez. Con una buena historia clínica realizada en la atención inicial, durante las consultas posteriores se trabajará más eficientemente en actualizar y

profundizar en aspectos puntuales del desarrollo o el comportamiento que sean llamativos.

Asimismo, puede y debe ser incorporada en actividades de la consulta externa de niños y niñas; en la atención hospitalaria e incluso, en la atención de urgencias pediátricas. Adicionalmente, es deseable que la vigilancia del desarrollo y la detección de riesgos, dificultades o problemas del desarrollo se logre a partir de las acciones intersectoriales de educación, cultura, recreación y deporte, protección, etc.

### **2.2.2. Tamizaje del desarrollo:**

Según la AAP, se refiere a la aplicación de una prueba de tamizaje del desarrollo y se orienta a la identificación de niños y niñas con riesgos o con posibles dificultades o problemas del desarrollo. A partir de esta identificación, se debe avanzar a un proceso de caracterización diagnóstica y de orientación que responda a las necesidades particulares de cada niño o niña. Es decir que el tamizaje no se orienta a alcanzar diagnósticos categóricos del desarrollo sino a la identificación o detección de niños y niñas con riesgos o problemas (Council on Children With Disabilities, 2006; Lipkin, P., Macias, M., & American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, 2020). Para esto, las escalas de tamizaje que se utilicen deben ser estandarizadas e idealmente, deben permitir la clasificación del desarrollo del niño o la niña a partir de una norma estadística.

Las escalas de tamizaje pueden evaluar el desarrollo de forma global, enfocarse en un área del desarrollo o dirigirse a la detección de una condición o trastorno del desarrollo en específico. Pueden aplicarse mediante preguntas dirigidas a padres o cuidadores o, en su lugar, pueden ser de evaluación a través de la observación directa de las conductas del desarrollo en el niño o la niña. Cada modalidad tiene ventajas y desventajas que deben ser conocidas y comprendidas con el objeto de entender que no necesariamente un resultado determinado de la prueba excluye definitivamente o sugiere la presencia de una dificultad o un problema en el desarrollo infantil. Asimismo, debe recordarse que la información que ofrece una prueba de tamizaje debe interpretarse de forma conjunta con los demás elementos de la historia en salud, del desarrollo, de las prácticas de cuidado y de crianza y de toda aquella información disponible sobre el niño, la niña y su familia.

Según la AAP, teniendo en cuenta que el desarrollo es dinámico, es necesario realizar el tamizaje de forma periódica, incluso si no se han suscitado dudas o inquietudes sobre el proceso del desarrollo del niño o niña durante la vigilancia o a partir de tamizajes aplicados previamente. Es decir, el tamizaje realizado de forma regular a distintas edades probablemente identificará mejor la presencia de dificultades o problemas que la aplicación de una escala de tamizaje a una sola edad. Esperar a que un niño no cumpla con un hito “grueso” del desarrollo como caminar o hablar puede llevar a un reconocimiento tardío de un problema, restringiendo al niño o niña y a su familia de los beneficios de una identificación y una intervención tempranas (Council on Children With Disabilities, 2006; Lipkin, P., Macias, M., & American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, 2020).

En Colombia, el tamizaje del desarrollo de la primera infancia se realiza en el marco de la consulta de valoración integral en salud y se hace por medio de la aplicación de la Escala

Abreviada de Desarrollo-3 (EAD-3), el Cuestionario VALE y el test m-Chat (actualmente, en la versión R/F) (Minsalud, 2018).

### **2.2.3. Evaluación médica y del desarrollo:**

Por su parte, la evaluación médica y del desarrollo se refiere al procedimiento de valoración con mayor profundidad de los aspectos de la salud que influyen o están asociados a dificultades o problemas del desarrollo, así como a la evaluación misma del desarrollo humano en la primera infancia. Esta evaluación puede realizarse en una consulta específica, a lo largo del tiempo, y con la participación de diferentes profesionales.

La evaluación médica y del desarrollo debe garantizarse cuando existan alteraciones o preocupaciones a partir de la vigilancia del desarrollo, a partir de los resultados alterados en las pruebas de tamizaje del desarrollo, en los casos en que los niños y las niñas tengan criterios de alto riesgo neurológico o para el desarrollo, o que tengan condiciones cuya asociación a problemas del desarrollo está bien documentada como en síndrome de Down, déficit visual o auditivo, espina bífida o errores innatos del metabolismo, entre otros (“riesgos establecidos para el desarrollo”).

Según la AAP, la evaluación del desarrollo tiene por objeto identificar indicadores de trastornos del desarrollo, facilitando de esta forma el establecimiento de diagnósticos del desarrollo y permitiendo el inicio oportuno de intervenciones terapéuticas específicas y apropiadas. En esta evaluación, es fundamental tener en cuenta que los niños y las niñas con trastornos del desarrollo suelen tener otras condiciones o problemas del desarrollo o del comportamiento asociados que probablemente requerirán intervenciones específicas (Council on Children With Disabilities, 2006; Lipkin, P., Macias, M., & American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, 2020).

Por su parte, la evaluación médica se dirige a la identificación de posibles etiologías y a la determinación de otras condiciones de salud que puedan causar, asociar o ser consecuencia de los problemas o trastornos del desarrollo, así como de problemas afectivos, comportamentales o del vínculo. Para esto, se considerarán los distintos factores de riesgo, la funcionalidad sensorial, el crecimiento, los resultados del tamizaje neonatal, los distintos antecedentes personales y familiares y, en general, toda la información de la historia clínica del niño o la niña. La identificación de una etiología puede proporcionar a los padres una mayor comprensión del problema o del trastorno del niño o la niña y afectar varios aspectos de la planificación de la intervención, incluida la información de pronóstico, el asesoramiento genético, los tratamientos médicos específicos para mejorar la salud y el funcionamiento del niño (Council on Children With Disabilities, 2006; Lipkin, P., Macias, M., & American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, 2020).

### **2.3. Riesgos del desarrollo: Condiciones o Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo son aquellas variables que, al estar presentes, incrementan la posibilidad de que se presente un problema o un evento. Para el caso específico del

desarrollo infantil, un factor de riesgo se refiere a una condición que incrementa la probabilidad de que se presente un problema o un trastorno del desarrollo.

A pesar de que el riesgo de que se genere una dificultad o un problema del desarrollo pueda ser expresado a través de la denominación de un “factor”, es de vital importancia tener presente que existen procesos de determinación social e histórica que van a expresarse a nivel poblacional, colectivo e individual en los desenlaces de salud y desarrollo infantil.

De acuerdo con los postulados de la Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano de Urie Bronfenbrenner, se considera que el desarrollo infantil se produce por la interacción entre los niños, las niñas y sus cuidadores (principal motor del desarrollo infantil) que es influida por la interrelación de distintos elementos biológicos, psicológicos, sociales, familiares, comunitarios, ambientales, culturales y políticos en distintos contextos y a través de un devenir histórico específico; por lo que las trayectorias vitales y del desarrollo humano no dependen exclusivamente de la presencia o ausencia de una determinada condición o factor, sino que se presentan como expresión de la complejidad de este entramado (Dixon S, Stein M, 2006, pp. 30-32; Irwin, L., Siddiqi, A., Hertzman, C., 2007).

En contraparte a los factores de riesgo, existen unos factores protectores que se refieren a aquellas condiciones que pueden favorecer el desarrollo y, por lo tanto, también la salud y el bienestar de los niños y las niñas. En este sentido, los elementos o los eventos sociales, ambientales, políticos, económicos o culturales, expresados o materializados en prácticas o políticas podrían ser factores protectores o de riesgo, e incluso, un mismo factor podría tener connotaciones antagónicas en momentos diferentes de la vida de la persona.

El equilibrio entre los factores protectores y los factores de riesgo en interacción dinámica con el ambiente de cuidado y de crianza, y los variados elementos genéticos y epigenéticos, influyen en los distintos resultados en salud y en desarrollo de los niños y de las niñas, incluso de aquellos con afectaciones genéticas o daños biológicos establecidos. En palabras de Boris Cyrulnik, es cierto que los determinantes genéticos existen, pero eso no quiere decir que el hombre (y la mujer) se encuentre genéticamente determinado (2001, p. 44). En este sentido, se considera que el desarrollo infantil no es el resultado únicamente del material genético del niño o de la niña o se presenta por un factor de riesgo único.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, es pertinente reconocer que el concepto de “factor de riesgo” tiene una utilidad práctica en el abordaje clínico de niños o niñas con condiciones de vulnerabilidad o que se evalúan por una dificultad o por un curso atípico del desarrollo, aunque este elemento no sea suficientemente explicativo de la trayectoria, del perfil de desempeño o funcionalidad del niño o niña, ni sea clínicamente predictivo del pronóstico del desarrollo.

Los factores de riesgo pueden enlistarse o agruparse de diferentes formas. De este modo, existen tipologías que los organizan según su aparición en el curso de la vida (prenatales, perinatales, postnatales), según los sujetos y su contexto (del niño, del entorno), según su naturaleza (biológicos, psicológicos, sociales) e incluso, podrían ser específicos para algunos trastornos del desarrollo (por ejemplo, para trastorno del espectro del autismo, para trastornos del desarrollo del lenguaje, para parálisis cerebral, etc.). De hecho, algunos

factores de riesgo para el desarrollo pueden corresponder a situaciones de vulnerabilidad o susceptibilidad del niño, la niña o su entorno, pero también, podrían relacionarse con exposición a situaciones de daño o enfermedad.

Desde un modelo biopsicosocial, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RIAPMS) de la Resolución 3280 de 2018 (Minsalud, 2018, p. 106- 107) y la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de las alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años y la promoción del desarrollo, detección temprana y enfoque inicial de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años en Colombia (Minsalud-Colciencias, 2014, p. 31-32); se describen unas condiciones o factores de riesgo que suponen un mayor riesgo para el desarrollo infantil, los cuales son:

<b>FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO INFANTIL</b>
<b>Parentales y Psicosociales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de institucionalización.</li> <li>• Historia de trauma psicológico (personal o de los cuidadores directos).</li> <li>• Historia de sucesos o eventos vitales que podrían impactar negativamente el cuidado del niño o la niña, como la muerte de un padre o de un hermano.</li> <li>• Duelo.</li> <li>• Discriminación.</li> <li>• Estigmatización.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Desempleo de los padres.</li> <li>• Permanencia en entornos de cuidado inadecuados (como en el caso de niños y niñas acompañantes de padres o madres con trabajo en calle).</li> <li>• Paternidad individual, sin apoyo o con redes de apoyo deficientes o insuficientes.</li> <li>• Relaciones vinculares asociadas con apegos inseguros o desorganizados.</li> <li>• Malos tratos parentales, violencia intrafamiliar o relaciones parentales o familiares altamente conflictivas o problemáticas.</li> <li>• Desorganización familiar o dinámicas de vida desorganizadas o caóticas.</li> <li>• Niños o niñas con necesidades especiales de atención en salud o de cuidado (por ejemplo, niños con problemas frecuentes o severos de salud, con temperamento irritable o percibidos como “difíciles” para su cuidado).</li> <li>• Hijo o hija de padres con enfermedad mental con impacto en la estabilidad (estructural o funcional) en la familia o en el cuidado de los niños.</li> </ul>

- Hijo o hija de madre con sospecha o diagnóstico de depresión o depresión postparto.
- Abuso parental de sustancias como el alcohol o el cigarrillo.
- Hija o hijo de padres (especialmente la madre) con consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo aquellos con riesgo o sospecha de repercusión por consumo de sustancias psicoactivas (por ejemplo, síndrome de alcoholismo fetal, defectos congénitos, retraso en el desarrollo, síndrome de abstinencia, etc.).
- Niño o niña acompañante de madre en privación de la libertad en centro carcelario.
- Niños o niñas con padres o hermanos con enfermedad catastrófica (como cáncer o condiciones degenerativas), con discapacidad (que requiera un gran apoyo o cuidado), o con otra condición o situación que pueda afectar negativamente su cuidado o la garantía de sus derechos.
- Niños o niñas víctimas de vulneración o violación de derechos humanos con o sin proceso de restablecimiento de derechos en curso (por ejemplo, víctimas de violencia física, psicológica, sexual, negligencia o abandono; víctimas del conflicto armado, testigos de violencia intrafamiliar, explotados, secuestrados o tratados).
- Niño o niña perteneciente a un hogar en pobreza extrema, en situación de calle, con problemas ocasionados por situación de pobreza (por ejemplo, por falta de acceso a atención en salud, a instituciones de cuidado, de protección o de educación inicial), con hambre o inseguridad alimentaria, o
- Niño o niña que ha migrado de forma irregular, en situación de alto riesgo para la integridad, que ha afrontado riesgos o problemas por causa de la migración, o que ha tenido dificultades para adaptarse en relación con la migración.
- Cambio frecuente de lugar de residencia o de instituciones educativas, de educación inicial, de institución de cuidado o de cuidadores.
- Residencia en entornos comunitarios violentos.

### **Biológicos**

- Control prenatal incompleto.
- Exposición a tóxicos antes o después del nacimiento.
- Problemas nutricionales antes o después del nacimiento. Se incluyen los problemas alimentarios y la desnutrición (aguda o crónica).
- Hijo o hija de madre con desnutrición o con problemas o restricciones alimentarias durante la gestación (por ejemplo, veganismo o vegetarianismo).
- Hijo o hija de madre con complicaciones durante la gestación que hayan tenido o puedan tener repercusión en el hijo o la hija (en edad fetal, perinatal, neonatal)

o durante el primer año de vida).

- Hijo o hija de madre con infección gestacional o perinatal con alto riesgo de malformaciones, problemas del desarrollo o necesidad de atención especial en salud en el niño (Por ejemplo, exposición a Sífilis, Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes virus, VIH, Zika virus, SARS CoV-2/COVID-19).
- Defecto congénito mayor (incluyendo aquellos que requieren cirugía de urgencia) o múltiple.
- Niño o niña con patología perinatal o neonatal significativa (por ejemplo, necesidad de reanimación neonatal, inestabilidad cardiovascular, requerimiento de soporte ventilatorio, asfixia perinatal, compromiso neurológico como convulsiones o hemorragia intraventricular; trastornos respiratorios, trastornos metabólicos o hidroelectrolíticos persistentes, sepsis neonatal temprana que no respondió a primera línea de antibiótico; trastornos hematológicos, requerimiento de cirugía neonatal, necesidad de estudios o procedimiento invasivos -como terapia de reemplazo renal, punción lumbar, exanguinotransfusión, entre otros-).
- Bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos).
- Prematuridad (edad gestacional al nacimiento menor de 37 semanas).
- Hospitalización en período neonatal mayor a 7 días.
- Niño o niña con hospitalizaciones recurrentes (más de tres en el último año), hospitalizaciones prolongadas (mayores a 2 semanas) o que ha necesitado internación en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Historia de trauma craneoencefálico severo.
- Historia de neuroinfección.
- Condición crónica (neurológica, cardiovascular, respiratoria, metabólica, endocrinológica, gastrointestinal, renal o de otro tipo).
- Niño o niña con necesidad de tratamiento con medicamentos o procedimientos, de forma crónica.
- Presencia de discapacidad (física, psicosocial, auditiva, visual, sordoceguera, intelectual o múltiple) o alto riesgo de presentarla por una deficiencia anatómica o funcional (por ejemplo, alteraciones sensoriales, agenesia de extremidades, resultados de estudio metabólico para enfermedades neurodegenerativas, etc.).
- Niña o niño con sospecha o estudio positivo para alteraciones congénitas o con alteración del tamizaje neonatal (hipotiroidismo congénito, errores innatos del metabolismo, hipoacusia, problemas visuales, etc.).
- Niña o niño con sospecha de síndrome genético (por ejemplo, Síndrome de Down, etc.).

La RIAPMS reconoce la necesidad de brindar un abordaje diferencial a los niños y las niñas en primera infancia según la presencia de estas condiciones o factores de riesgo, y el objeto de esta diferenciación del riesgo es el de organizar una atención en salud y un acompañamiento anticipatorio que permita detectar oportunamente la presencia de problemas que puedan afectar el logro del nivel más alto posible de salud y desarrollo.

Para lo anterior, la RIAPMS establece que los niños y las niñas con condiciones de mayor riesgo para la salud, el bienestar o el desarrollo tienen el derecho a recibir todas las atenciones o intervenciones definidas en la ruta, pero además, determina que se requiere de la participación directa de los especialistas en pediatría para la valoración integral de su salud en su esquema de seguimiento. En este sentido, debe brindarse la atención en salud de acuerdo a lo indicado en la Resolución 3280 de 2018 o en las normas que la actualicen o modifiquen.

De otro lado, dentro de estas condiciones de mayor riesgo existen algunos factores de riesgo específicos que suelen estar presentes o asociarse a problemas graves o trastornos del desarrollo infantil, por lo que deben ser considerados en la atención integral en salud de los niños y las niñas en primera infancia. Estos factores específicos, de alto riesgo neurológico, son:

<b>FACTORES DE ALTO RIESGO NEUROLÓGICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos), especialmente si fue menor a 1500 gramos.</li><li>• Prematuridad (nacimiento antes de la semana 37), especialmente si es menor de 34 semanas.</li><li>• Restricción de crecimiento intrauterino.</li><li>• Fertilización in vitro o uso de Tecnología de Reproducción Asistida.</li><li>• Coagulopatía materna.</li><li>• Madre con ingesta de medicamentos anticonvulsivantes durante la gestación.</li><li>• Madre con consumo de sustancias psicoactivas o alcohol durante la gestación.</li><li>• Hermano con trastorno del neurodesarrollo.</li><li>• Síndromes dismórficos y/o sospecha de síndromes genéticos o cromosomopatías.</li><li>• Necesidad de ventilación mecánica prolongada.</li><li>• Evidencia de disfunción neurológica o de anomalías congénitas del sistema nervioso central.</li><li>• Trastornos metabólicos persistentes (como la hipoglicemia neonatal persistente) y/o enfermedades neurometabólicas.</li></ul>

- Diagnóstico de Asfixia Perinatal.
- Encefalopatía hipóxica isquémica - Accidente cerebro vascular prenatal o perinatal.
- Exanguinotransfusión por ictericia neonatal o sospecha de Kernicterus.
- Infecciones materno fetales, especialmente aquellas del grupo STORCH (sífilis, toxoplasma, citomegalovirus, rubeola, herpes), VIH y Zika virus.
- Meningitis neonatal o postneonatal.
- Microcefalia o Macrocefalia.
- Convulsiones neonatales.
- Neuroimagen patológica (hemorragias, calcificaciones, hidrocefalia, leucomalacia periventricular, etc).
- Deficiencias sensoriales graves o de difícil intervención.
- Trauma Craneo Encefálico moderado a severo.
- Enfermedad mental o emocional significativa del padre o la madre (como en el caso de la depresión perinatal).

Adaptado de Patel D., Neelakantan M., Pandher K., Merrick J., 2020, p. S126; Sánchez, M., García, C., Martínez, M., 2014, pp. 35-36.

#### 2.4. Espectro del desarrollo atípico y de los problemas del desarrollo infantil

El proceso de desarrollo infantil es diverso y, por lo mismo, en algunas ocasiones pueden encontrarse conductas que llaman la atención o generan una alerta, por el grado de diferencia que representan respecto de las conductas típicas. Sin embargo, esta discrepancia no necesariamente sugiere que el niño o la niña presentan un problema o un trastorno del desarrollo infantil.

Cuando un niño o una niña muestran conductas del desarrollo diferentes a las habituales o las típicas, hablamos de un espectro de posibilidades muy amplio. Por un lado, estas conductas podrían ser variaciones mismas del proceso típico del desarrollo o, bien, tratarse de indicadores de posibles problemas o trastornos del desarrollo. En este último caso, al igual que en la sintomatología en salud mental, según la magnitud y el impacto de las dificultades que se presenten para la funcionalidad del niño o la niña, se considerará si este desarrollo atípico, podría tratarse de un problema del desarrollo (para casos leves) o de un trastorno del desarrollo (para casos más severos, más complejos y en los que se cumplen criterios diagnósticos específicos).

De acuerdo con Cafiero y Rodríguez, existen algunas particularidades sobre los problemas y los trastornos del desarrollo, como las siguientes:

- Son cuadros crónicos y de inicio temprano.
- Son cuadros que tienen un impacto significativo en la calidad de vida del niño, la niña y su familia.
- Tienen un origen poligénico modificado por el entorno medioambiental.
- No existen marcadores biológicos que puedan emplearse para la confirmación de los problemas ni de los trastornos del desarrollo, por lo que su diagnóstico es clínico. Para el diagnóstico etiológico, es posible realizar exámenes que apoyen su establecimiento, sin embargo, para el diagnóstico categórico del problema del desarrollo, se requieren criterios clínicos.
- Se caracterizan por la dificultad para adquirir habilidades de áreas del desarrollo en forma aislada o, con mayor frecuencia, en múltiples áreas de forma asociada (por ejemplo, motora, del lenguaje, del aprendizaje, de la comunicación, de las funciones ejecutivas sociales, conductuales y cognitivas). Es decir, la “comorbilidad” suele ser la regla y no la excepción.
- La severidad de la dificultad, del problema o del trastorno se manifiesta en la afectación funcional del niño o niña y la necesidad de los apoyos que necesitarán en las principales actividades de su vida diaria.
- Existe gran variabilidad en la presentación clínica puesto que los trastornos del desarrollo tienen características espectrales. Los cuadros leves son más frecuentes y, por su parte, los cuadros con mayor severidad requieren un abordaje con mayor complejidad.
- En su forma clínica, los problemas y los trastornos del desarrollo no suelen ser puros, sino que comparten signos y síntomas entre ellos, por lo que no siempre se establece con facilidad un diagnóstico categórico de forma inicial.
- Los familiares de estos niños y niñas pueden tener rasgos similares o algunas dificultades con el desarrollo o el comportamiento, generalmente sutiles y leves, sin tener una afectación tal que permita cumplir con criterios diagnósticos. Esta afectación leve de algunos miembros de la familia en conjunto con el perfil atípico de desarrollo y de conducta del niño o niña, se denomina *fenotipo ampliado* (2019, pp.4-5).

Asimismo, las dificultades y los problemas del desarrollo son un motivo de consulta muy frecuente y su abordaje oportuno puede mejorar el pronóstico del niño o la niña, incluso, si no se trata de un caso severo como un trastorno (Cafiero, P., Rodríguez, E., 2019, p.8).

De hecho, se sabe que las dificultades, los problemas y los trastornos del desarrollo y del comportamiento representan una alta carga de enfermedad en salud pública y son la condición crónica pediátrica más frecuente. Por la disponibilidad de la información, la calidad y la regularidad del reporte de datos desde los servicios clínicos, en la Tabla N°1 se presentan las cifras de prevalencia de las condiciones crónicas de niños, niñas y adolescentes según las estadísticas de los Estados Unidos de América, como un modelo de representación del promedio global (Voigt, R., Macias, M., Myers, S., 2011; Voigt, R., Macias, M., Myers, S., Tapia, C., 2018).

**Tabla N° 1. Prevalencia de los problemas y los trastornos del desarrollo y de la conducta y otras condiciones crónicas en niños y niñas.**

Condición	Prevalencia
“Aprendedor lento” (Cociente intelectual entre 70 y 89).	23%
Asma	8,4%
Trastornos del aprendizaje	7,7%
Trastorno con déficit de atención con hiperactividad	6,7%
Discapacidad intelectual/otros retrasos del desarrollo	4,4%
Trastorno del Espectro del Autismo	1,5%
Epilepsia	1%
Cardiopatías congénitas	1%
Parálisis cerebral	0,4%
Enfermedad inflamatoria intestinal	0,4%
Enfermedades reumatológicas	0,4%
Diabetes	0,2%
Cáncer	0,02%
Fibrosis Quística	0,04%
Enfermedad Renal Crónica	0,008%

Tomado de: Voigt R., Macias M., Myers S., Tapia C. Child Development: The Basic Science of Pediatrics. En American Academy of Pediatrics Developmental and Behavioral Pediatrics. 2nd Edition. 2018, p. 2.

Por lo anterior, se hace necesario comprender algunos aspectos esenciales del desarrollo atípico que facilitarán el abordaje de los niños y las niñas que tienen dificultades o problemas del desarrollo, con el objeto de apoyar su proceso diagnóstico y de intervención para la promoción del desarrollo.

#### **2.4.1. Desarrollo atípico y tipos de problemas del desarrollo:**

El desarrollo atípico se refiere a aquel que no se da en el ritmo o en la secuencia habitual de la progresión del desarrollo. De esta forma, es un término amplio que alberga distintas características del proceso de desarrollo infantil.

Según la AAP, las dificultades y las conductas atípicas del desarrollo podrían evidenciarse en alguno de los siguientes problemas del desarrollo infantil:

- **Retraso:** Se refiere a la demora para alcanzar los hitos del desarrollo. La atipicidad está representada en la velocidad más lenta en la que se da el desarrollo. Algunos profesionales utilizan también el término “rezago” para referirse a este curso atípico del desarrollo. Pueden ser leves o graves, por lo que el hecho de que un niño o una niña presente un retraso en alguna área, dimensión o proceso específico del desarrollo, no necesariamente quiere decir que tenga un diagnóstico categórico de un trastorno del desarrollo.
- **Desviación:** Se relaciona con la alteración en la secuencia del desarrollo o con una diferencia en la cualidad de las conductas del desarrollo. Puede reconocerse al evidenciar que un niño o una niña progresa en sus habilidades del desarrollo, muchas veces de forma defectuosa, sin dominar de forma adecuada o típica habilidades más sencillas relacionadas con esa misma función del desarrollo. Por ejemplo, se puede encontrar en niños que tienen un vocabulario amplio pero que no tienen uso de palabras con intención comunicativa o que persisten con el uso continuo de jerga o de onomatopeyas en una edad en la que ya no deberían estar presentes. También puede observarse cuando una conducta del desarrollo se ejecuta de una forma distinta a la típica o a la habitual. Por ejemplo, el niño no tiene el “gateo cuadrúpedo” habitual, sino que lo realiza con el apoyo de una sola rodilla, o con el arrastre de un miembro inferior.
- **Disociación:** Se considera que el desarrollo, aunque es diverso, progresa de forma armónica en sus diferentes áreas, procesos o funciones. Cuando esta armonía se pierde y se presenta la afectación de un área específica del desarrollo o de varias áreas, pero con mayor afectación de alguna en particular, se considera que se presenta una disociación del proceso del desarrollo típico. Es decir, se trata de una “desarmonía” en el desarrollo. Puede ocurrir, también, al interior de un mismo proceso o área del desarrollo como el lenguaje. Por ejemplo, el niño o niña presenta un nivel de desarrollo adecuado para su edad en su lenguaje comprensivo, pero uno más inmaduro o atípico en su lenguaje expresivo. Quiere decir entonces, que es posible encontrar que la disociación del desarrollo se acompañe de retrasos o de desviaciones del curso típico del desarrollo. De otro lado, al emplear este término en el campo del desarrollo infantil (global), no debe confundirse con aquel síntoma mental en el que la persona se encuentra desconectada de su entorno o su realidad.
- **Regresión:** Hace referencia a un tipo de “involución” en el que se produce una pérdida de habilidades del desarrollo previamente adquiridas. Suele ser manifestación de una condición médica, de salud o del desarrollo importante y, por este motivo, se considera un signo de alarma para el desarrollo y para la salud del niño o niña. A diferencia de los retrocesos que pueden presentarse en algunas ocasiones dentro del proceso típico del desarrollo, las regresiones se caracterizan por ser más intensas, continuas o por generar una significativa afectación de la funcionalidad del niño o la niña.

- **Estancamiento:** Ocurre cuando no se evidencian avances ni progresos en el proceso de desarrollo. Podría considerarse también que se trata de una “desaceleración” o una detención en el progreso de este y puede presentarse de forma global o en procesos o áreas específicas. En muchas ocasiones, representa la fase inicial de una regresión del desarrollo, por lo que también se considera un signo de alarma para el desarrollo y para la salud del niño o niña. Eventualmente, pueden evidenciarse aparentes desaceleraciones o estancamientos en el progreso de las habilidades en algunas áreas específicas en el desarrollo de forma habitual, sin embargo, no suelen ser intensos, persistentes ni afectar negativamente la funcionalidad del niño o niña.





Estos tipos específicos de problemas del desarrollo deben ser entendidos respecto al desarrollo global del niño o niña o en áreas específicas del mismo, y no deben ser confundidos con síntomas de enfermedad mental o emocional.

Asimismo, es importante tener en cuenta que un mismo niño o niña con una trayectoria de desarrollo atípico puede tener distintos problemas del desarrollo como los descritos, de forma simultánea. De otro lado, sin ser una regla general, se observa que los problemas del desarrollo de mayor gravedad y los trastornos del desarrollo cursan con problemas de tipo desviación, regresión, retraso o estancamiento. A su vez, aquellos menos severos se manifiestan con alteraciones de tipo retraso con afectación leve. Por su parte, las dificultades o los problemas del desarrollo que se presentan en el contexto de una enfermedad médica grave, pueden cursar con regresión o estancamiento en el desarrollo.

#### 2.4.2. Espectro de los problemas del desarrollo

El desarrollo atípico puede presentarse en un espectro que puede ir desde una variante del desarrollo típico hasta una afectación de mayor severidad que sugiere un trastorno del desarrollo. De esta forma, se comprende que los trastornos del desarrollo incluyen atipicidades del desarrollo con una severidad mayor y que, por tanto, presentan mayor afectación a la funcionalidad del niño o niña.

Sin ser exhaustivo y solamente a manera de ejemplo, para ilustrar el concepto del espectro del desarrollo atípico y de los problemas del desarrollo, observe la siguiente tabla que muestra las características espectrales de los problemas y los trastornos del desarrollo en las áreas motora, cognitiva y del lenguaje, así como de una característica o síntoma específico en el área emocional: la timidez.

Proceso o área del desarrollo	Sin atipicidades		Algunas atipicidades o de intensidad leve		Atipicidades de intensidad severa
<b>Motor</b>	Desarrollo típico para la edad		Dispraxia Problemas del desarrollo de		Parálisis cerebral

			la coordinación motora		
<b>Cognición</b>	Desarrollo típico para la edad	→	Dificultades de aprendizaje	→	Discapacidad intelectual
<b>Lenguaje y comunicación</b>	Desarrollo típico para la edad	→	Retraso simple del desarrollo del lenguaje	→	Trastorno del desarrollo del lenguaje o de la comunicación social (verbal y no verbal)
<b>Socioemocional:</b> Síntoma timidez	Timidez	→	Ansiedad social o Conducta socialmente inadecuada o inmadura.	→	Falta de reciprocidad social, de atención conjunta o de juego imaginativo vistos en Trastorno del espectro del autismo.

Adaptado de: Voigt, R., Macias, M., Myers, S., Tapia, C., 2018., y de: Voigt, R., Macias, M., Myers, S., Tapia, C., 2011.

Puesto que el desarrollo es dinámico, evolutivo, contextual y multideterminado, es posible que la severidad de las atipicidades pueda modificarse a lo largo del curso de la vida de la persona y, que además, pueda manifestarse clínicamente de forma distinta en el mismo sujeto, a diferentes edades. Por este motivo, el seguimiento y el acompañamiento de los niños y las niñas en su desarrollo debe ser longitudinal.

## 2.5. Diagnósticos del desarrollo

Existen diferentes tipos de diagnóstico del desarrollo infantil y como se explica también en el capítulo 4, según el nivel del proceso de abordaje del niño o niña con riesgos, dificultades, problemas o trastornos del desarrollo, se logrará la definición de estos tipos de diagnóstico.

Durante el abordaje clínico del desarrollo infantil, frente a las atipicidades, dificultades o problemas del desarrollo, se tienen los siguientes diagnósticos como se indica a continuación:

Tipo de diagnóstico	Descripción
---------------------	-------------

<p>Presuntivo o sindromático</p>	<p>Se refiere a la obtención de una impresión diagnóstica. Es decir, es un diagnóstico de sospecha en el que se establece cuál es el posible problema que puede presentar el niño o la niña. En este punto puede ser posible caracterizar el tipo de problema del desarrollo (retraso, desviación, disociación, regresión o estancamiento) e incluso, hacer una primera aproximación al diagnóstico categórico, al diagnóstico etiológico y al diagnóstico funcional.</p>
<p>Categórico</p>	<p>Se refiere al diagnóstico que se establece al verificar el cumplimiento de los criterios diagnósticos de un manual de referencia como el DSM (por las siglas en inglés de <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>) que en la actualidad se encuentra en su quinta versión (DSM-5), la Clasificación Internacional de Enfermedades, actualmente en su undécima versión (CIE-11), o la Clasificación diagnóstica de la salud mental y los trastornos del desarrollo de la infancia y la primera infancia (DC: 0-5) de la Fundación Zero to Three de los EEUU. Estos manuales generalmente definen los criterios específicos de diagnóstico relacionados con aspectos de la conducta y la observación clínica (Nápoli S, Maiocchi A &amp; cols., 2019, p. 18; Comisión Nacional de Protección Social en Salud de México, 2013, p. 23). El diagnóstico categórico suele ser un término de “conveniencia” que agrupa un grupo de niños con una deficiencia similar, lo que permite un abordaje común tanto en la estrategia de evaluación diagnóstica, como en la intervención terapéutica.</p>
<p>Etiológico</p>	<p>Se refiere a la identificación de la causa de los problemas o los trastornos del desarrollo. Para alcanzarlo se requiere de la realización de distintos exámenes complementarios de apoyo diagnóstico como imágenes, laboratorios o análisis genéticos. Para llegar a este diagnóstico se parte del principio que un mismo cuadro clínico puede ser secundario a</p>

	<p>distintas etiologías (Nápoli S, Maiocchi A &amp; cols., 2019, p. 18; Comisión Nacional de Protección Social en Salud de México, 2013, p. 24).</p> <p>Este diagnóstico es importante porque tiene efectos a nivel familiar y social, ya que ayuda a explicar con mayor precisión distintas manifestaciones del problema o trastorno (lo que suele tener un impacto psicológico en los padres, madres y cuidadores, y además, en las relaciones vinculares entre los padres y madres y sus niños o niñas). Adicionalmente, puede contribuir en la definición de estrategias de prevención local, incluso cuando la causa del trastorno es genética, ya que la carga de enfermedad genética puede reducirse a nivel epidemiológico en algunas patologías a través de la adecuada consejería genética.</p>
<p>Funcional</p>	<p>Hace referencia a la definición del perfil de fortalezas y debilidades del niño o niña en cada área del desarrollo, tomando en cuenta el contexto que lo/a rodea y sus posibilidades de participación en los distintos entornos de vida (familiar, educativo, comunitario, etc.). Este diagnóstico es fundamental para el diseño de las intervenciones y de las terapias individualizadas para cada niño/a y su familia (Nápoli S, Maiocchi A &amp; cols., 2019, p. 18; Comisión Nacional de Protección Social en Salud de México, 2013, p. 24). Este diagnóstico es dinámico, por lo que deberá actualizarse periódicamente.</p>

## 2.6. Trastornos del desarrollo

Teniendo en cuenta los tipos de problemas que pueden encontrarse en el desarrollo infantil, las características espectrales de estos y los tipos de diagnósticos que pueden realizarse clínicamente, es importante tener presente, al menos de forma enunciativa, los principales trastornos del desarrollo que se observan en el ejercicio clínico.

Según Brown, Parik y Patel (2020), las cuatro áreas del desarrollo que tienen relevancia

desde el punto de vista clínico son:

- Desarrollo motor (grueso y fino).
- Desarrollo del lenguaje y del habla.
- Desarrollo social y emocional.
- Desarrollo cognitivo.

En este mismo orden de ideas, las atipicidades del desarrollo de gran afectación para cada una de estas áreas corresponderían a los siguientes trastornos del desarrollo en la primera infancia:

Trastorno del desarrollo	Breve descripción
Parálisis cerebral	También conocida como Incapacidad Motora de Origen Central (IMOC). Puede ser espástica, hipotónica, disquinética (distónica, coreoatetósica), atáxica, o mixta. Según la localización de la afectación, puede ser monoparesia (una sola extremidad), diparesia (dos extremidades) que puede ser hemiparesia (izquierda o derecha) o paraparesia (miembros inferiores); o cuadraparesia o tetraplejía (las cuatro extremidades). Según el grado de debilidad puede ser tipo paresia (leve) o plejía (intensa). Es una condición que fundamentalmente tiene una afectación motora, sin embargo, se asocia a muchos otros problemas y trastornos del desarrollo o del comportamiento.
Trastorno del desarrollo del lenguaje	Puede ser de tipo comprensivo, expresivo o mixto. Puede tener afectación en su forma, contenido o uso. Puede afectarse tanto en el habla como en el lenguaje mismo. Los problemas del lenguaje representan una de las áreas que más acompañan a los demás trastornos del desarrollo infantil. Cuando se presenta, afecta también las habilidades y capacidades de socialización, por lo que generalmente, se acompaña también de problemas en la conducta personal social y en ocasiones, con la regulación emocional.
	Se manifiesta por dificultades persistentes en la comunicación social y

Trastorno del espectro del autismo	en la intención comunicativa. Adicionalmente, se presentan patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, lo que incluye movimientos repetidos o estereotipados, monotonía, hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales.
Retraso Global del Desarrollo	<p>Corresponde a la afectación de al menos dos áreas del desarrollo infantil, generalmente cursando con retraso en cada una de estas áreas. De acuerdo con el DSM-5, se presenta en el contexto de la discapacidad intelectual para la primera infancia, puesto que muchas personas con esta condición, pueden progresar a discapacidad intelectual siendo mayores de 5 años.</p> <p><b>NOTA ACLARATORIA:</b></p> <p>El concepto de “Discapacidad Intelectual en la primera infancia” (Retraso Global del Desarrollo) descrito en este documento, se refiere al término empleado en el DSM-5 como un trastorno del desarrollo neurológico correspondiente al déficit cognitivo en niños y niñas menores de 5 años de edad, y no debe ser confundido con una categoría nueva o modificatoria de la clasificación o la certificación de la discapacidad según el marco de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), que es el sistema de clasificación de la OMS que fundamenta el marco de política pública sobre discapacidad en Colombia.</p>

Otros problemas y trastornos que pueden estar presentes dentro del desarrollo atípico de los niños y las niñas en primera infancia, y que deben ser considerados en su evaluación clínica, son:

- Problemas sensoriales o del procesamiento sensorial.
- Problemas de la autorregulación (incluyendo los problemas del sueño, de la alimentación y de la eliminación/control de esfínteres).
- Trastornos del apego y del relacionamiento interpersonal.

- Problemas del afecto en la primera infancia.
- Problemas de ansiedad en la primera infancia.
- Trastorno del desarrollo asociado al Trauma psicológico.

El objetivo de este documento no es ser un manual diagnóstico ni un texto exhaustivo o totalmente abarcador de los problemas y trastornos del desarrollo infantil, por lo que para profundizar sobre cada uno de estos y sus criterios diagnósticos, se recomienda acudir a los manuales diagnósticos y a la literatura especializada, incluyendo aquella que ha sido referenciada o citada en este manuscrito.

En síntesis, la comprensión de todos los aspectos sobre el desarrollo infantil presentados en este capítulo, permitirá apropiarse mejor los elementos fundamentales para su abordaje desde el punto de vista clínico, pero además, facilitará el entender mejor la importancia de las distintas recomendaciones técnicas para favorecer la identificación de niños y niñas con riesgos en el desarrollo, para la realización del proceso de evaluación diagnóstica de aquellos que tienen dificultades, problemas o trastornos del mismo, y para el acompañamiento en la intervención para la promoción del desarrollo de los niños y las niñas.

## CAPÍTULO 3

### ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL ABORDAJE DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A SU DESARROLLO

Como se describió en el capítulo 1, la atención integral de los niños y las niñas con riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, debe considerar e implementar unos enfoques y principios que se constituyen en elementos fundamentales de su abordaje. En este capítulo se presenta una descripción más profunda de estos aspectos que se consideran básicos para la realización del proceso de identificación de riesgos, detección de dificultades o problemas del desarrollo, evaluación diagnóstica y de intervención para la habilitación y la rehabilitación del desarrollo infantil.

#### 3.1 La integralidad de la valoración y la atención

La valoración del desarrollo infantil debe enmarcarse dentro de la integralidad de la atención en salud de los niños y las niñas. Esto quiere decir, que es muy importante evaluar el desarrollo en el contexto de los demás aspectos de la salud, del cuidado, de las interacciones, de las prácticas de crianza, de las rutinas y de las dinámicas de vida de los niños y las niñas. En este sentido, la información que se obtiene sobre el desarrollo y sobre la salud infantil se debe comprender de forma articulada e interdependiente.

Teniendo en cuenta lo explicado en el capítulo 2, sobre las características del desarrollo

infantil, y al reconocer específicamente que es multideterminado y diverso, esta diversidad del desarrollo se comprende mejor cuando se tienen en cuenta los distintos elementos que lo influyen. Estos mismos aspectos deben ser indagados cuando se esté realizando la valoración del desarrollo de los niños y las niñas. En la mayoría de los casos, las dificultades o diferencias en el desarrollo infantil pueden ser identificadas, explicadas o intervenidas exitosamente cuando se parte de un marco integral para valorar el desarrollo y la salud.

En los niños y las niñas, al existir esta relación articulada e interdependiente entre la salud y el desarrollo, se hace evidente la necesidad de realizar un abordaje integral desde la identificación comprensiva de los problemas o dificultades que pueda tener el niño o la niña. En este sentido, el desarrollo debe ser permanentemente considerado o evaluado dentro de los distintos procedimientos de la atención integral en salud y las valoraciones que se realicen. Esto quiere decir que la valoración integral en salud debe incluir la evaluación del desarrollo infantil y la identificación de factores causales o asociados a las diferencias o problemas del desarrollo, que puedan detectarse.

Esto nos plantea un desafío particular en el ejercicio clínico y es la necesidad de superar la perspectiva de que los problemas, las dificultades o los cursos atípicos del desarrollo o del comportamiento, se deben a condiciones exclusiva o principalmente intrínsecas a las niñas y los niños (por ejemplo, por factores genéticos, epigenéticos o en relación a enfermedades). Este punto de vista, suele relacionarse con la consideración de que el desarrollo se evalúa únicamente a través del cumplimiento de conductas o de hitos. En realidad, los cambios y las transformaciones del desarrollo que se dan durante el curso de la vida obedecen a la interacción de factores individuales con otros elementos psicosociales y ambientales, que son conjugados a través de múltiples procesos y dinámicas, dentro de los cuales, las prácticas de cuidado y crianza tienen un papel determinante. Esta visión presenta un marco amplio con un gran potencial de evaluación e intervención.

Como se describe en el capítulo 4, una vez se ha detectado que un niño o una niña presenta una dificultad, un problema o un curso atípico del desarrollo durante la atención de su salud, se requiere de una valoración de su desarrollo y de su salud de forma integral. Esto quiere decir, que, así como la valoración de la salud exige la evaluación del desarrollo infantil, la realización de esta última requiere de un abordaje integral donde no solo se tenga en cuenta el comportamiento y el desarrollo del niño o niña, sino también su nivel de salud, así como los distintos factores familiares, sociales, culturales o de otro tipo, que pueden influirlos.

De esta forma, se reitera la necesidad de abordar tanto la salud como el desarrollo del niño o la niña desde un principio de integralidad, que, debe ser aplicado tanto para la valoración de la salud como del desarrollo, así como para la intervención y los seguimientos que puedan requerirse.

La aplicación de este principio de integralidad revela la necesidad de garantizar la participación de distintos profesionales representando a diferentes disciplinas y especialidades, según cada caso en particular.

### 3.2 El trabajo en equipo

*“Ninguno de nosotros es tan inteligente como todos nosotros juntos”* – Antiguo proverbio japonés (Citado en Kliegman, R., Ruggeri, B., Marquardt Smith, M., 2017).

Para avanzar en la integralidad de la valoración y de la atención en salud y del desarrollo de las niñas y los niños, es fundamental trabajar en equipo con los profesionales y especialistas de las distintas disciplinas que apoyan el proceso diagnóstico o terapéutico (Véase el capítulo 4). Con esta misma lógica, se hace necesario trabajar de forma articulada y permanente con la familia y los cuidadores, así como con otros agentes significativos de cuidado y formación, como lo son las y los docentes, madres comunitarias, etc.

Cada disciplina y cada especialidad ofrece un cuerpo de conocimientos específico que contribuye a realizar una atención integral en salud y en desarrollo para niños y niñas. De esta forma, se hace necesario avanzar de un modelo de atención con abordajes individualizados a uno en el que se realice un trabajo en equipo. Este trabajo en equipo nos facilitará el trabajo de construir en conjunto, una imagen de lo que es el desarrollo del niño o la niña, así como favorece una intervención integral a partir de esta construcción.

El trabajo en equipo permite que se logren identificar potencialidades y dificultades del desarrollo de forma complementaria, y así mismo, ayuda a interpretar mejor estos hallazgos de forma articulada. Como consideramos que el desarrollo es holístico y ocurre de forma simultánea en distintas áreas, un abordaje en equipo permitirá la construcción comprensiva del desarrollo del niño o la niña, de sus características, de sus trayectorias, de sus riesgos y sus factores de protección, y por lo tanto, también facilitará la planificación de estrategias personalizadas para una intervención efectiva e integral.

Se evidencia, entonces, que el trabajo en equipo, de calidad, influye de forma notoria en la posibilidad de obtener mejores resultados frente a la identificación temprana de riesgos para el desarrollo, al reconocimiento de necesidades especiales de intervención y acompañamiento de las niñas, los niños y sus familias, y a la intervención integral y su seguimiento.

Adicionalmente, el trabajo en equipo no solo potencia los resultados en salud y en desarrollo, sino que además, reduce la posibilidad de cometer errores en la elaboración de los diagnósticos del desarrollo. Este aspecto es muy sensible porque un error diagnóstico podría generar efectos indeseados con impactos muy lesivos tanto para el niño y la niña, como para su familia (Kliegman, R., Ruggeri, B., Marquardt Smith, M., 2017).

Existe un elemento muy importante respecto al trabajo en equipo frente a la salud y al desarrollo infantil, y es el de garantizar que los distintos integrantes del grupo puedan trabajar al menos con un grado mínimo de articulación entre ellos. Esto quiere decir que se reconoce el impacto de contar con un grupo de profesionales de distintas disciplinas y especialidades para el abordaje de los niños y las niñas, pero se necesita que estas personas trabajen en equipo. Esto quiere decir que el trabajo en equipo que se requiere no

solamente debe ser multidisciplinario sino interdisciplinario.

El trabajo en equipo interdisciplinario implica que los distintos integrantes del equipo de intervención (diagnóstica o terapéutica) deben compartir principios de atención y trabajar de forma colaborativa y articulada, con el objeto de favorecer el logro de los resultados en desarrollo al máximo posible. Esta articulación se comienza a construir a través de la comunicación entre los distintos miembros del equipo.

El modelo de atención por equipos interdisciplinarios ofrece un marco para que los profesionales de la salud trabajen en conjunto para orientar las necesidades de los niños, las niñas y sus familias. La estructura de ese equipo puede variar dependiendo del escenario particular y la naturaleza y la intensidad de las necesidades del niño o niña. Un equipo interdisciplinario está compuesto por profesionales con habilidades complementarias que trabajan juntos de una forma colaborativa, para proveer atención integral y coordinada. Cada miembro del equipo ofrece una perspectiva y un marco diagnóstico único y evalúa aspectos diferentes del desarrollo infantil (Liu, X., Zahrt, D., Simms, M., 2018).

Aunque las evaluaciones son realizadas de forma individual, los miembros del equipo deben compartir e integrar los hallazgos y las observaciones de cada evaluación con los de los demás participantes, de tal forma que las conclusiones a las que nos permita obtener elementos sobre el desarrollo y el comportamiento de los niños y las niñas, mucho más completas e integrales que las de cualquier evaluación individual (Liu, X., Zahrt, D., Simms, M., 2018).

En la atención integral del desarrollo infantil, el equipo interdisciplinario que debe conformarse incluye profesionales y especialistas que apoyarán el proceso diagnóstico y terapéutico. En algunas ocasiones, su participación será transitoria, en otras, permanente, y los liderazgos en el diagnóstico y la intervención terapéutica al interior del equipo, dependerán de cada caso particular. Sin embargo, es fundamental que el especialista en pediatría (y ocasionalmente el profesional en medicina general), tenga en mente el estado de avance de las distintas intervenciones realizadas y realice el seguimiento de la integralidad de la atención recibida por cada niño o niña.

De acuerdo con Kliegman y colaboradores (2017), existen unas características básicas que deben tener los equipos de trabajo interdisciplinario:

- Objetivos compartidos.
- Roles definidos.
- Confianza mutua.
- Comunicación efectiva.
- Resultados medibles.

De esta forma, se reitera la necesidad de establecer objetivos para la participación de los miembros del equipo, pero además, que los resultados de su trabajo sean medibles. Los roles deben estar claros, debe haber una comunicación efectiva y una confianza en el

trabajo que se está realizando en conjunto.

En la práctica clínica de la atención al desarrollo infantil, se recomienda identificar el equipo interdisciplinario de trabajo, comprendiendo los roles, las funciones, la pertinencia y las posibilidades de intervención de cada uno de los integrantes. Aquí, es necesario conocer la red de prestación de servicios en salud disponible para cada niña o niño según su tipo de aseguramiento. De esta forma, será más sencillo generar las derivaciones a los diferentes profesionales o especialistas según las necesidades que se tengan. De esto se concluye que el equipo de trabajo podrá ser distinto según las necesidades de cada niña, niño o familia.

Por último, como el trabajo en equipo interdisciplinario tiene un gran impacto en la vida de las niñas y los niños, es de vital importancia fortalecer también las actuaciones intersectoriales, garantizando un contacto regular y periódico entre los distintos profesionales y actores de atención y cuidado, con el objeto de tener presentes las distintas condiciones que pueden potenciar o interferir con el cumplimiento de los planes de intervención establecidos (por ejemplo, de salud, pedagógicos, de restablecimiento de derechos, de protección, etc.). Debe tenerse presente que los padres deben participar activamente del proceso de evaluación y de intervención, y que los docentes y otros cuidadores tienen información y observaciones del niño en otros escenarios que pueden ser valiosas para los profesionales de la salud y para el mismo niño o niña, al acompañar su proceso de promoción del desarrollo, y de la habilitación/rehabilitación.

### 3.3 El seguimiento longitudinal

Como se describió previamente en el capítulo 2, el desarrollo es un proceso continuo, que dura toda la vida, pero específicamente en niños, niñas y adolescentes, está marcado por una rápida aceleración de los cambios. Precisamente por este carácter continuo y significativo del desarrollo, se requiere de un acompañamiento longitudinal del niño y la niña.

Cada niño y cada niña, al ser protagonistas de su proceso de desarrollo, reflejan la diversidad de este, de forma dinámica. Por este motivo, su seguimiento debe realizarse de forma universal, incluso en aquellos niños y niñas en quienes ya se cuenta con un diagnóstico categórico de un problema o un trastorno del desarrollo.

Pero lo dinámico no se evidencia solamente en los cambios del desarrollo, se refleja también en la forma como se comportan los distintos factores que lo influyen, sean de riesgo o protectores, a lo largo del curso de la vida. Esto quiere decir que es posible que algún momento, un aspecto considerado previamente de riesgo, pueda no seguirlo siendo. Del mismo modo, en un niño o en una niña que previamente se consideraba sin riesgos o con bajo riesgo, por algún evento o suceso vital, pueda comenzar ahora a tener factores de gran riesgo para su desarrollo.

Al tener unos factores influyentes en el desarrollo, que pueden tener impactos diferenciales a lo largo del curso de la vida, y un proceso de desarrollo mismo, que también es dinámico, se requiere de un seguimiento longitudinal en el tiempo, para poder identificar

oportunamente riesgos significativos para el desarrollo infantil, así como probables indicadores que sugieran la presencia de un problema, una dificultad o un curso atípico de este.

De otro lado, a través del seguimiento longitudinal es posible avanzar en la construcción de una imagen de perfil de desarrollo del niño donde se logren identificar, no solamente las dificultades que pueda presentar, sino también sus cualidades y potencialidades, sobre las cuales será mucho mejor formular las estrategias de acompañamiento y de intervención, en el caso en que sea necesario.

Asimismo, el seguimiento longitudinal permite avanzar en la construcción de una relación terapéutica entre la familia y los profesionales de la salud, en la que se incluye a los primeros como un miembro relevante para el proceso de intervención para la promoción del desarrollo del niño o la niña. De esta forma, será más sencillo identificar y evaluar factores influyentes o determinantes del desarrollo y su respectivo impacto en el niño, la niña o su familia, a lo largo del tiempo.

El carácter continuo y longitudinal del acompañamiento y el seguimiento del desarrollo infantil, permite aprovechar la articulación de distintos elementos que se tornan fundamentales para fortalecer el abordaje del niño, la niña y su familia, de tal forma que se logra implementar un mejor proceso de evaluación diagnóstica y de intervención para la promoción del desarrollo, de habilitación y rehabilitación del niño o la niña con riesgos o sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo.

Por último, otro aspecto en el que se evidencia la importancia de contar con un seguimiento longitudinal del niño o la niña, será evidente en la evolución de los diagnósticos del desarrollo. En muchos casos, los diagnósticos etiológicos pueden llegar a establecerse después de un tiempo variable de atención y de acompañamiento. Así mismo, la funcionalidad de la persona puede cambiar a lo largo del tiempo, sea por la dinámica misma del progreso del desarrollo, por las transformaciones que puedan tener los entornos de vida de los niños y las niñas, o como resultado de las intervenciones que se realicen; lo que a su vez, influirá en el diagnóstico funcional. Por su parte, es posible que puedan modificarse los diagnósticos categóricos inicialmente establecidos o que emerjan condiciones que puedan considerarse “comorbilidades” dentro del “*fenotipo del desarrollo y del comportamiento*” del niño o la niña (Véase el capítulo 4), que deberán ser reconocidas y abordadas.

En conclusión, el seguimiento longitudinal como expresión del principio de continuidad del cuidado (atención continua), es un elemento fundamental que debe ser tenido en cuenta de forma permanente en la atención de los niños y las niñas con riesgos o con posibles dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, ya sea por mejorar la calidad del proceso diagnóstico o terapéutico, por el impacto en la alianza terapéutica con la familia o, en últimas, por su influencia directa e indirecta en los resultados en salud y en desarrollo para los niños y las niñas.

### 3.4 El ciclo de la intervención en el desarrollo

El proceso de intervención para la promoción del desarrollo y para favorecer la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional de los niños y niñas con riesgos o atipicidades del mismo, debe realizarse a través de una atención organizada. Esto quiere decir que la atención debe contar con unos pasos identificables que permitan saber cuál es el estado de avance en el proceso de abordaje diagnóstico y terapéutico. Debe existir primero una valoración o evaluación, y posteriormente se da paso a la intervención. De esta forma, se identifican dos hitos básicos en el abordaje del niño o la niña con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo: la evaluación y la intervención.

Los mencionados pasos corresponden al denominado “Ciclo de la intervención en el desarrollo”, concepto que es adaptado del “Ciclo de la rehabilitación” y que se define como un proceso que “consta de cuatro momentos: 1) evaluación inicial, 2) planeación y definición de la intervención, 3) intervención y, 4) evaluación final y seguimiento. Este conjunto de acciones interrelacionadas, secuenciales y continuas deben permitir establecer metas y objetivos de rehabilitación e identificar, estructurar y organizar las acciones a realizar para su consecución” (Minsalud, 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, el ciclo de la intervención en el desarrollo corresponde al conjunto de acciones interrelacionadas y continuas que tienen por objeto promover el desarrollo infantil, identificar el perfil de dificultades o problemas en el desarrollo o el comportamiento del niño o la niña, e intervenir a partir de este reconocimiento, de forma continua, organizada y dirigida al cumplimiento de metas y objetivos encaminados a la mejoría de la funcionalidad y los resultados del desarrollo.

En muchas ocasiones, en los que no se evidencian dificultades o problemas significativos, la evaluación puede irse acompañando simultáneamente de la promoción del desarrollo como la principal medida de intervención. Sin embargo, en otros casos de mayor complejidad o impacto, se requiere que antes de iniciar un proceso de habilitación/rehabilitación, se garantice una evaluación integral en la que se determinen con mayor claridad los objetivos y los pasos a seguir durante la intervención.

Las intervenciones pueden estar encaminadas a la habilitación del desarrollo o a la rehabilitación funcional del niño o la niña. En el contexto del abordaje integral del desarrollo infantil, la habilitación se refiere al acompañamiento para la adquisición progresiva de habilidades de todo tipo, que permitan el desarrollo adaptativo y contextual del niño o la niña. Por su parte, la rehabilitación funcional se refiere al proceso de atención orientado a la recuperación de habilidades que han sido previamente adquiridas y fueron perdidas (por cualquier motivo), o que emergieron de forma atípica y restringen o afectan las capacidades o la funcionalidad del niño o niña según el nivel esperado para su desarrollo. Tanto la habilitación como la rehabilitación contemplan las características de los entornos como elementos significativos para la promoción y los resultados del desarrollo infantil.

Por su parte, al definir metas y objetivos de intervención, será más sencillo encontrar el punto final de esta, a través de su evaluación y la determinación de la respuesta a la misma. Esto quiere decir que, se reconoce la posibilidad de detener las intervenciones en desarrollo cuando los objetivos ya han sido alcanzados, cuando no se evidencia el impacto esperado y previamente planificado o, incluso, cuando no se dirigen al cumplimiento de

ningún objetivo. También, se debe reconocer que la intervención puede continuar al pasar la primera infancia, pues los problemas y los trastornos del desarrollo pueden acompañar a la persona en momentos posteriores de su vida, y en este caso, la planificación de metas y objetivos serán establecidos de acuerdo al momento del curso de vida y sus expectativas, a los procesos del desarrollo y, a las necesidades y posibilidades de la personas y sus familias.

El respeto al ciclo de la intervención en el desarrollo reduce el riesgo de que se presenten demoras en la detección de casos en los que existe afectación compleja (en varias áreas del desarrollo) y para los que es necesario brindar ayudas o apoyos diferentes a los que ha venido recibiendo el niño o la niña; reduce el riesgo de cometer errores el proceso de evaluación diagnóstica, lo que está relacionado con la confiabilidad de los diagnósticos del desarrollo; ayuda a comprender la efectividad y la utilidad de las intervenciones implementadas para promover la habilitación del desarrollo o la rehabilitación funcional del niño o la niña, lo que reduce la posibilidad de someter al niño o niña a prácticas fútiles o que le quitan tiempo para acceder a aquellas que verdaderamente tienen un beneficio probado para las necesidades del niño según las características de su desarrollo.

Como se deduce de lo anterior, cumplir con el ciclo de la intervención en el desarrollo es una práctica costo-eficiente y costo-efectiva en la atención del niño o niña con riesgos significativos o con dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo.

### **3.5 Atención centrada en el niño y atención centrada en la familia**

Una característica fundamental de la atención integral de la salud y el desarrollo infantil es que debe ser centrada en el niño y la niña. Este concepto de “centramiento en el sujeto” hace referencia a la práctica de organizar el abordaje integral en salud y en desarrollo, teniendo presentes las necesidades y las características de las personas, y pensando en la garantía de sus derechos, llevando al ajuste de los procesos de gestión y de atención para hacerlos más accesibles y adecuados a los sujetos de atención. Este principio de centramiento en los sujetos de atención también es reconocido en la Resolución 3280 de 2018 para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Por las características propias de los niños, las niñas y los/as adolescentes, al avanzar progresivamente de la heteronomía a la autonomía, y de la dependencia a la independencia, se hace necesario considerar a la familia como parte de los sujetos de atención en salud y del desarrollo. De este modo, la atención aparte de ser centrada en los niños y las niñas también debe ser centrada en las familias. El reconocimiento de la familia como un sujeto de derechos y como centro de atención también está incorporado en la, mencionada previamente, Resolución 3280 de 2018.

El centramiento de la atención en el niño y la niña reconoce el impacto que tienen la detección y las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en su salud y su desarrollo a lo largo del curso de la vida, lo que de manera directa impacta en su familia como sistema en constante proceso de transformación y adaptación, puede conllevar a nuevas acomodaciones en su estructura o funcionamiento en respuesta a los desafíos y las necesidades que se presenten y, a su vez, podría constituirse en un suceso vital personal

y familiar. Este impacto, de acuerdo a cada familia y a sus recursos, puede requerir acciones especiales, particulares o adicionales de acompañamiento y orientación.

El seguimiento longitudinal del niño o la niña permitirá la construcción de una relación entre los profesionales de la salud y la familia, que favorecerá un rol activo de los padres, las madres, los/as cuidadores/as y otros/as miembros de la familia, frente a los niños y las niñas, y los convierte en actores fundamentales de la identificación de riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, así como de la intervención efectiva en la promoción de su desarrollo.

Este seguimiento longitudinal permite, además, aprender a conocer a los niños, las niñas, sus familias, sus necesidades y sus posibilidades de intervención para promover la salud y el desarrollo infantil. De esta forma, este conocimiento y esta comprensión de los niños, las niñas y sus familias, genera un manto de confianza y reconocimiento del profesional de la salud como un aliado en el cuidado de su salud integral.

En este sentido, la relación entre los profesionales de la salud, los niños, las niñas y sus familias, permite establecer las bases para la construcción de una alianza terapéutica. Esta alianza con los niños, las niñas y sus familias requiere: 1) acuerdo en los objetivos deseados del proceso terapéutico, 2) acuerdo en las tareas para alcanzar esos objetivos y, 3) un vínculo entre el profesional y el paciente construido sobre valores compartidos como la confianza, el respeto, el interés genuino y la empatía (Voigt, R., Macias, M., Myers, S., Tapia, C., 2018).

La construcción de esta relación de alianza terapéutica requiere de la creación de un ambiente de apoyo en el que la familia pueda sentir que sus preocupaciones son escuchadas, respetadas y tenidas en cuenta. Esta relación debe permitir que las madres, los padres y otros cuidadores se sientan seguros para expresar sus temores, sus vulnerabilidades, sus desafíos o preocupaciones sobre su rol en el proceso de cuidado y crianza de los niños y las niñas. De esta forma, será más sencilla la exploración del impacto de los riesgos, las dificultades o los problemas del desarrollo de los niños y las niñas, en la vida y el bienestar de la familia.

En la atención del niño o la niña, se debe permitir que la familia pueda indicar sus intereses y necesidades flexiblemente, aunque también se deben abordar temas importantes que puedan no haber sido identificados por la familia pero que tengan un impacto en la salud y el desarrollo del niño o niña. Para construir la alianza terapéutica es necesario no presentarse solamente desde los problemas sino desde las fortalezas y las potencialidades del desarrollo del niño o la niña, de tal forma que se facilite la identificación de los objetivos de intervención por parte del paciente y su familia.

El profesional de la salud que atiende niños y niñas, tiene una gran ventaja sobre otros actores involucrados en la atención integral de la primera infancia para observar la relación de cuidado, monitorear el desarrollo infantil, identificar dificultades en salud y en desarrollo, y ofrecer apoyo, orientación e intervención cuando las familias lo necesiten. De esta forma, se requiere que la atención se aproveche al máximo para facilitar la construcción de una relación de alianza que promueva los mejores resultados en salud y desarrollo de los niños y las niñas, a través de la vinculación de las familias en este trabajo.

### 3.6 Trabajo y comunicación con las familias

Un elemento fundamental para la construcción de la alianza terapéutica entre los profesionales de la salud y los niños, las niñas y las familias, es la comunicación. Como se anotó previamente, la construcción de una relación profesional en la que los padres, las madres, los familiares y otros cuidadores logren expresar sus sentimientos y preocupaciones, en la que se reconozca su trabajo en la crianza, facilitará que se involucren de una forma más activa en la atención integral del niño o la niña. Esto solo es posible si la relación terapéutica maneja cuidadosamente la comunicación entre las partes.

La comunicación con las familias permea todo el proceso de atención al niño y la niña con riesgos, dificultades o cursos atípicos del desarrollo. Desde la detección, hasta el proceso de evaluación diagnóstica y de intervención para la promoción del desarrollo.

Las madres, los padres y otros cuidadores de niños y niñas que tienen dificultades, cursos atípicos e incluso, trastornos del desarrollo infantil, atraviesan el ciclo de la intervención en el desarrollo con distintas emociones, expectativas y preocupaciones. En este contexto, la comunicación debe ser muy cuidadosa, justa, asertiva, apreciativa y generativa. Es decir, a través de la comunicación no solo se debe esperar que las familias comprendan los diagnósticos del desarrollo del niño o la niña, sino que también, se sientan con la capacidad para involucrarse activamente en el proceso de intervención que favorezca el logro de los resultados en el desarrollo.

En el proceso de la atención integral del desarrollo infantil, la comunicación puede tener distintos objetivos (Voigt, R., Macias, M., Myers, S., Tapia, C., 2018; Carey, W., Crocker, A., Coleman, W., Elias, E., Feldman, H., 2009). Dentro de estos, se reconoce que, en el asesoramiento familiar, la comunicación sirve para:

- Promover intervenciones que fortalezcan los entornos del niño o la niña y que promuevan el desarrollo infantil.
- Proveer tranquilidad sobre aspectos puntuales o sobre la generalidad del desarrollo.
- Brindar consejería específica sobre un tema puntual o de forma amplia sobre varios temas si se requiere.
- Respaldar el abordaje que ha sido realizado previamente por los padres como una medida de destacar su rol frente al desarrollo infantil y el cuidado del niño o la niña.
- Clarificar los problemas del desarrollo y sus posibles causas cuando se pueden determinar.
- Brindar información y educación sobre los diagnósticos del desarrollo y sobre los pasos a seguir en el proceso de intervención para la promoción del desarrollo.
- Liberar sentimientos dolorosos y facilitar la expresión de emociones frente al proceso del desarrollo del niño o la niña.

La comunicación sirve para educar a las familias, sin embargo, también desempeña un papel importante en el manejo de la ansiedad de los padres, las madres u otros cuidadores, en la aclaración de conceptos equivocados y en la afirmación de sentimientos de efectividad respecto a lo que se ha hecho por el niño o la niña (Carey, W., Crocker, A., Coleman, W., Elias, E., Feldman, H., 2009, p. 848).

A continuación, se generan algunas recomendaciones básicas para mejorar la comunicación sobre el desarrollo del niño o niña con las familias:

- ✓ Comprenda el tipo de comunicación que se requiere en cada caso y ajuste la comunicación según corresponda. Evalúe perceptivamente, cómo las familias van tomando lo que usted está informando. La detección de una posible dificultad o problema del desarrollo, el establecimiento y la comunicación de los diagnósticos del desarrollo, y la planificación, la implementación y el seguimiento de las intervenciones en habilitación y rehabilitación de un niño o niña en el que ya se tiene claridad de un problema o de un trastorno del desarrollo, pueden requerir abordajes de la comunicación diferentes.
- ✓ Comprenda el estado emocional y las expectativas de los padres, las madres u otros cuidadores frente al desarrollo del niño o niña.
- ✓ Garantice una comunicación asertiva, cálida, empática, confidencial y respetuosa de la dignidad del niño, la niña y la familia.
- ✓ Explique los hallazgos o las conclusiones de la forma más sencilla posible. Evite utilizar tecnicismos.
- ✓ Identifique los mensajes concretos que desea transmitir a las familias.
- ✓ Brinde información clara sobre los diferentes tipos de diagnósticos, especialmente sobre el perfil funcional en diferentes contextos de vida la niña o niño.
- ✓ Utilice una comunicación apreciativa. Es decir, no se centre exclusivamente en las dificultades o los problemas del desarrollo. Debe destacarse también las fortalezas y aspectos positivos del niño, la niña y su familia como una medida básica para promover la alianza terapéutica y el rol activo en la promoción del desarrollo y su acompañamiento integral. Evite atemorizar a la familia. La experiencia de comunicar un diagnóstico o un pronóstico de gravedad puede ser tremenda y afectar significativamente el curso de vida posible del niño o niña y de toda la familia.
- ✓ Utilice una comunicación generativa, lo que se refiere a que la conversación y las explicaciones que se brinden deben servir para motivar la formulación de un camino a seguir y la implementación de medidas para promocionar el desarrollo infantil. Brinde información útil para asumir los retos del eventual diagnóstico y sin transmitir pronósticos fatalistas sobre la inclusión e independencia del niño o la niña. Promueva la esperanza de construcción del proyecto de vida del niño o niña en el marco de la familia, por más afectación que se evidencie en el desarrollo.

- ✓ Verifique qué fue lo que entendió la persona a quien le explicó y si es necesario, aclare las confusiones o refuerce mensajes específicos.
- ✓ Evite dar pronósticos fatalistas sobre la salud y el desarrollo del niño, la necesidad de inclusión o el grado de independencia del niño o la niña, especialmente en las valoraciones iniciales y mucho menos sin contar con diagnósticos categóricos y etiológicos definidos. Evite decir que el caso del niño o niña es irremediable.
- ✓ Evite la utilización de palabras que puedan generar estigma, discriminación o que puedan ser interpretadas como ofensivas. Evite las etiquetas para referirse a los niños y las niñas con una condición. Ejemplos:

En lugar de decir ...	Prefiera ...
“Niño Retrasado”	Niño con retraso en el desarrollo o con un desarrollo diferente y que puede necesitar apoyo.
“Niño Discapacitado”	Niño o niña con discapacidad.
“Niño lento”	Niño con desarrollo diferente o con algunas dificultades.
“Es bobito”	Niño con dificultades en el desarrollo o el aprendizaje

- ✓ Evite utilizar el término “normal” para referirse al desarrollo típico. Si existe un niño con un “desarrollo normal”, entonces el niño o niña que tiene dificultades o problemas de este, podría considerarse “anormal”. Emplear este tipo de expresiones tiene una enorme carga para las familias de niños y niñas con cursos atípicos del desarrollo.
- ✓ Explique a las familias y a las niñas y niños con dificultades o problemas en el proceso de desarrollo en que consiste la intervención, sus derechos en salud, condiciones de efectividad, compromisos y mecanismos de exigibilidad.
- ✓ Considere utilizar materiales audiovisuales o impresos para explicar o transmitir mensajes. También los puede usar para promover el desarrollo de los niños, la comunicación de signos de alarma o incluso, para describir el proceso de desarrollo típico de los niños y las niñas.

### 3.7 Adaptabilidad

Uno de los rasgos del desarrollo es su contextualidad. Esto quiere decir, que es fundamental tener en cuenta las características de los entornos en los que viven los niños y las niñas, para considerar las diferencias que se pueden presentar en las trayectorias del desarrollo, en sus riesgos y en sus factores protectores.

Estos contextos pueden suponer particularidades frente al acceso geográfico a los servicios de salud y otros servicios de atención a la primera infancia. Sin embargo, también se presentan diferencias frente a la pertenencia a grupos poblacionales específicos, a las lenguas que se hablan, a las prácticas de salud y de promoción del desarrollo, y a las costumbres de cuidado y de crianza de niños y niñas en primera infancia.

Teniendo presente lo anterior, es fundamental plantear estrategias de adaptabilidad para la valoración integral del desarrollo infantil en el caso en que se evidencien riesgos significativos para el mismo, o en el que se detecten dificultades o cursos atípicos de este. La adaptabilidad debe atender criterios poblacionales y territoriales, como está planteado en la Resolución 3280 de 2018 sobre las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Esto quiere decir que el éxito de la adaptabilidad de la valoración integral en salud depende de los avances que se tengan en la adaptabilidad de los otros aspectos de la atención integral en salud que se han venido desarrollando desde hace varios años. Estas medidas de adaptabilidad deben ser tenidas en cuenta para los principales hitos de la atención integral al desarrollo infantil: la detección, el diagnóstico y la intervención.

Particularmente, en el caso del desarrollo infantil, es necesario considerar la realización de ajustes en los que se contemple el uso de modalidades de atención por telemedicina en los casos en los que existan barreras de acceso geográficas. De otra parte, en el caso de niños y niñas que no hablen español o que pertenezcan a etnias no hispanohablantes, se recomienda disponer de un intérprete para las valoraciones integrales en salud y desarrollo. Incluso, debe contemplarse la posibilidad de realizar adaptaciones lingüísticas o culturales para la aplicación de instrumentos de tamizaje del desarrollo infantil como la EAD-3 o el cuestionario VALE, entre otros. La EAD-3 como instrumento de tamizaje del desarrollo permite estas adaptaciones y adecuaciones, sin embargo, en el caso en el que esto se decida, se recomienda establecer contacto con el equipo responsable en el Minsalud para orientar este proceso de adaptabilidad.

Las medidas de adaptabilidad deben ser contempladas también para promover la participación de los niños y las niñas con factores de vulnerabilidad (por ejemplo, relacionadas con condiciones sociales como pobreza extrema, bajo nivel educativo parental, barreras geográficas y culturales, etc.) en las actividades propias del sector salud, en los procedimientos de las RIAS y para el espectro de la atención del desarrollo infantil, como se mencionó recientemente.

Del mismo modo, se debe considerar la implementación de medidas de adaptabilidad para el seguimiento integral del desarrollo en aquellos niños y niñas en quienes se presenta discapacidad u otro tipo de daño establecido que se asocia directamente con problemas o trastornos del desarrollo (por ejemplo, en caso de síndromes genéticos, de ceguera congénita, de defectos congénitos anatómicos o funcionales, etc.).

En muchas ocasiones, la atención de la salud de estos niños y niñas gira en torno al evento o al problema, pero no de la persona como centro del proceso de atención. Por lo anterior, y en aplicación del principio de integralidad de la atención, se hace necesario avanzar en las valoraciones integrales de la salud y el desarrollo infantil, incluso en niños con eventos que ya se sabe, van a generar problemas en el desarrollo.

En el mismo sentido de la adaptabilidad, las mismas IPS deben realizar ajustes razonables que eliminen las barreras de acceso físicas, actitudinales, geográficas, lingüísticas y culturales para acceder a los servicios de salud.

Por último, se requiere en desde la formación universitaria, se ofrezcan elementos que contribuyan a garantizar una atención respetuosa de la diversidad, sensible culturalmente, basada en derechos humanos, con enfoque diferencial, de integralidad y de curso de vida.

## **CAPÍTULO 4**

### **ORIENTACIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS PARA EL ABORDAJE EN SALUD DEL NIÑO ONIÑA CON RIESGOS O ALTERACIONES DEL DESARROLLO**

#### **4.1 Detección de niños y niñas con riesgos o con sospecha de un curso atípico del desarrollo.**

La vida cotidiana de las niñas y los niños permite aprender a conocerlos, saber quiénes son, cómo son, qué hacen y qué le gusta. Esto quiere decir que es en la vida diaria, sus actividades y sus juegos, donde exhiben permanentemente su desarrollo. De esta forma, todas las personas que conviven o comparten significativamente con ellas y ellos, no solo son agentes de cuidado sino también aliados para la promoción de su salud y su desarrollo y, a su vez, podrían detectar cuando algo no va de la forma esperada.

Aunque el desarrollo es multidireccional y diverso, como se explicó previamente en el capítulo 2, existen algunos indicadores de posibles dificultades, problemas o alteraciones que deben ser reconocidos tempranamente. Por este motivo, la alerta para la detección de un curso atípico del desarrollo infantil puede ser potencialmente generada desde cualquier entorno de vida del niño o la niña, o por cualquier persona sensible a su vida, a su cuidado, a su atención o a su desarrollo.

La identificación y el reconocimiento de los riesgos en salud y para el desarrollo de los niños y las niñas, es fundamental para acompañar su atención integral en salud. El reconocimiento de estos riesgos tiene la posibilidad de permitir una detección precoz, lo que tendrá un impacto relevante en los resultados en salud y en desarrollo, a través de la posibilidad de alcanzar diagnósticos y de planear intervenciones de forma oportuna.

El reconocimiento de los riesgos y la detección de los cursos atípicos del desarrollo deben realizarse lo más pronto posible. Considerando la plasticidad del cerebro infantil en sus primeros años, entre más temprano se comience una intervención frente a un problema o dificultad del desarrollo, será mucho mejor en términos de habilitación y rehabilitación funcional del niño o niña.

A continuación, se describen los escenarios, las atenciones y los procedimientos a través

de los cuales, es posible detectar a las niñas y los niños con riesgos o sospecha de cursos atípicos del desarrollo, con el objeto de derivarlos a un proceso de evaluación diagnóstica que permita una intervención integral a su salud y su desarrollo.

#### **4.1.1. Procedimientos, actividades o intervenciones en salud que permiten la detección de niños y niñas con riesgos o con sospechas de un curso atípico del desarrollo.**

La identificación de niños y niñas que tienen riesgos para el desarrollo o en quienes se sospechan problemas, dificultades o alteraciones del mismo, implica el reconocimiento de los distintos factores de riesgo y de protección presentes a nivel individual, familiar, social, comunitario, ambiental y hasta político, que contribuyen a la determinación de su desarrollo y su salud.

En este proceso de identificación, puede concurrir una gran diversidad de profesionales o de actores de atención en salud, puesto que se requiere principalmente de su participación en algún punto de la atención integral en salud de niños y niñas, incluso en actividades de atención de carácter resolutivo o para la realización de procedimientos diagnósticos.

Tradicionalmente, se había considerado que la actividad donde se debía detectar a los niños y a las niñas con riesgos o con sospecha de problemas, dificultades o alteraciones en el desarrollo, era la “consulta de crecimiento y desarrollo”. Sin embargo, actualmente se comprende la necesidad de detectar a estos niños y niñas en cualquier procedimiento de atención en salud, lo que implica tener en mente que el desarrollo infantil es un elemento central de sus vidas y de su atención integral.

Esta “consulta de crecimiento y desarrollo” tuvo una modificación significativa en su paradigma, en sus contenidos y en sus alcances, a partir de la formulación e implementación de la RIAPMS de la Resolución 3280 de 2018, tal como se explica a continuación.

##### **4.1.1.1. La valoración del desarrollo infantil en las Rutas Integrales de Atención en Salud**

Hasta el año 2018, la consulta de crecimiento y desarrollo ofrecía la posibilidad de detectar las alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño menor de 10 años en el marco de una actividad de “Protección Específica y Detección Temprana”. Sin embargo, esta consulta enfrentaba serias dificultades. En primer lugar, la cobertura distaba mucho de ser la ideal y de otro lado, respecto a la valoración del desarrollo infantil, muchas veces no se realizaba o se hacía de forma desorganizada, incompleta o inadecuada, utilizando el instrumento de tamizaje (Escala Abreviada de Desarrollo) como una lista de chequeo.

La Resolución 3280 de 2018 derogó la Resolución 412 de 2000 y, en su lugar, planteó un modelo de gestión para operar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), reglamentando específicamente los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMP) y de la Ruta Integral de

Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RIAPMS). Desde entonces, la “consulta de crecimiento y desarrollo” se transformó en la “consulta de valoración integral en salud”.

Pero no se trató solamente de un cambio en el nombre de una actividad, sino que realmente trae consigo un cambio en un paradigma de atención para la valoración integral, para la detección de riesgos y problemas, y para la promoción de medidas protectoras de la salud. Frente al desarrollo infantil, el objetivo principal de la consulta de valoración integral en salud es detectar a los niños y las niñas con riesgos para el desarrollo o con sospecha de problemas, dificultades, alteraciones o cursos atípicos del desarrollo. Respecto a la valoración del desarrollo infantil, la RIAMP y la RIAPMS traen cambios mucho dentro de los cuales, por mencionar algunos, tenemos:

En la Ruta Materno Perinatal:

- Incorporación de un procedimiento estandarizado para la atención preconcepcional de las mujeres en edad fértil con intención reproductiva a corto plazo, con el objeto de identificar riesgos obstétricos y para la salud de la mujer y su hijo o hija.
- Actualización de contenidos de la atención para el cuidado prenatal, agregando contenidos de promoción del desarrollo infantil dentro del curso de preparación para la maternidad y la paternidad que, ahora debe realizarse de forma universal.
- Formulación de orientaciones para la detección de la depresión perinatal, la cual se considera un factor de riesgo significativo para el neurodesarrollo de los niños y de las niñas.
- Incorporación de la práctica de tamizaje neonatal de condiciones de gran significancia en el período neonatal y para el resto de curso de la vida (cardiopatías congénitas complejas, hipoacusia con y sin factores de riesgo para pérdida auditiva, y alteraciones oculares), así como se respaldó el tamizaje de hipotiroidismo congénito, lo que es básico para el avance a la garantía del tamizaje metabólico y/o ampliado.
- Establecimiento de directrices claras sobre el tiempo de egreso hospitalario de las mujeres puérperas y sus hijos e hijas recién nacidos, así como en la atención ambulatoria del puerperio y del recién nacido lo que favorece optimizar su cuidado y la detección temprana del riesgo para su abordaje.
- Generación de oportunidades para realizar visitas domiciliarias del binomio madre-hijo en los casos en los que se considere pertinente según el criterio médico, lo que incluye la atención de madres con depresión perinatal, de madres con dificultades para el cuidado del recién nacido, para atender dificultades con la lactancia materna, para verificar el estado de salud de recién nacidos con complicaciones y/o riesgos, de ser necesario; entre otros.

En la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud:

- Diferenciación del riesgo para la salud, el desarrollo y la supervivencia en la primera infancia, lo que favorecerá la detección temprana de riesgos y problemas

en la salud y el desarrollo de los niños y las niñas. Este reconocimiento diferencial del riesgo en salud y desarrollo, exige cambios en la forma de planificar y operar los servicios y atenciones en salud y, a su vez, en el talento humano encargado de realizar la valoración integral en salud.

- Definición de los distintos aspectos a valorar en las consultas de valoración integral en salud, lo que implica la evaluación de varios aspectos biopsicosociales relacionados con la salud y el desarrollo infantil.
- Diversificación del talento humano que realiza la consulta de valoración integral en salud. Previamente, los controles de la consulta de crecimiento y desarrollo eran realizados exclusivamente por enfermería y a los niños con factores de riesgo o con condiciones crónicas se les restringía su participación en esta actividad de evaluación del crecimiento y del desarrollo. Esto llevaba a privilegiar la atención resolutoria sobre las actividades para la promoción y el mantenimiento de la salud y, además, a la fragmentación de la atención de los niños puesto que centraba la atención en la enfermedad y no en la construcción de la salud de la persona a lo largo del curso de la vida. Este último aspecto podía afectar las coberturas de la consulta de crecimiento y desarrollo y llevaba a pensar que esta actividad era solo para el “niño sano”.
- Reglamentación del uso de instrumentos para el tamizaje del desarrollo, lo que permitió el uso de herramientas estandarizadas que refuerzan de forma objetiva el potencial de detección de dificultades o problemas del desarrollo. Para la primera infancia se estableció como obligatorio el uso de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 (EAD-3) -para el desarrollo de forma general-, del Cuestionario VALE (para la salud auditiva y comunicativa) y, de forma sugerida en edades específicas, el Test m-Chat R/F (para el tamizaje del Trastorno del Espectro del Autismo).
- Indicación de derivación a la pronta consulta de pediatría si se encuentra un puntaje desfavorable en la EAD-3, en el m-Chat R/F o, en el caso en el que se detecten niños y niñas con probables alteraciones del desarrollo o del comportamiento.
- Generación de posibilidades de articulación de las RIAS con distintos planes, programas y estrategias que favorecerán la detección de las alteraciones del desarrollo infantil, como la Herramienta clínica para el abordaje inicial de las condiciones prevalentes en la primera infancia, la Guía de intervención mhGAP o, en el caso de los niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, a través del Programa Madre Canguro.

A partir de la implementación de Guías de Práctica clínica, Protocolos de Atención u otro tipo de orientaciones de manejo para la atención de personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia; alteraciones nutricionales para niños y niñas menores de 5 años o para personas con problemas en salud visual o en salud auditiva y comunicativa, es posible contribuir en la identificación de la población en primera infancia que pueda tener riesgos para el desarrollo. Para que esto sea una realidad, se requiere de un proceso de gestión que permita generar las articulaciones necesarias para aprovechar estas oportunidades.

#### **4.1.1.2. La Escala Abreviada de Desarrollo-3**

La Escala Abreviada de Desarrollo-3 (EAD-3) es el instrumento de tamizaje del desarrollo infantil en los entornos clínicos del país. Fue actualizada en el año 2017 y es de obligatoria realización en la consulta de valoración integral en salud de la RIAPMS para la primera infancia. Este instrumento, cuyo resultado es semaforizado, permite la detección de niños y niñas menores de 6 años con riesgo de problemas desarrollo, con sospecha de problemas del desarrollo, o que tienen un desarrollo esperado para la edad.

La EAD-3 evalúa el desarrollo de la primera infancia en cuatro áreas (dimensiones) específicas: Motricidad Gruesa, Motricidad Fino Adaptativa, Audición Lenguaje y Personal Social; por lo que permite la identificación del riesgo de un desarrollo atípico para cada una de estas.

Esta escala es parte de la valoración integral en salud, por lo que su aplicación requiere del proceso de implementación de la RIAPMS y, a su vez, los resultados obtenidos de la aplicación de la EAD-3 deben ser interpretados en el contexto de los otros elementos y actividades de la evaluación.

De acuerdo con lo descrito en la RIAPMS, un resultado de color amarillo (riesgo de problemas del desarrollo) o rojo (sospecha de problemas del desarrollo) en cualquier dimensión del desarrollo, implica la derivación a una consulta de pediatría para la evaluación del desarrollo en un plazo máximo de un mes. Esta consulta, debe guiarse de acuerdo a lo descrito en el numeral 4.2 del presente documento.

Esta misma orientación de derivación a la evaluación pediátrica del desarrollo debe seguirse en el caso de resultados alterados de los otros instrumentos empleados en la consulta de valoración integral en salud de la RIAPMS para la primera infancia: Cuestionario VALE, Test m- Chat R/F, o en el caso del uso de otras herramientas.

#### **4.1.1.3. El Cuestionario VALE**

El Cuestionario VALE es un instrumento diseñado para el tamizaje de la salud auditiva y comunicativa de niños y niñas menores de 12 años de edad. Fue una de las escalas cuyos indicadores comportamentales se tuvieron en cuenta para la actualización de la EAD-3, por lo que en el contexto de la consulta de valoración integral en salud se recomienda aplicar primero la EAD-3 para poder realizar una aplicación más rápida de VALE.

El Cuestionario VALE evalúa la presencia de riesgos generales para el desarrollo, la presencia y el buen estado de las estructuras anatómicas relacionadas con la comunicación, así como una serie de ítems para determinar los posibles problemas en las áreas de la comprensión, la expresión, la interacción comunicativa y la salud vestibular (este último, específicamente en población mayor de 3 años de edad).

De acuerdo con VALE, en caso de tener al menos una respuesta alterada en cualquiera de las áreas del instrumento, se debe remitir al niño o la niña para valoración por profesional

de fonoaudiología. Sin embargo, se recomienda que también se verifique la participación en las consultas de valoración integral en salud de la RIAPMS (en el caso en el que VALE no se haya realizado en esta consulta) y se remita para una evaluación a mayor profundidad de su salud integral y su desarrollo por parte de especialista en pediatría.

#### **4.1.1.4. El Test m-Chat R/F**

Es una escala diseñada para el tamizaje específico del trastorno del espectro del autismo. Su última versión es el m-Chat R/F y se diseñó para identificar a los niños con riesgo alto, medio o bajo para esta condición. Se puede aplicar a niños y niñas entre los 16 y los 30 meses de edad, aunque idealmente se debe aplicar a los 24 meses de edad. Si se aplica antes de los 24 meses, se recomienda repetir a la edad ideal. Si se aplica en la edad ideal o hasta los 30 meses, es suficiente con una sola aplicación para la determinación del riesgo.

El resultado alterado en el Test m-Chat R/F obliga a iniciar la ruta para el diagnóstico o el descarte del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), según lo indicado en el Protocolo clínico para el Diagnóstico, tratamiento y ruta de Atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista (Minsalud-IETS, 2015). Tenga presente que, en el caso en el que se sospeche el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo, debe remitirse el niño o niña de forma inmediata para la valoración por neuropediatría o por psiquiatría infantil si es posible tener acceso a este profesional. Si la prueba fue aplicada por profesional de enfermería o medicina general, adicionalmente, debe remitirse al niño o niña a consulta por pediatría de forma prioritaria para complementar su evaluación en los términos indicados en este documento.

#### **4.1.1.5. El tamizaje neonatal y la detección de riesgos para el desarrollo**

En julio de 2019, se sancionó la Ley 1980 sobre tamizaje neonatal en Colombia que ordena la creación del Programa de Tamizaje Neonatal. Desde entonces, el Minsalud ha avanzado en la reglamentación de este programa tanto para el tamizaje neonatal básico como para el ampliado, bajo un criterio de progresividad (Congreso de la República de Colombia, 2019).

La creación del programa de tamizaje neonatal de Colombia representa una oportunidad para identificar de forma temprana a niños y niñas quienes tienen patologías que afectarán su desarrollo, con el objeto de garantizar una rápida intervención que impacte en su supervivencia, salud, desarrollo y calidad de vida.

La identificación de un niño con una patología susceptible de ser tamizada e incorporada en el programa de tamizaje neonatal exige el inicio temprano de las intervenciones que modifiquen el curso de la enfermedad. Esta identificación es importante porque propiciará que el niño o niña tenga un proceso de evaluación y seguimiento del desarrollo más cuidadoso y asegurará su derivación oportuna a un proceso de rehabilitación funcional en el caso en que lo requiera.

#### **4.1.1.6. Otras atenciones en salud**

Los niños y las niñas con sospecha o alto riesgo de presentar problemas o cursos atípicos en el desarrollo, pueden identificarse en distintas actividades de la atención integral en salud. En algunos casos, el motivo de consulta puede estar relacionado directamente con una preocupación sobre el desarrollo o el comportamiento del niño o de la niña. Sin embargo, en otros casos podrían referirse síntomas o signos de enfermedades o condiciones comunes o inespecíficas. Por este motivo, siempre es importante tener presente esta posibilidad diagnóstica y, para esto, es necesario adoptar una perspectiva sensible al desarrollo en la atención que se brinda habitualmente.

Como se describió previamente, los problemas y los trastornos del desarrollo y del comportamiento representan la condición crónica más prevalente en pediatría y, además, tienen una presentación espectral, lo que quiere decir que es posible que una condición de este tipo curse con una gran variedad de síntomas de distinta severidad o naturaleza, muchos de los cuales probablemente no son entendidos de esta forma.

Por lo anterior, siempre que se esté atendiendo a un niño o a una niña (en un procedimiento de promoción y mantenimiento de la salud o en una actividad resolutoria o de otro tipo) se debe indagar por otros problemas de salud u otras preocupaciones frente al niño o la niña. Teniendo presente esto, se debe recomendar siempre la realización de la consulta de valoración integral en salud por los perfiles de profesionales de la salud que brindan la atención integral a la salud del niño o niña, a las edades que corresponde.

Esto implica que, no solamente se atienda el problema o el tema puntual por el que se brinda la atención en salud, sino que se deben intentar identificar otras situaciones o condiciones que puedan resultar inquietantes, llamativas o problemáticas, y que sugieran la necesidad de una atención dirigida o con mayor profundidad frente al desarrollo infantil. Adicionalmente, se debe motivar la solicitud y el acceso a la valoración integral en salud.

Un niño o niña con un curso atípico de su desarrollo puede asistir a un servicio de urgencias, a una consulta externa o ser atendido en un servicio de hospitalización por cualquier motivo de consulta, o, por aspectos o motivos que pueden constituir manifestaciones relacionadas con dificultades en su desarrollo, en su comportamiento o en su salud mental. Dentro de los síntomas y signos a tener en cuenta se tienen las dificultades de la (auto)regulación en aspectos como la alimentación, las dificultades para la ganancia de peso y de talla, las dificultades para establecer rutinas de sueño, la presencia de comportamientos que podrían ser percibidos como disruptivos o desproporcionados para el contexto, entre otros. Si bien, existen múltiples causas médicas, psicológicas o familiares que pueden explicar estas conductas o situaciones, es necesario considerar también las diferencias del desarrollo infantil como un evento asociado o relacionado.

Un niño o una niña con problemas de salud repetitivos o severos puede cursar con dificultades en su desarrollo, de forma asociada o como consecuencia. Por ejemplo, podría tener problemas respiratorios crónicos secundarios a microaspiraciones, como consecuencia de una dispraxia orolingüofacial o un trastorno de deglución, secundarias a un problema motor oral. Podría consultar por caídas frecuentes con formación o no de

heridas, como resultado de dificultades motoras o de coordinación de mayor o menor severidad. Del mismo modo, aquellos niños y niñas con condiciones crónicas que requieren atención intrahospitalaria tendrán un mayor riesgo afectación de su desarrollo al perder oportunidades para interactuar con sus pares, con su familia, o incluso, como consecuencia misma de la enfermedad (por ejemplo, la desnutrición, las cardiopatías congénitas complejas, etc.), solo por mencionar algunos.

Quiere decir, entonces, que los riesgos y los cursos atípicos del desarrollo podrían expresarse y, por lo tanto, reconocerse, a través de distintos problemas de salud por ser causa, consecuencia de estos, o, simplemente, por estar asociados a ellos de forma directa o indirecta. Por esto, se hace fundamental indagar siempre sobre el desarrollo y el comportamiento infantil y promover la atención periódica por profesionales y especialistas que están involucrados en la atención integral de la salud infantil, independientemente del motivo de consulta o del área de atención donde se encuentre el niño o la niña.

Adicional a las atenciones resolutivas en salud, existen dos estrategias de gran importancia que facilitarán la identificación de niños con riesgos y/o sospecha de problema en el desarrollo en los lugares en los que se encuentran implementadas: Herramienta para la atención integral de las condiciones prevalentes de la primera infancia (corresponde a la renovación del antiguo componente clínico de la Estrategia AIEPI) y la Guía de intervención mhGAP versión 2.0.

La Estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) se diseñó como una herramienta para alcanzar mejores resultados en salud y supervivencia en niños menores de 5 años. AIEPI tiene tres componentes: clínico, cuyo objetivo era mejorar la capacidad del personal de salud en la atención integrada e integral de las condiciones prevalentes de la primera infancia; comunitario, que tiene por objeto la promoción de un conjunto de prácticas saludables tanto para el niño como para la familia; y organización local, que propende por mejorar los procesos de gestión, coordinación y abogacía para apoyar la afectación de determinantes sociales de la salud infantil (Organización Panamericana de la Salud Colombia, sin fecha).

En el año 2021 se finalizó el proceso de actualización de la totalidad de los módulos del componente clínico de AIEPI y, de esta forma, se logró la construcción de la Herramienta clínica para el abordaje inicial de las condiciones prevalentes en la primera infancia, la cual corresponde a la versión definitiva y oficial de la estrategia y, además, ofrece facilidades de acceso y consulta incluso en áreas rurales dispersas.

En la Herramienta, el tópico de desarrollo infantil es desarrollado dentro del módulo de la Salud mental en la primera infancia. A partir del uso y la aplicación de las orientaciones brindadas por la Herramienta, es posible detectar cuando un niño o una niña puede cursar con un curso atípico del desarrollo y así mismo, brinda algunas recomendaciones para el proceso diagnóstico y la intervención, de forma articulada con este documento.

Por su parte, la Guía de intervención mhGAP (por las siglas en inglés: Mental Health Gap Action Programme) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada Versión 2.0 (versión vigente), que es un instrumento para la identificación y la atención de personas con estas

condiciones en escenarios no especializados, tiene un apartado específico para el abordaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos del desarrollo, trastornos conductuales y trastornos emocionales.

El componente del mhGAP que permite la detección y el abordaje de los cursos atípicos del desarrollo se evalúa bajo la categoría denominada “retraso/trastorno del desarrollo”, la cual contribuye a la identificación de condiciones como la discapacidad intelectual y los trastornos del espectro del autismo, así como de otras condiciones médicas que puedan ser la causa del retraso/trastorno del desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Como país, Colombia se ha comprometido con la adopción y la implementación de mhGAP, por lo que la guía representa un elemento fundamental para la detección de estos niños y niñas en los lugares o escenarios en los que se use.

#### **4.1.2 Atenciones o actividades de otros sectores a través de las cuales se pueden detectar niños y niñas con riesgos o sospecha de dificultades o alteraciones del desarrollo.**

En su proceso vital, los niños y las niñas transitan por distintos entornos de vida en los que interactuarán con distintos agentes de cuidado y de atención. Por este motivo, para la promoción del desarrollo infantil y el desarrollo integral es fundamental garantizar la adecuada articulación de la oferta intersectorial de atención integral.

La Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre fue elevada a nivel de política de Estado mediante la Ley 1804 de 2016 y busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la primera infancia de Colombia y su desarrollo integral (Gobierno de Colombia, 2013; Congreso de la República de Colombia, 2016).

En el contexto de Cero a Siempre, se organiza la oferta intersectorial a través de la implementación de la Ruta Integral de Atenciones (RIA), la cual es una herramienta de organización intersectorial que busca promover el desarrollo infantil y el desarrollo integral de los niños y las niñas. Para esto, reconoce la importancia de la labor de los padres, las madres, los familiares y todos los agentes de cuidado, de contacto y de atención de los niños y las niñas en primera infancia.

Para alcanzar los mejores resultados en salud y en desarrollo de los niños y las niñas se requiere de intervenciones de promoción y mantenimiento, de protección y de detección realizadas en la ventana de oportunidad que es la primera infancia. En este sentido, deben adoptarse todas las estrategias posibles que permitan la identificación de los niños y niñas con riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, a fin de ingresar en un proceso de valoración estructurado al interior del sector salud que permita detectar situaciones que puedan ser intervenidas de forma temprana.

Al ser los actores con los que el niño y la niña tiene un mayor contacto, apego y desarrollan la pertenencia familiar, los padres, las madres y los demás familiares significativos para el niño deben recibir un fortalecimiento de sus capacidades para saber cómo promocionar su desarrollo y al mismo tiempo, saber cuándo buscar ayuda ante la posibilidad de que se

esté presentando una alteración del mismo. Para esto, debe sensibilizarse a la población general de forma constante sobre el desarrollo infantil, sus hitos de trayectoria, sus factores de riesgo, sus signos de alerta y sobre la oferta disponible para su valoración y atención integral.

Un sector que tiene especial relevancia en la identificación de riesgos para el desarrollo de los niños y las niñas y, que podría contribuir de forma significativa en la detección de dificultades o problemas del desarrollo infantil, es el de la educación inicial. Así mismo, los docentes y cuidadores que hacen parte de este sector, pueden participar también en el proceso de rehabilitación integral de los niños y las niñas y, acompañarles, junto a sus familias, en la implementación de medidas que mejorarán el curso de su desarrollo.

Del mismo modo, los niños y las niñas que no asisten a entornos de educación inicial, pero que participan de otro tipo de actividades o de escenarios recreativos, sociales o culturales como ludotecas, bibliotecas o instituciones de recreación y deporte, etc., pueden ayudar a identificar niños y niñas que puedan necesitar apoyo para alcanzar el máximo nivel posible de desarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior, debe fortalecerse la articulación entre los distintos actores y sectores de la atención integral a la primera infancia, para la derivación temprana al sector salud de los niños y niñas en quienes se sospeche una dificultad o curso atípico del desarrollo, o en quienes se identifiquen riesgos para su salud y su desarrollo.

Con el objeto de promover la atención integral al interior del sector salud y, de garantizar el ciclo terapéutico (como se describió en el capítulo 3 y como se amplía más adelante), es necesario que siempre que se identifique un niño o niña con riesgos, con un curso atípico, o que se sospechen problemas del comportamiento, se le derive con prontitud a la valoración integral de su salud y su desarrollo. Además, se debe evitar la adopción de medidas paralelas que puedan contribuir al análisis fragmentado del desarrollo, como pedir valoraciones subespecializadas aisladas como primera opción, o indicar la realización de terapias sin haber garantizado previamente su valoración y un abordaje integral. Es decir, si se considera que puede existir una dificultad en el desarrollo o en el comportamiento, se requiere activar con carácter prioritario, el proceso de valoración integral pasando por la promoción y la verificación de la garantía de los procedimientos de la RIAPMS y la consulta de valoración integral en salud y del desarrollo, con el objeto de definir tempranamente si se requiere avanzar a una intervención diagnóstica o terapéutica específica o con mayor profundidad.

#### **4.1.3. Categorización y seguimiento de los riesgos para el desarrollo en la primera infancia.**

La Resolución 3280 de 2018 trajo una apuesta novedosa para la atención integral en salud de los niños y las niñas en primera infancia, al reconocer la importancia de adoptar un enfoque de riesgo en su valoración y su seguimiento. De esta forma, se reconoce que, a partir de la presencia de unos factores biopsicosociales, familiares, culturales y ambientales, un grupo de niños y niñas pueden presentar mayor riesgo para su salud, su desarrollo y su supervivencia.

En este sentido, frente a los riesgos para el desarrollo, los niños y niñas en primera infancia se dividen en los siguientes grupos:

- Niños y niñas de bajo riesgo o sin criterios de riesgo. A este grupo pertenecen los niños y las niñas que no tienen factores ni condiciones de riesgo biopsicosociales para el desarrollo. Debe tenerse presente que, aunque un niño no tenga criterios de riesgo, al ser la primera infancia un período sensible de la vida humana y una ventana de oportunidad para las intervenciones que promueven la salud y el desarrollo, un niño o niña catalogado previamente en este grupo, podría elevar su vulnerabilidad en el caso de presentar alguna alteración y necesitar su ubicación en alguno de los otros grupos de riesgo.
- Niños y niñas con criterios de mayor riesgo para el desarrollo. Son niños y niñas que tienen al menos uno de los criterios biopsicosociales de mayor riesgo para la salud, la supervivencia o el desarrollo señalados en la Resolución 3280 de 2018. La probabilidad de que se presenten alteraciones del desarrollo se incrementa si se documentan varios de estos criterios de riesgo por su efecto acumulativo a lo largo del curso de la vida. Es importante considerar que dentro de este grupo se encuentran niños y niñas que pueden tener alguna condición que impone un riesgo muy elevado para el desarrollo (p.e. prematuridad extrema, asfixia perinatal, errores innatos del metabolismo, etc.) o que presentan una condición en la que se encuentra muy bien establecida su relación con problemas o trastornos del desarrollo o con patologías neurológicas (p.e. Síndrome de Down y otros síndromes genéticos, defectos anatómicos en el sistema nervioso central, limitación visual, limitación auditiva, espina bífida, etc.).

De acuerdo con los lineamientos de la RIAPMS, tanto a las niñas y niños de mayor riesgo como a aquellos considerados de menor riesgo, se les deben garantizar las intervenciones contenidas en la Resolución 3280 de 2018 para la valoración integral de su salud y su desarrollo, así como los demás procedimientos de detección temprana, protección específica y educación para la salud.

Sin contradicción de lo definido en la Resolución 3280 de 2018 y, teniendo la necesidad de garantizar de la mejor forma posible la detección de dificultades o cursos atípicos en el desarrollo de niños y niñas con mayor riesgo en quienes ya se presentan eventos establecidos que se relacionan con un grave riesgo o con daños para la integridad anatómica o funcional del sistema nervioso, o para su proceso de desarrollo, se debe considerar la realización de un seguimiento particular que contemple procedimientos de evaluación más profundos y especializados para garantizar un adecuado seguimiento a su alto riesgo neurológico.

Un ejemplo de esto lo constituyen las niñas y niños con bajo peso al nacer o con prematuridad, que deben ser atendidos según los lineamientos de la atención en programas madre canguro (tal y como se explica en la Resolución 3280 de 2018). En este caso, estas actividades de seguimiento al alto riesgo neurológico pueden exigir un seguimiento con mayor frecuencia, periodicidad o por un talento humano con mayores conocimientos y/o entrenamiento sobre la salud y el desarrollo infantil. Sin embargo, es importante aclarar que, incluso, aunque el niño reciba la atención en un programa canguro, debe recibir las atenciones relacionadas con la valoración del desarrollo tal y como se indica en la RIAPMS,

así como los demás procedimientos a los que tiene derecho para el momento del curso de la vida que le corresponde.

De otro lado, debe considerarse que la clasificación del riesgo es dinámica, por lo que un niño identificado previamente en el grupo de bajo riesgo o sin criterios de riesgo, podría posteriormente ser categorizado en el grupo de mayor riesgo si presenta nuevos diagnósticos, hallazgos o condiciones. A su vez, si un niño clasificado previamente en el grupo de mayor riesgo controla su factor de riesgo o su condición de mayor riesgo, podría después ser considerado en el grupo de menor riesgo. Esto puede ocurrir, por ejemplo, en el caso del control de riesgos psicológicos o sociales que tengan una respuesta positiva a una intervención.

Es posible que un niño o niña pueda ser clasificado en un grupo de riesgo desde la gestación (como en el caso de los niños con Trisomía 21 con diagnóstico prenatal), durante la atención en los procedimientos de la RIAMP, a partir de la detección realizada en el contexto de la RIAPMS, en otro tipo de actividades en salud o, incluso, en la misma actividad de valoración diagnóstica del desarrollo infantil realizada.

#### **4.1.4. Talento humano en salud que participa de la identificación de los riesgos para el desarrollo y la detección de dificultades o cursos atípicos del mismo.**

Como se explicó previamente, dentro de las acciones del sector salud, es posible que cualquier integrante del talento humano en salud contribuya a la identificación de los riesgos o a la detección de dificultades o probables cursos atípicos del desarrollo, por lo que siempre se debe verificar y recomendar la utilización y participación de todas las actividades y procedimientos de la RIAPMS, especialmente de la consulta de valoración integral en salud.

En el contexto de la Resolución 3280 de 2018, los profesionales y especialistas encargados de realizar la consulta de valoración integral en salud para los niños y niñas en primera infancia son:

- Profesionales de enfermería.
- Profesionales de medicina general.
- Especialistas en medicina familiar.
- Especialistas en pediatría.

En el caso de los niños y las niñas con clasificación de mayor riesgo para el desarrollo (incluyendo a aquellos de eventos de alto riesgo o con daños establecidos), esta consulta debe ser realizada por el especialista en pediatría, y para el caso del niño sin criterios de riesgo, debe realizarse de forma combinada entre los profesionales de medicina general y de enfermería.

Destacando que la RIAPMS contiene unos lineamientos que deben ser adoptados (es decir, deben cumplirse) y que pueden ser adoptados (siempre y cuando lo que se

implemente no sea menor a los derechos ya reconocidos), debe considerarse que la Resolución 276 de 2019 incluyó la posible participación del especialista en pediatría en la consulta de valoración integral en salud para la atención de los niños y niñas sin criterios de riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). El criterio de progresividad que presenta la Resolución 276 no aplica para el caso de los niños y las niñas con criterios de mayor riesgo, puesto que, en el caso de ellos y ellas, como lo explica la Resolución 3280 de 2018, deben recibir la valoración y el seguimiento por especialista en pediatría.

De forma analógica a lo que ocurre con los controles para la atención prenatal, como el alto riesgo obstétrico requiere de la atención por parte del médico especialista, la consulta de valoración integral en salud de los niños y niñas en primera infancia con criterios de mayor riesgo requiere de la atención del médico especialista en pediatría, puesto que por la naturaleza misma de las niñas y los niños en desarrollo, y la de las condiciones de mayor riesgo, se debe garantizar una atención con mayor capacidad para la detección y la evaluación de problemas, alteraciones, trastornos o patologías.

Los niños y niñas en primera infancia también deben recibir la atención por parte de los demás profesionales de la ruta para los demás procedimientos de valoración integral (odontología, enfermería o nutrición), de detección temprana, de protección específica y de educación para la salud, por lo que desde estas intervenciones se debe derivar también a la consulta de valoración integral en salud que permita realizar una adecuada evaluación y seguimiento de su desarrollo.

En el caso de los niños con mayor riesgo o con daños establecidos para su salud y su desarrollo, es recomendable que se incluya la realización de una evaluación neuromotora estructurada (como se describe más adelante en el apartado de evaluación diagnóstica) en el proceso de atención y seguimiento integral de su salud y su desarrollo, como una medida complementaria de alto impacto para identificar tempranamente aquellos niños y niñas con riesgo de parálisis cerebral. Esto podría realizarse en el contexto del funcionamiento de los programas de alto riesgo neurológico que, como ya se explicó, serían de apoyo a los procedimientos de la RIAPMS.

Todos los profesionales de medicina y de enfermería deben recibir una formación adecuada para realizar la valoración del desarrollo infantil con un alto nivel de calidad, durante sus estudios de formación en pregrado. Sin embargo, se espera que esta formación sea mucho más completa y profunda en la formación de todos los médicos especialistas en pediatría y en neuropediatría.

#### **4.1.5. Recomendaciones para la detección de niños y niñas con dificultades o cursos atípicos del desarrollo infantil**

Existen cuatro elementos que contribuyen a la posibilidad de que un profesional de la salud logre identificar cuando un niño o una niña en primera infancia que puede presentar dificultades o cursos atípicos en su proceso del desarrollo, los cuales son:

- Identificación de los factores de riesgo para el desarrollo infantil.

- Identificación de inquietudes o preocupaciones sobre el desarrollo o el comportamiento de los niños y las niñas.
- Seguimiento a los hitos del desarrollo.
- Identificación de signos de alarma (“red flags” o “banderas rojas”) en el proceso del desarrollo infantil.

A continuación, se brindan orientaciones para realizar mejor la detección a partir de estas actividades.

#### **4.1.5.1. Identificación de los factores de riesgo y los factores protectores para el desarrollo infantil.**

Se recomienda tener en cuenta aquellos factores de riesgo para el desarrollo definidos en el capítulo 2 de este documento, así como aquellos aspectos que permitirán interpretar su dinámica y sus características en relación con el seguimiento del desarrollo infantil. Es importante que en las consultas iniciales se realice de una forma amplia e integral, de modo que en consultas posteriores se pueda actualizar el estado de estos factores y verificar si existen signos, síntomas o manifestaciones nuevas que puedan relacionarse con estos factores.

#### **4.1.5.2. Identificación de inquietudes o preocupaciones sobre el desarrollo o el comportamiento de los niños y las niñas.**

La identificación de inquietudes o preocupaciones sobre el desarrollo o el comportamiento de los niños y las niñas, se realiza a través de su interrogación directa a la madre, al padre, o a otros familiares o cuidadores. Existen algunas preguntas que pueden facilitar el relato espontáneo o la reflexión de los adultos significativos frente a la posibilidad de experimentar estas inquietudes. Por ejemplo, tenga en cuenta aquellas adaptadas de Noritz, G., Murphy, N. & Neuromotor Screening Expert Panel (2013) y de Sánchez, M., García, C., Martínez, M. (2014, p. 36):

- ¿Tiene alguna preocupación sobre la manera en que el niño o niña está aprendiendo o se desarrolla?
- ¿Le preocupa algo en el comportamiento o las emociones del niño o niña?
- ¿Considera que el niño o niña no hace algo que debería estar haciendo para su edad?
- ¿Considera que el niño o niña hace algo que no debería hacer? (por ejemplo, movimientos anormales o estereotipados)
- ¿Tiene alguna preocupación sobre la forma en que el niño o niña habla o emite los sonidos al hablar?
- ¿Le preocupa como el niño o niña entiende lo que le dicen?
- ¿Le preocupa como el niño o niña se relaciona con otras personas?
- ¿Le preocupa como la niña o el niño está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo?

- ¿Alguien (como un familiar, un docente, un vecino u otra persona) le ha dicho que le parece que algo no está bien con el niño o niña?

Adicionalmente, ante la presencia de una inquietud o preocupación frente a algunas de las situaciones de salud o del comportamiento que se anotan a continuación, se recomienda aplicar todos los elementos descritos en este apartado (identificación de factores de riesgo, verificación de hitos del desarrollo, indagación por señales de alarma), para intentar establecer si puede existir alguna dificultad o curso atípico del desarrollo asociada a estos signos, síntomas o conductas. Estos temas de inquietud, son:

- Dificultades con la alimentación.
- Dificultades en la ganancia de peso y talla (como resultado de dificultades con la alimentación).
- Alteraciones del sueño, incluyendo la presencia de síntomas respiratorios nocturnos.
- Alteraciones en la forma de la cabeza (como la plagiocefalia, o cabeza aplanada).
- Dificultades para avanzar en el control de esfínteres.
- Percepción de comportamientos del niño o niña que son excesivos o muy difíciles de manejar, como las pataletas, los “miedos” o la ansiedad.
- Niños y niñas con altos niveles de actividad motora o aquellos que son demasiado tranquilos o que “duermen mucho y es difícil despertarlos hasta para comer”.

#### **4.1.5.3. Seguimiento a los hitos del desarrollo.**

Otro de los elementos que contribuye a la detección de niños o niñas con dificultades o cursos atípicos del desarrollo, es el de actualizar la historia de los hitos del desarrollo. Se recomienda indagar por los hitos de cada área del desarrollo (motricidad gruesa, motricidad fino-adaptativa, comunicación y lenguaje, autonomía y conducta socioemocional) y registrarlos en la historia clínica. Mantener actualizada la historia del desarrollo permitirá comprender la trayectoria del desarrollo del niño o niña de forma global y para cada área o dimensión. En las consultas de seguimiento, es recomendable realizar la pregunta: “*Desde la última consulta, ¿qué cosa nueva hace o ha aprendido a hacer el niño o la niña?*”, puesto que puede ayudar a evocar la respuesta de los padres o cuidadores.

Del mismo modo, es importante verificar la calidad con la que se han logrado o se ejecutan las conductas del desarrollo, puesto que la diferencia en la forma como habitualmente se realizan, podría alertar sobre una posible manifestación de un curso atípico del desarrollo que pueda requerir una evaluación adicional o con mayor profundidad.

#### **4.1.5.4. Identificación de signos de alarma en el proceso del desarrollo infantil.**

Existe una serie de signos y síntomas que se constituyen en señales que alertan sobre la presencia de una dificultad, un problema o una alteración del desarrollo. Estos indicadores, que son llamados signos de alarma o signos de alerta, son “banderas rojas” (“red flags”, por su nombre en inglés) que obligan a una evaluación con mayor profundidad del niño o

la niña porque pueden orientar hacia la presencia de una enfermedad médica o de un trastorno del desarrollo.

Se recomienda tener a la mano estas tablas que resumen los signos de alarma para el desarrollo y también, aquellos específicos para el trastorno del espectro autista:

<b>SIGNOS DE ALARMA EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL</b>
<p><b>A los 3 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de sonrisa afectiva.</li> <li>• Pulgar aducido en mayores de 2 meses</li> <li>• Ausencia de sostén cefálico</li> <li>• Irritabilidad persistente.</li> <li>• No responde ante ruidos fuertes.</li> <li>• No sigue con la vista a las cosas que se mueven.</li> <li>• No se lleva las manos a la boca.</li> <li>• Tiene dificultad para mover uno o los dos ojos en todas las direcciones.</li> </ul>
<p><b>A los 6 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertonía de miembros e hipotonía de cuello y tronco.</li> <li>• Alteración de la movilidad (asimetrías).</li> <li>• Persistencia de reflejos primitivos.</li> <li>• Ausencia de sedestación con apoyo.</li> <li>• Ausencia de prensión voluntaria (no alcanza objetos a los 5-6 meses).</li> <li>• Ausencia de balbuceo.</li> <li>• No se orienta hacia el sonajero.</li> <li>• No trata de agarrar cosas que están a su alcance.</li> <li>• No mira a la madre durante la lactancia</li> <li>• No demuestra afecto por quienes le cuidan.</li> <li>• No reacciona ante los sonidos a su alrededor.</li> <li>• Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca.</li> <li>• No emite sonidos de vocales (“a”, “e”, “o”).</li> <li>• No rota en ninguna dirección para darse vuelta.</li> <li>• No se ríe ni hace sonidos de placer.</li> <li>• Se ve rígido y con los músculos tensos.</li> <li>• Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo.</li> </ul>
<p><b>A los 9 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espasticidad de miembros inferiores.</li> <li>• Hipotonía de tronco</li> <li>• Ausencia de pinza para agarrar objetos.</li> <li>• Ausencia de sedestación sin apoyo.</li> <li>• Ausencia de monosílabos y bisílabos.</li> <li>• Ausencia de bipedestación con apoyo.</li> <li>• No responde cuando le llaman por su nombre.</li> <li>• No parece reconocer a las personas conocidas.</li> <li>• No pasa juguetes de una mano a la otra.</li> </ul>
<p><b>A los 12 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de bipedestación.</li> </ul>

- Presencia de reflejos anormales.
- Presencia de movimientos involuntarios o movimientos asimétricos.
- No repite los sonidos que oye.
- No gatea.
- No busca un objeto que se le esconde.
- No dice palabras sencillas como “mamá” o “papá”.
- No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza.
- No señala cosas.
- Pierde habilidades que había adquirido.

**A los 18 meses de edad:**

- Ausencia de marcha autónoma.
- No construye torres con cubos.
- No sube escalones gateando.
- No emite ninguna palabra.
- No nombra o señala objetos.
- No señala cosas para mostrárselas a otras personas.
- No sabe para qué sirven las cosas familiares.
- No imita lo que hacen las demás personas.
- No aprende nuevas palabras.
- No sabe por lo menos 6 palabras.
- No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va a o regresa.
- Pierde habilidades que había adquirido.

**A los 24 meses:**

- No corre.
- No construye torres de 3 a 6 cubos.
- No asocia dos palabras.
- No pide de comer o de beber.
- No comprende órdenes sencillas.
- No conoce el uso de objetos cotidianos (ejemplo, un cepillo, el teléfono, el tenedor, o la cuchara).
- No imita acciones o palabras.
- Pierde el equilibrio con frecuencia.
- Pierde habilidades que había adquirido.

**A los 3 años:**

- Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras.
- Babea o no se le entiende cuando habla.
- No sabe utilizar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija).
- No usa oraciones para hablar.
- No entiende instrucciones sencillas.
- No imita ni usa la imaginación en sus juegos.
- No quiere jugar con otros niños ni utiliza los juguetes.
- No mira a las personas a los ojos.

**A los 4 años:**

- No salta en un solo pie.

- No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación.
- Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia.
- Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño.
- No puede relatar su cuento favorito.
- No sigue instrucciones de 3 acciones o comandos.
- No entiende lo que quieren decir “igual” y “diferente”.
- No usa correctamente las palabras “yo” y “tú”. No habla claro.
- Pierde habilidades que había adquirido.

**Entre los 5 y los 11 años:**

- Anormalidades en el desarrollo del lenguaje, incluyendo el mutismo.
- Prosodia atípica o inapropiada. Ecolalia persistente.
- Habla en tercera persona cuando se refiere a sí mismo (Referencia a sí mismo como “ella” o “él” más allá de los tres años).
- Vocabulario inusual o elevado respecto al grupo de niños de su edad.
- Uso limitado del lenguaje para la comunicación y / o tendencia a hablar espontáneamente sobre temas específicos.
- Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo).
- Falta de conocimiento de ‘normas’ en el aula (como criticar a los profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales).
- Fácilmente abrumado por la estimulación social y otros estímulos.
- Fracaso para relacionarse normalmente con los adultos (demasiado intenso / no establece relación).
- Muestra reacciones extremas a la invasión del espacio personal y resistencia si lo apresuran.
- Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo).
- Falta de juego imaginativo, cooperativo y flexible.
- Incapacidad para hacer frente a cambios o situaciones no estructuradas que otros niños disfrutaban (viajes escolares, que los maestros se alejen, etc).

Tomado y Adoptado de Minsalud-IETS, 2015; Sánchez, M., García, C., Martínez, M., 2014, p. 38.

**SIGNOS DE ALARMA ESPECÍFICOS PARA TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO**

**Antes de los 12 meses:**

- Mira poco a las personas.
- No muestra anticipación cuando va a ser cogido.
- Falta de interés en juegos interactivos simples (por ejemplo, a “aparecer-desaparecer”, etc.).
- Falta de sonrisa social.
- Falta de ansiedad ante los extraños a los 9 meses.

**Después de los 12 meses:**

- Menor uso del contacto visual.
- No responde a su nombre.
- No señala para pedir algo.
- No muestra objetos.
- Respuesta inusual ante estímulos auditivos.
- No mira hacia donde otros señalan.
- Ausencia de imitación espontánea.
- Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con adultos.

**Entre los 18 y 24 meses:**

- No señala con el dedo para “compartir un interés”.
- Dificultades para seguir la mirada del adulto.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo.
- Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos.
- Ausencia de juego simbólico.
- Falta de interés en otros niños o hermanos.
- No suele mostrar objetos.
- No responde cuando se le llama.
- No imita ni repite gestos o acciones que hacen otros (aplaudir, etc).
- Regresión en el lenguaje.

**A partir de los 36 meses:**

- Déficit en el desarrollo del lenguaje no compensado por otros modos de comunicación.
- Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje como ecolalia.
- Entonación anormal.
- Déficit en la comunicación no verbal.
- Ausencia de juegos de representación o imitación social.
- Escasa utilización social de la mirada.
- Preferencia por actividades solitarias.
- Insistencia en rutinas y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas.
- Apego inusual a algún juguete u objeto que lleva siempre consigo e interfiere en sus tareas cotidianas.
- Respuesta inusual al dolor.
- Respuesta inusual ante estímulos auditivos, olfativos, visuales o táctiles.
- Estereotipias o manierismos motores.

Tomado y Adoptado de Minsalud-IETS, 2015; Sánchez, M., García, C., Martínez, M., 2014, p. 40.

**4.1.5.5. Recomendaciones para el seguimiento del recién nacido con prematuridad**

Como se ha mencionado previamente, los niños y las niñas con antecedente de prematuridad son considerados de mayor riesgo para el desarrollo infantil, la salud y la supervivencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En este sentido, de acuerdo

a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018, debe garantizarse tanto lo establecido en la RIAPMS, como lo indicado en los Lineamientos del Programa Madre Canguro que estén vigentes. Esto quiere decir que, adicional a la atención que reciban en el Programa Madre Canguro, deben garantizarse la totalidad de procedimientos de la RIAPMS.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda tener presente lo siguiente:

- Adicional a la garantía de la evaluación neuromotora estructurada (véase el numeral 4.2.2.2. sobre escalas de evaluación neuromotora), debe realizarse periódicamente la vigilancia y el tamizaje del desarrollo infantil en todas las demás dimensiones del desarrollo. Para esto, utilice la EAD-3, al igual que otros instrumentos como VALE o m-Chat R/F, como está indicado en la RIAPMS.
- La EAD-3 fue construida incluyendo población infantil con antecedente de prematuridad, de forma tal, que puede aplicarse en esta población durante toda la primera infancia.
- Para los niños y las niñas con antecedente de prematuridad que son menores de 2 años, debe realizarse la corrección de la edad de la forma como se indica en el Manual técnico de la EAD-3. Después de los 2 años de edad cronológica, no se debe realizar el procedimiento de corrección de la edad.
- A pesar de que tradicionalmente se ha recomendado que la corrección de la edad de los niños y niñas que han nacido prematuramente, se haga de forma general hasta los 2 años de edad, considere que existen riesgos diferenciales para el desarrollo según la gravedad de la prematuridad. Es decir, no es lo mismo, en términos de riesgos vitales y del desarrollo, haber nacido con 36 semanas a nacer con 27 semanas de edad gestacional. En este sentido, puede deducirse que la velocidad de reatrapaje (“nivelación”) del desarrollo varía según el grado de prematuridad.
- Reconociendo lo anterior, a pesar de que la aplicación de la EAD-3 en niños y niñas con antecedente de prematuridad indica que debe realizarse la corrección de edad hasta los 2 años de edad, para la valoración del desarrollo infantil, considere que los niños y las niñas nacidos con 34 a 36 semanas generalmente han alcanzado su reatrapaje de neurodesarrollo en los primeros 12 meses de edad cronológica (Mercuri, E., Baranello, G., Ricci, D., 2009), y quienes nacieron con 33 semanas o menos, alcanzan el mismo nivel de desarrollo que los niños y niñas con nacimiento a término, a los 24 meses de edad cronológica. Es decir que, en términos generales, cada 4 semanas de edad cronológica se nivela 1 semana de su prematuridad.
- Por último, considere también el ritmo de reatrapaje del peso, de la talla y del perímetro cefálico en los niños y niñas con antecedente de prematuridad, junto a los demás elementos de su salud que puedan suponer riesgos para el desarrollo, por ejemplo, la desnutrición, la anemia, la enfermedad crónica (como las cardiopatías o las neumopatías), entre otros.

#### **4.1.6. Derivaciones de la detección de niños y niñas con riesgos o posibles dificultades o cursos atípicos del desarrollo**

Siempre que se identifiquen niños o niñas con riesgos para el desarrollo o en quienes se sospeche que pueden presentarse dificultades o cursos atípicos del desarrollo (por la presencia de signos de alarma, de preocupaciones de sus cuidadores o por fallas o alteraciones de los hitos del desarrollo), tanto por actividades del sector salud, como por aquellas realizadas en la actuación intersectorial (por ejemplo, por los sectores de educación inicial, cultural, de protección, etc.) , se debe derivar a la realización de la consulta de valoración integral en salud de la RIAPMS.

En el caso en el que se haya realizado recientemente (o dentro del esquema periódico de intervenciones) la consulta de valoración integral en salud, o si la identificación de estos niños o niñas se realizó en el contexto mismo de las actividades propias de la RIAPMS (por ejemplo, a través de la aplicación de los instrumentos de la RIAPMS como la EAD-3), se debe remitir al niño o niña a una consulta de evaluación integral de la salud y del desarrollo por parte del médico/a especialista en pediatría.

En Colombia, los niños, las niñas y los/as adolescentes (hasta los 17 años 11 meses y 29 días de edad) tienen el derecho a acceder a la consulta de pediatría de forma directa, sin pasar previamente por medicina general y sin que cuenten con una orden de remisión. Este derecho está reconocido actualmente en la Resolución 2292 de 2021, sin embargo, al ser refrendado con la actualización anual del Plan de Beneficios en Salud, deberá tenerse en cuenta la norma vigente que la modifique o la sustituya.

En el caso en el que no se evidencie ninguna alteración en el tamizaje del desarrollo durante la consulta de valoración integral en salud (por ejemplo, con la aplicación de la EAD-3) o durante la evaluación médica y del desarrollo por parte del especialista en pediatría, pero persistan las inquietudes o preocupaciones sobre el desarrollo o el comportamiento del niño o la niña, se recomienda realizar un acompañamiento a su desarrollo con mayor frecuencia y verificar que se continúe asistiendo de forma regular a las consultas de valoración integral en salud.

En el caso de la detección de probables problemas del desarrollo en el contexto de los programas de alto riesgo neurológico, como el programa madre canguro, se debe garantizar que se realice una evaluación integral de la salud y del desarrollo, lo que implica el tamizaje global con la EAD-3 y la aplicación de los demás instrumentos de la consulta de valoración integral en salud y, adicionalmente, se debe remitir a las disciplinas o especialidades que ayuden a caracterizar los diagnósticos médicos y del desarrollo como se describe a continuación.

#### **4.2. Evaluación diagnóstica de los niños y las niñas con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo**

Una vez se ha detectado que un niño o una niña en primera infancia tiene indicadores o señales que pueden sugerir un problema, un curso atípico o un trastorno del desarrollo, se debe avanzar en un proceso de evaluación diagnóstica que ayude a caracterizar al niño o niña, y establecer con precisión un plan de intervención que permita potenciar su desarrollo.

La evaluación diagnóstica debe realizarse a través de un proceso integrado y continuo que

requiere de la participación de los especialistas en pediatría, así como de otras disciplinas y especialidades. En muchas ocasiones se requiere de la aplicación de instrumentos específicos como escalas de desarrollo infantil, así como de distintas ayudas diagnósticas como laboratorios, imágenes y estudios genéticos.

A continuación, se presentan unas orientaciones generales para la evaluación diagnóstica de los niños y las niñas con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, y también, se generan unas recomendaciones a tener en cuenta frente a la formulación y construcción de los diagnósticos del desarrollo.

#### **4.2.1. Generalidades de la evaluación diagnóstica**

La evaluación diagnóstica de los niños y las niñas con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, se da cuando se ha alertado sobre esta posibilidad a través de cualquiera de los mecanismos descritos previamente en el numeral 4.1 en relación con la detección.

Dentro del proceso de evaluación diagnóstica, es muy importante tener presentes las condiciones de riesgo y de promoción del desarrollo infantil. Del mismo modo, se deben considerar los contextos de interacción de las niñas y niños, las relaciones y prácticas de cuidado y crianza, las relaciones con sus pares y las características de sus entornos de vida, entre otros. Debe tenerse presente que, si bien, se está realizando un proceso de evaluación individual, el desarrollo es influido por elementos externos al niño mismo y, por lo tanto, deben considerarse dentro del diagnóstico y la intervención.

Una vez se ha detectado que un niño o niña puede tener una dificultad o un problema del desarrollo, requiere avanzarse hacia la evaluación diagnóstica y la definición del plan de cuidados con la intervención para la promoción del desarrollo. En este sentido, se considera que el establecimiento de los diagnósticos del desarrollo es importante porque proporciona una base para:

- Confirmar y caracterizar el problema o el trastorno del desarrollo con mayor precisión.
- Comprender aspectos del problema como la etiología, el espectro de las manifestaciones, las generalidades del pronóstico, entre otros.
- Establecer una ruta de evaluación y de planificación de las intervenciones de habilitación y rehabilitación funcional.
- Anticipar la necesidad de sistemas de apoyo o de ayudas terapéuticas.
- Disponer de elementos más precisos para brindar información y asesoramiento familiar.
- Acompañar las trayectorias del desarrollo infantil (Cafiero, P., Rodríguez, E., 2019, p.6).

La evaluación diagnóstica del niño o la niña con sospecha de dificultades, problemas, cursos atípicos o trastornos del desarrollo infantil, requiere de considerar la realización de

una serie de procedimientos que se derivan de una consulta de valoración integral del desarrollo que se constituye en el primer paso de este abordaje y que debe ser realizada por el/la especialista en pediatría, una vez se ha detectado su posibilidad. En los siguientes párrafos, se describen los procedimientos que pueden requerirse para realizar una evaluación diagnóstica adecuada.

#### **4.2.2. Procedimientos de evaluación diagnóstica**

La evaluación diagnóstica de los niños y las niñas con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, comprende las siguientes actividades o procedimientos:

- Consulta de valoración integral del desarrollo por pediatría.
- Aplicación de Escalas de Evaluación del desarrollo infantil y de evaluación neuromotora.
- Solicitud de exámenes complementarios para la evaluación sensorial y para la evaluación médica del desarrollo.
- Derivaciones para la activación del equipo interdisciplinario.

Según la naturaleza del problema del desarrollo, de la situación o el indicador que sugiere un problema, un curso atípico o un trastorno del desarrollo, se necesitará de todos estos procedimientos, o solo de algunos. A continuación, veremos en qué consisten estos procedimientos y sus potenciales alcances en el proceso de evaluación diagnóstica.

##### **4.2.2.1. Consulta de valoración integral del desarrollo por pediatría.**

La valoración integral del desarrollo del niño o niña en quien se sospecha una dificultad, un problema o un curso atípico del desarrollo, se da en el contexto de una consulta de pediatría en la que se comienza el proceso diagnóstico y se realiza el acercamiento inicial al plan de intervención según los hallazgos y las necesidades del niño o la niña, y de su familia. Con el análisis integrado del caso, se determinarán las acciones a seguir, lo que puede implicar la valoración por un equipo interdisciplinario, la realización de exámenes de apoyo diagnóstico o medidas simples como las recomendaciones de cuidado orientadas a la promoción del desarrollo infantil.

Esta consulta representa la puerta de entrada al proceso de evaluación diagnóstica y orienta la activación de los todos los componentes diagnósticos y terapéuticos. Debe ser realizada por médico/a pediatra. En las circunstancias (que deben ser excepcionales) en las que exista una demora para garantizar esta evaluación pediátrica, se pueden ir adelantando algunas actividades por el profesional de medicina general o por el médico especialista en medicina familiar, sin embargo, definitiva e innegociablemente debe ser realizada por el médico especialista en pediatría, idealmente con entrenamiento, formación o mayor experiencia en neurodesarrollo. Quiere decir que la atención por pediatría en este contexto es insustituible.

La consulta debe ser presencial, sin embargo, en aquellas situaciones excepcionales o de fuerza mayor en las que definitivamente es imposible contar con el especialista en pediatría de forma presencial para esta fase inicial, puede permitirse la aproximación a esta atención

por pediatría a través de telemedicina como se ha indicado en la Resolución 2654 de 2019 sobre telesalud y telemedicina, específicamente en las modalidades de telemedicina interactiva (artículo 15) o de telexperticia con dos profesionales de la salud (numeral 1 del artículo 17), o según la normatividad vigente que la modifique o la sustituya (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019b).

Esta consulta debe garantizarse en el contexto de la atención resolutoria del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que debe velarse por una adecuada articulación entre este procedimiento, la consulta de valoración integral en salud de la RIAPMS y los demás procedimientos de la atención integral en salud que puedan estar relacionados.

La consulta tiene la misma estructura de una consulta médica común, pero se enfoca en algunos aspectos particulares que son necesarios para abordar el estudio de las dificultades o los problemas del desarrollo infantil. Teniendo en cuenta el alcance y la complejidad de esta consulta, se recomienda planificar esta atención con la garantía de un tiempo de consulta superior al habitualmente programado. Esta planificación es responsabilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) y debe ser reconocida y acordada con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) (o con la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones) con las que tiene convenio la IPS donde se está brindando la atención al niño o la niña.

Según la complejidad del caso, debe contemplarse que incluso con mayor tiempo de consulta no se logre finalizar la valoración integral del desarrollo en un solo tiempo de consulta, por lo que puedan necesitarse al menos dos sesiones de consulta, las cuales deberán ser agendadas con carácter prioritario y en el menor plazo posible (como máximo, en un plazo menor a 15 días entre las dos sesiones de consulta).

Para la realización de esta consulta, tenga en cuenta los conceptos básicos del desarrollo infantil (capítulo 2) y los elementos básicos del abordaje del niño o la niña con riesgos, dificultades o problemas del desarrollo (capítulo 3), tal y como se ha explicado previamente en este documento.

Los componentes de esta consulta de valoración integral del desarrollo son:

- Anamnesis.
- Examen físico.
- Análisis diagnóstico
- Determinación del plan de cuidado.

A continuación, se describen con mayor profundidad los principales componentes de esta consulta (Adaptado de Voigt, R., Macias, M., Myers, S., 2011; Voigt, R., Macias, M., Myers, S., Tapia, C., 2018, Carey W, Crocker A, Coleman W & cols., 2009).

#### **4.2.2.1.1. Anamnesis dirigida al desarrollo infantil.**

Debe realizarse una anamnesis que permita comprender y recoger la mayor información

posible para el abordaje del niño o niña, y que nos ayude a caracterizar no solamente el desarrollo del niño, sino también las características de su entorno y sus prácticas de atención, cuidado y crianza. La anamnesis debe incorporar los siguientes aspectos:

- a) Determinación del motivo de consulta y caracterización de síntomas, signos y preocupaciones en torno al desarrollo y la salud del niño o la niña.

Este es posiblemente el componente más relevante de la consulta. Debe partir del reconocimiento del motivo de consulta y la caracterización de los signos, síntomas y preocupaciones sobre el desarrollo.

Como se ha descrito, los problemas y los trastornos del desarrollo y del comportamiento suelen compartir una serie de signos y síntomas comunes (Simms, M., 2017), por lo que estos síntomas deben ser cuidadosamente evaluados para evitar errores en la planificación del proceso diagnóstico y de la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o niña.

De otro lado, sirve para establecer el impacto que estas conductas o dificultades del desarrollo están teniendo en la funcionalidad del niño, en su cuidado o en la vida familiar, lo que se constituirá en un elemento esencial para la conformación de la “alianza terapéutica” entre el profesional de la salud y la familia, y favorece el asesoramiento familiar (Levine, D., 2019, p.29-30; Carey, W., Crocker, A., Coleman, W. y cols., 2009).

- b) Determinación de la historia del desarrollo (seguimiento a los hitos del desarrollo) y establecimiento del perfil de riesgo.

Debe realizarse como una medida básica para caracterizar el perfil de fortalezas y debilidades del desarrollo del niño o niña. En el caso en el que se confirme la sospecha de un posible problema del desarrollo infantil, sirve para ayudar a caracterizar el tipo de problema del desarrollo (retraso, desviación, disociación, regresión o estancamiento). Por medio de esta indagación, es posible acercarse a comprender los niveles actuales de funcionamiento del desarrollo del niño o la niña.

Del mismo modo, es fundamental avanzar en la construcción de un perfil de riesgos y vulnerabilidades durante la anamnesis, así como de los factores de protección y de potenciación del desarrollo, puesto que sobre estos últimos es que se podrá construir con mayor facilidad una intervención efectiva durante la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o niña.

Para obtener una guía sobre los factores o las condiciones de riesgo del desarrollo, tenga presente lo descrito en el capítulo 2 de este documento.

- c) Verificación de resultados de exámenes y pruebas previamente realizadas.

Deben verificarse los resultados de los distintos exámenes (neuroimágenes, de laboratorio, etc.), de las pruebas de evaluación del desarrollo que se hayan realizado previamente y de todos aquellos estudios de apoyo diagnóstico que se tengan disponibles.

Particularmente, es fundamental verificar la presencia de los resultados de los exámenes

de tamizaje que se hayan realizado previamente, por ejemplo, de hipotiroidismo congénito, de errores innatos del metabolismo, de evaluación de pérdida auditiva o visual, etc.

A partir de estos resultados, se considerará la necesidad de actualizar exámenes o pruebas previamente realizadas, teniendo presente la naturaleza dinámica del desarrollo del niño o la niña, así como de los mismos problemas o dificultades de este, que pueden relacionarse con la emergencia de nuevos signos o síntomas.

- d) Evaluación de la dinámica familiar, de las dinámicas de cuidado del niño o la niña y de los entornos donde el niño vive, crece y juega.

Las familias en las que viven, crecen, comparten y aprenden los niños y las niñas, tienen un impacto fundamental en su crecimiento y desarrollo. Facilitan una base de recursos económicos, afectivos, de apoyo, compañía, y de valores compartidos. Adicionalmente, conectan a los niños y las niñas a la comunidad, y les ayudan a aprender cómo afrontar los desafíos de la vida cotidiana. Las familias pueden ser de distintos tipos y presentan distintas dinámicas que influirán en la forma como sus miembros interactúan y se comportan (Carey Crocker, 2009). La relación entre los niños y las niñas y los adultos/as en una familia está mediada a través de unas prácticas de crianza y de cuidado que tendrán un impacto directo sobre el desarrollo infantil. Por este motivo, siempre es fundamental evaluar las dinámicas familiares, de cuidado y de crianza de los niños y las niñas, cuando se encuentren riesgos o atipicidades del desarrollo.

Frente a la evaluación de las dinámicas familiares y las redes de apoyo para la crianza y el cuidado, indague especialmente sobre los siguientes aspectos:

- Quienes participan de la crianza y el cuidado del niño o niña.
- El apoyo emocional para los integrantes de la familia, en especial para los niños, las niñas y sus padres.
- El involucramiento de los padres y las madres en la crianza.
- Las dinámicas de trabajo de los padres, las madres y las demás personas que participen de la crianza.
- Las prácticas de cuidado de los niños y las niñas (incluyendo el uso de la disciplina y el castigo físico).
- La seguridad económica de la familia.
- Las necesidades de la familia y cómo se responde a estas.
- Las rutinas (como las de sueño y alimentación) y las actividades cotidianas de los niños y las niñas.
- El contacto o participación de actividades compartidas con otros niños o niñas, y la asistencia o no a instituciones, programas o modalidades de atención a la primera infancia (por ejemplo, jardines infantiles, hogares comunitarios, actividades de promoción del desarrollo, etc.)

- En general, sobre las prácticas y las creencias de padres, madres y familiares sobre la crianza, el cuidado y el desarrollo infantil.

Como una estrategia para aproximarse a la evaluación de las dinámicas familiares y las redes de apoyo para la crianza y el cuidado, puede apoyarse en la información obtenida a través de instrumentos como el Apgar familiar, el ecomapa o el familiograma, los cuales han sido incorporados en la RIAPMS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b). Tenga presente que es recomendable evaluar este aspecto de forma dinámica y continua durante el seguimiento longitudinal del niño, niña y su familia.

Adicionalmente, se debe indagar por las características de estimulación del ambiente (quién cuida al niño o niña, cómo se comunican, cómo interactúan, la exposición a pantallas y videojuegos, la disponibilidad de libros y juguetes para promover el desarrollo, entre otros) y por la exposición a factores de puedan generar estrés tóxico (por ejemplo, violencia intrafamiliar o comunitaria, conflicto armado, inseguridad alimentaria, etc.).

La ocupación y la escolaridad de los padres son aspectos muy importantes que permiten considerar la disposición y el nivel cultural que podrían tener los padres y las madres para promover el desarrollo y para comprender la importancia y las características de los procesos diagnósticos y de intervención. Asimismo, su reconocimiento permite estimar de forma indirecta la sensibilidad de los padres para la exposición de los niños y las niñas a experiencias educativas tempranas, y sirve para adecuar el lenguaje durante las explicaciones de los procedimientos a seguir.

De otro lado, la ocupación de los padres y las madres puede sugerir exposiciones ocupacionales particulares que puedan tornarse determinantes para la presencia de problemas médicos o del desarrollo. Por ejemplo, padres que trabajan con residuos de baterías podrían tener riesgo de exposición ambiental a plomo y otros metales pesados. En el caso en el que el niño o la niña permanezca como acompañante de sus padres durante el trabajo, eventualmente podría tener riesgo exposicional también y presentar manifestaciones que podrían pasar desapercibidas o pueden no evaluarse sino se considerara esta condición.

En este mismo sentido, y desde un nivel macro de análisis de la información, es importante analizar distintos factores o condiciones cuando se presentan problemas del desarrollo en una gran proporción en territorios determinados, ya que pueden estar asociados también a gran afectación por defectos congénitos, discapacidad o enfermedades específicas en la comunidad o la población local, lo que podría sugerir un componente ambiental de mayor riesgo.

A nivel de los entornos, también es muy importante conocer el grado de exposición del niño o la niña a parques infantiles u otros lugares de reunión con otros niños y niñas. Este aspecto cobra un valor especial en una era postpandemia en la que por causa de esta misma o de las cuarentenas que se implementaron, se limitaron las salidas de los niños y las niñas de sus casas y la participación en entornos y espacios de educación inicial, y de socialización.

Adicional a lo anterior, debe verificarse la asistencia o la participación del niño o la niña a entornos o experiencias de educación inicial o de protección como jardines infantiles, centros de desarrollo infantil, hogares comunitarios, instituciones educativas o instituciones de protección. Asimismo, debe considerarse la participación del niño o la niña en distintas actividades recreativas, deportivas o culturales. Es muy importante, conocer la impresión que los demás adultos pueden tener sobre el desempeño del niño o la niña, las preocupaciones que puedan tener sobre su desarrollo o su comportamiento, así como los avances que se han presentado desde que comenzó su participación en estas actividades o su acceso a estas instituciones.

La evaluación diagnóstica de los niños y las niñas frente a su desarrollo exige un análisis comprensivo de los distintos hallazgos de los procesos de detección y de diagnóstico, e interpretarlos a la luz de los contextos de interacción, de las relaciones y prácticas de cuidado y crianza, del ambiente físico, de las relaciones con sus pares, entre otros.

- e) Indagación de historia de experiencias adversas de la infancia, de eventos traumáticos o de situaciones estresantes para el niño, la niña o el núcleo proximal de cuidado (padres, madres y otros/as cuidadores).

El trauma psicológico es una condición de riesgo para el desarrollo infantil y se da tanto de forma directa por la posibilidad de haberse generado estrés tóxico, o indirecta cuando se afectan las dinámicas de interacción entre los niños, las niñas y sus cuidadores. El trauma psicológico puede haberse presentado a través de un evento traumático intenso (por ejemplo, un accidente, la exposición a una situación de violencia, una hospitalización prolongada, entre otros) único o repetido o, ser parte de un conjunto de experiencias adversas de la infancia.

Las experiencias adversas de la infancia (ACE, por sus siglas en inglés de *Adverse Childhood Experiences*) corresponden a aquellas situaciones no normativas experimentadas por los niños y las niñas en las que se genera una situación de estrés intenso o persistente, que se considera tóxico para el desarrollo anatómico y funcional del cerebro de los niños y las niñas, y cuyos efectos pueden verse incluso a largo plazo en la salud de las personas.

Sin ser los únicos, se sabe que las ACE más frecuentemente reconocidas en la literatura científica se encuentran incluidas en los siguientes tipos de experiencia:

- Violencia: Física, Emocional o Sexual.
- Negligencia: Emocional o Física.
- Disfunción o inestabilidad familiar: Padre o madre con enfermedad mental, Tener padre o madre en centro carcelario, Ser testigo de violencia intrafamiliar (como la violencia contra la madre), Padre o madre con consumo de sustancias psicoactivas, Padres con separaciones o divorcios altamente conflictivos o problemáticos (Gilgoff, R., Singh, L., Koita, K., y colaboradores, 2020).

Adicional a las ACE previamente descritas, se han reconocido otras experiencias estresantes que tienen efectos significativos en la salud y el desarrollo infantil, y que, por

lo tanto, también deben ser consideradas en la evaluación de los niños y las niñas, especialmente de aquellos con sospecha de dificultades o problemas del desarrollo. Estas experiencias son:

- Discriminación.
- Dificultades económicas severas.
- Hambre e inseguridad alimentaria.
- Trauma médico (entendido como aquellas situaciones de trauma emocional o psicológico secundario a la experimentación de procedimientos médicos como hospitalizaciones, venopunciones, cirugías, etc.).
- Guerra y conflictos armados.
- Desastres.
- Falta de vivienda o vivencia en calle.
- Victimización por intimidación (Barnes, A., Anthony, B., Karatekin, C. y colaboradores, 2020).

Por su impacto en el desarrollo infantil, en el comportamiento del niño o la niña, pero también para orientar la intervención para la promoción del desarrollo y para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional, es necesario considerar la posible historia de eventos traumáticos o de experiencias adversas vividas por el niño o la niña, pero también aquellas que hayan podido afectar a su núcleo proximal de cuidado (padres, madres y otros/as cuidadores).

Si bien, se han propuesto algunos cuestionarios o pruebas para tamizar o identificar la historia de exposición a ACE, por ahora, no se cuenta con ningún instrumento validado en Colombia que permita su aplicación específica en la primera infancia, por lo que por ahora, se recomienda tener en cuenta este tipo de experiencias o eventos durante la valoración.

- f) Indagación sobre problemáticas de salud mental en las y los cuidadores (tanto madres como padres).

Como se indicó en el literal anterior, la enfermedad mental en los padres y las madres tiene un efecto reconocido sobre el desarrollo infantil, por lo que su presencia, se considera un riesgo para el mismo. De esta forma, es necesario preguntar sobre la presencia de problemas o enfermedad mental tanto en los padres, como en las madres y en otros/as cuidadores principales del niño o la niña.

Para esta indagación, es posible realizar preguntas simples sobre síntomas afectivos o de ansiedad de los/as cuidadores, así como también, emplear instrumentos de tamizaje como la escala PHQ-9 en búsqueda de síntomas afectivos, o incluso, el SRQ, que es un instrumento recomendado para el tamizaje de la salud mental en población mayor de 15 años en el contexto de la RIAPMS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b).

Frente a la salud mental, es importante tener en consideración la posibilidad de síntomas afectivos en la madre durante la gestación o durante el período del puerperio. Sin embargo, debe realizarse esta indagación no solo con las madres, sino con los padres también e intentar interpretar estos resultados junto con los demás hallazgos que se extraigan de la evaluación de la dinámica familiar, de la dinámica de cuidado, e incluso, de la historia de experiencias adversas de la infancia o de los eventos traumáticos o estresantes para los padres, las madres o los/as cuidadores/as.

Un cuidador con problemas afectivos puede tener inconvenientes para interactuar de forma adecuada con el niño o la niña, y por lo tanto, puede limitar las oportunidades de promoción del desarrollo infantil.

g) Aproximación a las relaciones vinculares y de interacción entre los padres (padre y madre) y el niño o niña.

Siempre que se esté frente a un niño o a una niña en primera infancia se deben evaluar las características de la interacción entre este/a con sus cuidadores (padres, madres, familiares u otros adultos significativos), y esto cobra mayor valor cuando se sospecha que puede tener una dificultad, un problema o un curso atípico del desarrollo infantil.

Los problemas en la interacción entre los niños, las niñas y sus cuidadores (padres y madres) pueden sugerir un problema en la relación vincular. De esta forma, deben tenerse en cuenta múltiples aspectos que ayudarán a caracterizar el cuidado y el grado de involucramiento de los cuidadores en el bienestar de los niños y las niñas y, por lo tanto, su participación como agentes promotores del desarrollo infantil. Dentro de estos aspectos, se tienen los siguientes:

- Transmisión de compromiso psicológico y emocional con el niño o la niña.
- Establecimiento de estructura y rutinas en el cuidado y la crianza.
- Reconocimiento y respuesta a las necesidades y señales emocionales del niño o la niña.
- Cubrimiento de las necesidades básicas (p. ej., alimentación, higiene, vestido, vivienda, atención médica).
- Garantía de seguridad física.
- Garantía de consuelo durante el estrés.
- Actitud de enseñanza y de estimulación social.
- Generación de oportunidades de socialización.
- Manejo de la disciplina y las normas.
- Participación en juegos y actividades agradables.
- Demostración de interés en las experiencias y perspectivas individuales del niño o niña.

- Demostración de capacidad reflexiva respecto a la trayectoria de desarrollo del niño o niña.
- Consideración del punto de vista del niño o de la niña en formas apropiadas para su desarrollo.
- Tolerancia de sentimientos ambivalentes en la relación cuidador-niño/niña (Larrieu, J. y cols., 2019, p. 286).

Adicionalmente, se hace pertinente recordar y reconocer los factores de riesgo para presentar un trastorno del apego o de dificultades del desarrollo que podrían relacionarse con problemas del apego:

- Factores que impiden la disponibilidad de un cuidador:
  - Institucionalización.
  - Cambios frecuentes de cuidador o institución de educación inicial.
  - Pérdida de un padre/cuidador (por ejemplo, por muerte, encarcelamiento o abandono).
- Factores que interfieren en la capacidad del cuidador para satisfacer las necesidades del niño o niña:
  - Historia de estilo de apego inseguro en los padres/cuidadores.
  - Problemas o trastornos de salud mental.
    - Depresión (incluyendo la prenatal y la postparto).
    - Ansiedad.
    - Trastorno bipolar/esquizofrenia.
    - Trastornos de personalidad (por ejemplo, límite, narcisista o antisocial).
    - Otro diagnóstico de salud mental.
  - Abuso de sustancias psicoactivas.
  - Violencia de pareja.
  - Problemas de salud física.
  - Separación/divorcio conflictivo.
  - Presencia de violencia contra niños y niñas (múltiples tipos son frecuentemente experimentados de forma simultánea).
    - Negligencia (emocional y física).
    - Abuso sexual.
    - Maltrato físico.

- Maltrato emocional (Hornor, G. 2019).

Como puede observarse, estos factores de riesgo para presentar un trastorno del apego están recogidos también dentro de las ACE. De esta forma, se reitera la importancia de considerar distintos aspectos relacionados con el cuidado y las interacciones entre padres, madres, cuidadores y sus niños o niñas, durante la evaluación integral del desarrollo y también la salud, especialmente durante la primera infancia.

h) Antecedentes prenatales, perinatales y neonatales.

Dentro de estos antecedentes, se debe investigar: Edad materna, paridad, historia de abortos recurrentes, Enfermedad materna crónica pregestacional, Uso de técnicas de reproducción asistida. Patología y condiciones gestacionales: Presencia de fiebre y de infecciones o de estudios de infecciones gestacionales (posibilidad de riesgo de infecciones virales como Rubéola, Citomegalovirus, Zika, COVID-19); exposición a medicamentos (como warfarina, anticonvulsivantes, ácido retinoico), alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas y toxinas durante la gestación (incluso antes de la confirmación de la gestación), Diabetes materna, Trombofilia (posibilidad de eventos vasculares fetales), Desnutrición y Anemia. En este último punto es muy importante identificar restricciones alimentarias de la madre que puedan constituir riesgo nutricional para el desarrollo de los niños -por desnutrición materna o por ejemplo, por la posibilidad de déficits nutricionales o vitamínicos (como en el veganismo materno donde hay riesgo de deficiencia de Vitamina B12)-. Se debe indagar también por la presencia o referencia de restricción de crecimiento intrauterino, así como por complicaciones y hospitalizaciones durante la gestación por cualquier causa.

Respecto al período perinatal, se debe preguntar por las características del trabajo de parto o del tipo de nacimiento, por la sospecha de estado fetal insatisfactorio, por la edad gestacional al nacimiento, el peso al nacer, el curso neonatal en su adaptación (incluyendo la puntuación APGAR) y la necesidad de medidas para apoyar la adaptación neonatal o el requerimiento de reanimación neonatal.

En el período neonatal, se debe verificar el tiempo de observación neonatal intrahospitalario, la presencia de síntomas neonatales tempranos, el resultado de tamizaje de hipotiroidismo congénito y de otros tamizajes (visual, auditivo, de cardiopatía congénita y metabólico), la evolución en los primeros días postnatales, los hallazgos de la consulta de control del recién nacido y del puerperio y la necesidad de consultas a urgencias o citas prioritarias por síntomas neonatales específicos o inespecíficos.

En el caso de enfermedad neonatal, se debe definir la gravedad, las sospechas diagnósticas y la necesidad de procedimientos invasivos y no invasivos como ventilación mecánica, exanguinotransfusión o cirugías, entre otros. También, se debe investigar por la presencia de convulsiones, uso de medicamentos ototóxicos y debe describirse la duración de la hospitalización y de la ventilación mecánica si la tuvo.

i) Antecedentes personales.

Incluye la evaluación del resto de antecedentes personales, dentro de los que se encuentran los médicos y hospitalarios, los transfusionales, las inmunizaciones, los alérgicos, los farmacológicos, los alimentarios y los traumáticos.

Dentro de los antecedentes patológicos y hospitalarios, se debe indagar por la historia de enfermedades, de hospitalizaciones, pero a su vez, de síntomas recurrentes que han motivado a consultar a los servicios de salud. Se debe conocer también sobre la realización de exámenes previos por alguna sospecha diagnóstica en particular. Es muy importante consignar también el antecedente de traumatismos craneoencefálicos.

Respecto a la evaluación alimentaria y nutricional, se deben verificar las rutinas alimentarias, la disponibilidad de alimentos y de nutrientes, y las dificultades con la alimentación. Debe evaluarse la calidad de la dieta y la posibilidad de que se estén implementando restricciones dietarias específicas (por ejemplo, la posibilidad de sustitución de la leche materna o de fórmula por “leche” de almendras). Del mismo modo, esta información debe interpretarse de forma articulada junto con los hallazgos antropométricos y del examen físico que puedan dar cuenta del estado nutricional del niño o niña.

j) Antecedentes familiares.

Respecto al desarrollo infantil, se debe indagar y registrar con precisión, sobre la historia familiar tanto de la línea materna como paterna en al menos tres generaciones de los miembros de la familia, los siguientes tópicos:

- Consanguinidad y “paisanidad” en los padres (aumenta la probabilidad de condiciones genéticas recesivas).
- Dificultades de los padres en su desarrollo y en su aprendizaje.
- Problemas mentales, emocionales o del comportamiento.
- Defectos congénitos, abortos recurrentes u óbitos fetales.
- Historia de movimientos anormales (ataxia o temblores).
- Hermanos con problemas o trastornos del desarrollo.
- Condiciones de presentación inusualmente temprana como insuficiencia ovárica prematura, muertes, etc.
- Presentación de enfermedades graves, raras, metabólicas y por las causas de mortalidad.
- Alteraciones sensoriales (visuales y auditivas).
- Diagnóstico o sospecha de síndromes genéticos.
- Historia de enfermedad neurológica o mental por línea materna o paterna. En la línea materna es muy importante preguntar por los varones de la familia respecto a todos estos tópicos, en búsqueda de indicadores que puedan sugerir transmisión

ligada a X.

#### 4.2.2.1.2. Examen físico dirigido al desarrollo infantil.

Debe ser completo y detallado, teniendo en cuenta signos que puedan sugerir una condición crónica significativa. Por ejemplo, desnutrición, cardiopatía congénita, hipotiroidismo congénito, etc. Sin embargo, adicionalmente, se debe prestar atención de forma especial y con mayor énfasis a los siguientes aspectos clave:

Antropometría: Debe evaluarse y registrarse de forma adecuada el peso, la talla y el perímetro cefálico, así como se deben calcular sus correspondientes índices (peso/talla, talla/edad y perímetro cefálico/edad). La interpretación de los datos antropométricos debe realizarse de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o de la norma que la modifique o la sustituya. En el caso en el que se esté evaluando un niño o una niña con desnutrición aguda moderada o severa, debe tomarse también el perímetro braquial y debe procederse de acuerdo a lo establecido en el lineamiento técnico de la Resolución 2350 de 2020 o de la norma que la modifique o la sustituya.

Dismorfología: Es la práctica de determinar rasgos físicos que pueden representar defectos congénitos o anatómicos del niño o la niña, y que podrían orientar un diagnóstico etiológico. Debe tenerse en cuenta la terminología estandarizada sobre este tema, la cual puede consultarse de forma gratuita en: <https://elementsofmorphology.nih.gov>. Deben verificarse tanto los defectos congénitos mayores como menores. Es importante centrarse en la evaluación del biotipo, así como en el examen de la cabeza, la cara, las manos, los pies, la región genital y la piel.

Examen ocular: Debe realizarse un examen cuidadoso de las estructuras oculares con el objeto de identificar hallazgos que puedan sugerir afectación visual u ocular relacionada con las posibles dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo infantil. Debe tenerse en cuenta que a pesar de que no se evidencien alteraciones durante esta consulta, en muchas ocasiones, especialmente en aquellos casos en los que hay afectación global del desarrollo o hay factores de riesgo para enfermedad visual u ocular, se debe solicitar la valoración por oftalmología idealmente pediátrica como parte del plan de cuidado.

Examen de estructuras auditivas y comunicativas: Debe realizarse un examen detallado de las estructuras de la salud auditiva y comunicativa, por ejemplo, los oídos y las estructuras estomatognáticas. Este es un aspecto del examen físico que debe complementarse con la evaluación audiológica objetiva y subjetiva, como se indica más adelante.

Examen dermatológico: Se recomienda evaluar las malformaciones capilares en el territorio del trigémino (sugestivas, por ejemplo, de Síndrome de Sturge Weber), manchas café con leche y pecas axilares (vistas en Neurofibromatosis tipo 1), manchas hipopigmentadas (vistas mejor con la Lámpara de Wood) y angiofibromas de la cara y los lechos ungueales (como se ve en el Complejo Esclerosis Tuberosa), manchas “rojo cereza” (vistas en Leucodistrofia metacromática, Gangliosidosis y Enfermedad de Nienmann-Pick), así como otros signos que puedan sugerir enfermedades neurocutáneas.

**Examen neurológico:** Debe ser sistemático, lo más completo posible y acorde a la edad, profundizando en la evaluación del tono muscular (postural y activo), del trofismo muscular, la fuerza, los movimientos voluntarios, la coordinación, los reflejos primitivos, las posturas de enderezamiento y los reflejos músculo-tendinosos. En niños mayores debe verificarse la marcha y la presencia de los denominados “signos neurológicos blandos” como las dificultades para la coordinación motora, los agarres fuertes de lápiz y colores para dibujar o colorear, etc.

**Reflejos primitivos:** Representan una parte fundamental del examen neurológico y del desarrollo infantil en la atención de recién nacidos y lactantes. Los reflejos primitivos son patrones de movimiento automáticos, complejos y mediados por el tronco del encéfalo que comienzan desde la semana 25 de gestación, están completamente presentes en el nacimiento en los recién nacidos a término y, con la maduración del sistema nervioso central, se vuelven cada vez más difíciles de obtener después de los primeros seis meses de vida cuando la actividad motora voluntaria y, por lo tanto, la inhibición cortical emerge. Se consideran parte del repertorio motor de las niñas y los niños pequeños. Los reflejos primitivos son patrones altamente estereotípicos y son provocados por estímulos sensoriales específicos. De estos, los más conocidos son el Moro, el Reflejo Tónico Nucal Asimétrico, la Prensión palmar, la Prensión plantar, la Búsqueda y la Succión (Zafeiriou, D., 2004). A continuación, se presentan las edades de aparición y desaparición (integración en patrones motores más complejos) de estos reflejos:

Reflejo	Edad de aparición	Edad de integración
Moro	28 semanas	6 meses
Prensión palmar	28 semanas	2-3 meses
Prensión plantar	28 semanas	9 meses
Succión	32 semanas	3-4 meses
Búsqueda	35 semanas	4 meses
Tónico Nucal Asimétrico	35 semanas	3-6 meses

Tomado de: Zafeiriou, D., 2004; Volpe, J. y cols., 2018; Polin, R., Fox, W., 1998. Elaborado y facilitado por la Dra. Angélica Uscategui, Médica Especialista en Neuropediatría. Coordinadora del Postgrado en Neuropediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

**Reacciones posturales:** Representan una parte fundamental del examen neurológico y se refiere a cierta postura estereotipada del tronco, la cabeza y las extremidades (es decir, todo el cuerpo) que se adoptan cuando un examinador intenta un cambio brusco de posición del cuerpo y la cabeza que es estrictamente definido. Requieren integridad cortical y, por lo tanto, no están presentes en el recién nacido, sino que se desarrollan posnatalmente, considerándose respuestas posturales maduras que persisten como base para el comportamiento motor normal. La respuesta en cada edad cronológica es diferente

y expresa la etapa de maduración del sistema nervioso central. Las más comúnmente evaluadas son la Tracción, la Suspensión Vertical, la Suspensión Horizontal y las reacciones de enderezamiento (Zafeiriou, D., 2004).

Otros signos y condiciones evidenciables en el examen físico que pueden sugerir riesgo de atipicidades o problemas del desarrollo son:

- Alteraciones de la morfología craneana. Que puede verse en la craneosinostosis o por prácticas o condiciones que han generado presión externa para la configuración de la cabeza, como con la plagiocefalia posicional por falta de estimulación o por tortícolis muscular congénita.
- Cabalgamiento de suturas craneanas con rebordes palpables de forma persistente (por falta de crecimiento cerebral) o Diastasis de suturas y el aumento de tamaño de la fontanela anterior (que puede sugerir hipertensión endocraneana).
- Paladar ojival.
- Pulgar aducto o incluido persistente (sugiere afectación del control motor superior).
- Persistencia de reflejos primitivos y reacciones posturales asimétricas.
- Alteraciones osteomusculares del tipo de la artrogriposis, Pie equino varo aducto o Pie talo cavo, entre otros.

A manera de síntesis, se incorporan los distintos hallazgos al examen físico que pueden tener algún significado para orientar el proceso diagnóstico en la evaluación del desarrollo infantil:

<b>Información del examen físico que puede orientar un posible diagnóstico</b>	
<b>Ítem</b>	<b>Posible significado</b>
<b>Talla</b>	
Estatura baja	Síndrome de Williams, malnutrición, síndrome de Turner.
Obesidad	Síndrome de Prader Willi
Estatura alta	Síndrome de Sotos
<b>Cabeza</b>	
Macrocefalia	Síndrome de Alexander, síndrome de Sotos, Gangliosidosis, Hidrocefalia, Mucopolisacaridosis, Derrame subdural.
Microcefalia	Cualquier proceso que retrase el crecimiento encefálico (p.e. Desnutrición, Síndrome de Angelman, Síndrome de Lange, Efectos fetales del alcohol.
<b>Cara</b>	
Cara basta, triangular, redonda o plana; hipotelorismo o hipertelorismo, fisura palpebral inclinada o corta;	Mediciones específicas pueden proporcionar indicios sobre enfermedades hereditarias, metabólicas y de otros tipos, como el síndrome de alcoholismo congénito, el síndrome de maullido de gato (síndrome 5p) o el Síndrome de Williams

maxilar superior e inferior o nariz inusuales.	
<b>Ojos</b>	
Prominentes	Síndrome de Crouzon, Síndrome de Seckel, Síndrome X frágil.
Cataratas	Galactosemia, síndrome de Lowe, rubéola prenatal, hipotiroidismo.
Mancha rojo cereza en mácula	Gangliosidosis, Leucodistrofia metacromática, Mucopolisacaridosis, enfermedad de Tay-Sachs, enfermedad de Niemann-Pick, Lipogranulomatosis de Farber, Sialidosis III
Coriorretinitis	Infección congénita por citomegalovirus, toxoplasmosis o rubéola.
Turbidez corneal	Mucopolisacaridosis I y II, Síndrome de Lowe, Sífilis congénita.
<b>Oídos</b>	
Orejas de implantación baja o malformadas	Trisomías como la 18, síndrome de Rubinstein-Taybi, Síndrome de Down, Asociación CHARGE, síndrome cerebro-óculo-facial-esquelético, efectos fetales de la fenitoína.
Audición	Pérdida de agudeza en la Mucopolisacaridosis; Hiperacusia en muchas encefalopatías.
<b>Corazón</b>	
Anomalía estructural o hipertrofia	Asociación CHARGE, CATCH-22, Síndrome velocardiofacial, Glucogenosis II, efectos fetales del alcohol, Mucopolisacaridosis I; anomalías cromosómicas como síndrome de Down; fenilcetonuria materna; la cianosis crónica puede afectar el desarrollo cognitivo.
<b>Hígado</b>	
Hepatomegalia	Intolerancia a la fructosa, galactosemia, glucogenosis tipos I a IV, mucopolisacaridosis I y II, enfermedad de Tay-Sachs, síndrome de Zellweger, enfermedad de Gaucher, lipofuscinosis ceroides, gangliosidosis.
<b>Genitales</b>	
Macroorquidia (generalmente descubierta hasta la pubertad)	Síndrome de X-frágil.
Hipogonadismo	Síndrome de Prader Willi, síndrome de Klinefelter, asociación CHARGE.
<b>Extremidades</b>	
Manos, pies, dermatoglifos y pliegues	Pueden indicar afecciones específicas, como síndrome de Rubinstein-Taybi, o asociarse a alguna anomalía cromosómica.
Contracturas articulares	Signo de desequilibrio muscular alrededor de las articulaciones (p.e. en casos de mielomeningocele, parálisis cerebral, artrogriposis, distrofia muscular; también ocurren con problemas cartilagosos como la Mucopolisacaridosis).

<b>Piel</b>	
Manchas café con leche	Neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, síndrome de Bloom.
Eczema	Fenilcetonuria, histiocitosis.
Hemangiomas y telangiectasias	Síndrome de Sturge Weber, síndrome de Bloom, ataxia-telangiectasia.
Máculas hipopigmentadas, estrías, adenoma sebáceo.	Esclerosis tuberosa, Hipomelanosis de Ito.
<b>Pelo</b>	
Hirsutismo	Síndrome de Lange, mucopolisacaridosis, efectos fetales de la fenitoína, síndrome cerebro-óculo-facial-esquelético, trisomía 18.
<b>Neurológico</b>	
Asimetría de fuerza y tono	Lesión focal, parálisis cerebral.
Hipotonía	Síndrome de Prader Willi, Síndrome de Down, Síndrome de Angelman, Gangliosidosis, Parálisis cerebral precoz.
Hipertonía	Trastornos neurodegenerativos con afectación de la sustancia blanca, Parálisis cerebral, trisomía 18.
Ataxia	Ataxia-telangiectasia, Leucodistrofia metacromática, Síndrome de Angelman.

CATCH-22, siglas en inglés de defectos cardíacos, cara anormal, hipoplasia del timo, paladar hendido, hipocalcemia y defectos del cromosoma 22. CHARGE, siglas en inglés de coloboma, defectos cardíacos, atresia de coanas, retraso del crecimiento, anomalías genitales y anomalías otológicas (hipoacusia). Tomado de Levine D. (2019). Evaluación del niño con necesidades especiales, p. 28.

#### 4.2.2.1.3. Análisis diagnóstico

Toda la información obtenida a través de la anamnesis y el examen físico, debe ser analizada de forma integrada y ponderada con el objeto de avanzar en la elaboración de los diagnósticos y en la determinación del plan de cuidado. De esta forma, de esta consulta, se espera avanzar en lo siguiente:

- Confirmación o descarte de la sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo infantil.
- Identificación de las áreas del desarrollo con problemas. Debe comprenderse si la dificultad o la atipicidad afecta a un solo proceso o dimensión del desarrollo o, al contrario, si afecta a dos o más. En el caso en el que existan problemas en más de dos áreas del desarrollo o en el que existan otros síntomas médicos o de salud, se debe sospechar la presencia de comorbilidades.
- En el caso de la confirmación de un problema, se debe intentar caracterizar su tipo, como se ha explicado previamente: Retraso, Desviación, Disociación, Regresión o Estancamiento.
- Aproximación al cociente de desarrollo del niño o la niña. Esto se logra estimando la relación entre el nivel o edad del desarrollo y la edad cronológica así: Edad de

desarrollo/Edad cronológica x 100.

- Identificación de posibles diagnósticos médicos y/o sindrómicos adicionales.
- Definición del diagnóstico presuntivo y de un probable diagnóstico categórico, etiológico y/o funcional.

#### **4.2.2.1.4. Determinación del plan de cuidado:**

Una vez se ha avanzado en la determinación del diagnóstico presuntivo, se debe formular un plan de cuidado que permita avanzar simultáneamente en dos líneas de trabajo con el niño, la niña y su familia: la continuidad del proceso de evaluación diagnóstica y la formulación del plan de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña.

Respecto a este primer punto, se necesita tener en cuenta los demás procedimientos de evaluación diagnóstica, según se requiera. De esta forma, a partir del proceso de análisis diagnóstico, se deben generar las órdenes de remisión para la valoración por las distintas disciplinas y especialidades, para la solicitud de exámenes de apoyo diagnóstico, o de derivación o control para la aplicación de escalas de desarrollo o escalas neuromotoras.

Para avanzar en este proceso diagnóstico, se requiere evaluar de forma continua el proceso de desarrollo del niño o niña, así como realizar un seguimiento longitudinal dinámico que permita registrar los resultados y los hallazgos de las actividades o intervenciones de evaluación que se han realizado durante este proceso de acompañamiento.

En relación con el avance en el proceso de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional, se deben generar las derivaciones necesarias para acompañar al niño, la niña o su familia, de acuerdo a los hallazgos obtenidos en esta consulta y en los demás procedimientos de evaluación diagnóstica. Debe tenerse presente que, para respetar el ciclo de la intervención en el desarrollo, se debe garantizar primero una valoración disciplinar del mismo y posteriormente, comenzar el proceso de intervención orientado al cumplimiento de metas y objetivos que han debido construirse de forma participativa con el niño, la niña y su familia.

Asimismo, se requiere avanzar en los puntos de articulación con la RIAPMS y lo establecido en otras normas, RIAS, lineamientos, protocolos o guías cuando corresponda, por ejemplo, con el lineamiento técnico para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa del niño o la niña menor de 5 años. De la misma forma, se hará necesario garantizar la articulación con otras intervenciones propias del sector salud o de la gestión intersectorial, con el objeto de promover el logro de los niveles más altos posibles de desarrollo y de salud integral del niño o la niña. En el apartado 4.3 se brindan las recomendaciones para realizar el proceso de promoción del desarrollo, que incluye la intervención de habilitación del desarrollo y de rehabilitación funcional del niño o la niña.

#### **4.2.2.2. Aplicación de escalas de evaluación del desarrollo infantil y de evaluación**

### *neuromotora*

Uno de los elementos más significativos para la evaluación diagnóstica del niño o la niña con riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, es la aplicación de escalas de evaluación del desarrollo infantil. En el caso de los niños y las niñas con criterios de alto riesgo neurológico, con riesgo para el desarrollo de parálisis cerebral, además, se debe garantizar la realización de una evaluación neuromotora estructurada.

Como un aspecto inicial de este procedimiento, se debe conocer sobre las escalas de desarrollo infantil que hayan podido realizarse previamente y sus resultados obtenidos. A continuación, se explican algunos aspectos básicos relacionados tanto con las escalas de evaluación del desarrollo infantil como con las escalas de evaluación neuromotora.

#### **4.2.2.2.1. Escalas de evaluación del desarrollo infantil.**

Las escalas de evaluación del desarrollo infantil son principalmente de tres tipos:

- De tamizaje: Sirven para identificar niños y niñas con sospecha de problemas del desarrollo o con riesgo de presentarlos. Contribuyen al establecimiento de diagnósticos presuntivos y de forma objetiva, apoyan la identificación de dificultades en áreas del desarrollo que pueden no haberse identificado a través de la estrategia de vigilancia del desarrollo (como se describió en el capítulo 2). Son escalas estandarizadas y de aplicación abreviada o de corta duración.
- De diagnóstico: Sirven para establecer un resultado objetivo que permitirá la obtención de cocientes del desarrollo con precisión. Son escalas que requieren kits de aplicación más complejos y costosos y que exigen de un tiempo mayor para su aplicación, en comparación con las escalas de tamizaje.
- Específicas para área del desarrollo o específicas de trastorno: Se incluyen escalas que son específicas para la evaluación del desarrollo en áreas o procesos puntuales (como el lenguaje), o para la evaluación de riesgo de trastornos específicos, como en el caso del trastorno del espectro del autismo.

En Colombia, a partir de la Resolución 3280 de 2018 se hizo obligatorio el uso de algunas escalas de tamizaje del desarrollo infantil, por lo cual, como parte del proceso de evaluación diagnóstica del niño o la niña con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, se debe verificar el resultado de su aplicación.

Si no se ha realizado ninguna prueba de tamizaje del desarrollo como está indicado en la RIAPMS, como parte de las derivaciones que deben realizarse en la atención del niño o la niña con sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo, se incluye la promoción de la consulta de valoración integral en salud de la RIAPMS, al igual que del resto de procedimientos e intervenciones de la ruta. A continuación, se realiza una breve descripción de los instrumentos de evaluación del desarrollo de la primera infancia incluidos en la Resolución 3280 de 2018:

**Escala Abreviada de Desarrollo-3:** Es la escala de tamizaje del desarrollo infantil de uso obligatorio en los niños y las niñas menores de 6 años de edad (primera infancia), cuyo uso se da en el contexto de la consulta de valoración integral en salud, en cada una de

estas consultas. Evalúa el desarrollo en las áreas/dimensiones de motricidad gruesa, motricidad finoadaptativa, audición-lenguaje, y conducta personal social. La clasificación final del desarrollo se realiza mediante un sistema de colores de semáforo que se interpreta así para cada proceso del desarrollo: Verde, para el desarrollo esperado para la edad; Amarillo, para el riesgo de problemas del desarrollo; o Rojo, para la sospecha de problemas del desarrollo. Para su aplicación se requiere de un cálculo exacto de la edad del niño o la niña, puesto que un error de un día en la edad calculada puede generar una alteración en el mecanismo de aplicación de la escala y también en la interpretación de sus resultados. Por este motivo, se recomienda que previo a su aplicación, se haya garantizado la lectura completa del Manual Técnico (disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>) e idealmente, el entrenamiento en la EAD-3. En el momento, se encuentra disponible el curso virtual de la EAD-3, de forma gratuita, en el siguiente link: <https://agora.unicef.org/course/info.php?id=42412>. Un resultado en amarillo o rojo para al menos un área del desarrollo, requerirá de la derivación para la valoración por pediatría en los términos de este documento. Es de vital importancia considerar que los niños que se acercan al final de su rango de edad deben tener resultados para cada dimensión del desarrollo en color verde.

**Questionario VALE:** Es un instrumento diseñado para el tamizaje de la salud auditiva y comunicativa de niños y niñas menores de 12 años de edad. Fue una de las escalas cuyos indicadores comportamentales se tuvieron en cuenta para la actualización de la EAD-3, por lo que en el contexto de la consulta de valoración integral en salud se recomienda aplicar primero la EAD-3 para realizar una aplicación más rápida del VALE. Si se identifica un resultado alterado, se considera que falla la prueba y se debe remitir a valoración por profesional de fonoaudiología, pero además, debe derivarse también a valoración por pediatría para la evaluación de su desarrollo global, de la salud integral del niño o niña y para la identificación de riesgos para su desarrollo y su salud.

**Test m-Chat R/F:** Es una escala diseñada para el tamizaje específico del trastorno del espectro del autismo. Su última versión es el m-Chat R/F y se diseñó para identificar a los niños con riesgo alto, medio o bajo para esta condición. Se puede aplicar a niños y niñas entre los 16 y los 30 meses, aunque idealmente se debe aplicar a los 24 meses de edad. Si se aplica antes de los 24 meses, se recomienda repetir a la edad ideal. Un resultado alterado obliga a iniciar la ruta para la evaluación diagnóstica del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) según lo indicado en el Protocolo clínico para el Diagnóstico, tratamiento y ruta de Atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista (Minsalud-IETS, 2015). A pesar de que según la Resolución 3280 de 2018 se trata de un instrumento de uso sugerido en la primera infancia, se recomienda fuertemente su aplicación en las edades específicas, especialmente si el niño o la niña tiene riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo. No se recomienda su aplicación después de los 30 meses puesto que las respuestas pierden su validez por la evolución misma del proceso de desarrollo del niño o la niña.

Tenga presente que, en el caso en el que se sospeche el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo, debe remitirse el niño o niña de forma inmediata para la valoración

por neuropediatría o por psiquiatría infantil si es posible tener acceso a este profesional. Si la sospecha diagnóstica o la prueba fue aplicada por profesional de enfermería o medicina general, adicionalmente, debe remitirse al niño o niña a consulta por pediatría de forma prioritaria para complementar su evaluación en los términos indicados en este documento.

Respecto al uso de **escalas de evaluación diagnóstica** del desarrollo infantil, se recomienda fuertemente incluir su uso regular en la evaluación de niños y de niñas con sospecha de un posible trastorno del desarrollo, puesto que estas permiten obtener un dato preciso sobre el nivel de desarrollo del niño o la niña. En relación con el desarrollo global del niño o la niña, las dos escalas de evaluación diagnóstica de uso más difundido son: las Escalas Bayley del desarrollo infantil (Bayley Scale of Infant and Toddler Development), actualmente en su cuarta edición, y el Inventario de Desarrollo de Battelle (Battelle Developmental Inventory), actualmente en su tercera edición.

Debe tenerse presente que estas escalas requieren de un tiempo mayor que el asignado habitualmente a las consultas de salud e incluso, de las consultas de valoración integral en salud. Su aplicación implica el uso del kit específico de la escala y el desarrollo de capacidades del talento humano en salud para su aplicación. Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta tanto por las EAPB (o por la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones) como por las IPS para garantizar su implementación y su realización.

Existen otras escalas de evaluación diagnóstica que son específicas para un área particular del desarrollo o para una condición o trastorno del desarrollo específico. De esta forma, se tiene registro de uso de instrumentos como la prueba Merrill-Palmer Revised Scales of Development-Revised (M-P-R) para el desarrollo global de los niños y las niñas, la prueba Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence para el desarrollo cognitivo de niños y niñas de 2 años y medio a 7 años y 3 meses, la prueba Vineland Adaptive Behavior Scales para el desarrollo de la conducta adaptativa, el Inventario del desarrollo de las habilidades comunicativas Mc Arthur-Bates para el desarrollo de habilidades comunicativas así como distintas pruebas neuropsicológicas como la prueba ENI (Evaluación Neuropsicológica Infantil), el Cuestionario Cumanin de Madurez Neuropsicológica Infantil o la prueba Luria Inicial DNI Evaluación Neuropsicológica en la Edad Preescolar.

Respecto al Trastorno del Espectro del Autismo, a nivel internacional se recomienda la aplicación del Programa de Observación del Diagnóstico de Autismo segunda edición (ADOS-2, por sus siglas en inglés), así como el uso de la Entrevista de Diagnóstico del Autismo Revisada (ADI-R, por sus siglas en inglés). Debe reconocerse que el diagnóstico de este trastorno se da a partir del cumplimiento de los criterios diagnósticos, sin embargo, tanto ADOS-2 como ADI-R se constituyen en instrumentos de apoyo para el diagnóstico objetivo y para la formulación de pautas de intervención que faciliten alcanzar los objetivos propuestos.

Es fundamental tener presente que las escalas y los instrumentos de evaluación diagnóstica arrojan información significativa para ayudar a verificar el cumplimiento de criterios diagnósticos de trastornos del desarrollo, por lo que su sola aplicación no equivale al establecimiento de un diagnóstico categórico del desarrollo. Aun así, la información que entregan, apoya el establecimiento del perfil de desarrollo del niño o la niña y la

determinación del cociente de desarrollo con mayor precisión, por lo que es recomendable su uso e implementación.

Debe tenerse en cuenta que, si bien las escalas y los instrumentos de evaluación diagnóstica pueden ser usadas en escenarios académicos o incluso, clínicos en el país, es absolutamente necesario conocer los procesos de adecuación cultural y traducción lingüística que permitan su aplicación de forma confiable para la población colombiana o en poblaciones latinoamericanas similares a la nuestra. En consecuencia, el uso de escalas de evaluación diagnóstica del desarrollo en Colombia es una necesidad sentida, aunque se considera fundamental su investigación para garantizar una aplicación culturalmente sensible y confiable en el país.

Es vital que se generen las condiciones necesarias para avanzar en la implementación de las escalas de evaluación diagnóstica en el país de forma rutinaria en la evaluación de niños y niñas con riesgos o sospecha de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo. Cada EAPB (o la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones) debe identificar dentro de su red de IPS, dónde se realiza la aplicación de escalas diagnósticas del desarrollo, pero además, qué perfil las aplica, cuáles aplica y en qué condiciones.

Por último, debe tenerse presente que la aplicación de pruebas diagnósticas requiere de un entrenamiento estructurado, e idealmente certificado, puesto que en general, no es suficiente con la lectura del manual técnico de la escala para garantizar la correcta aplicación de la prueba. Esto mismo también aplica para las pruebas de tamizaje (especialmente la EAD-3) y las escalas de evaluación neuromotora.

#### **4.2.2.2.2. Escalas de evaluación neuromotora.**

En los niños y las niñas con alto riesgo neurológico y con riesgo de Parálisis Cerebral, se requiere la realización de una cuidadosa evaluación neuromotora con el objetivo de mejorar la detección de signos y síntomas de alteraciones que puedan ser predictivas de su aparición.

Desde hace varias décadas se han diseñado herramientas o instrumentos para la valoración del desarrollo y para la estandarización del examen neurológico. Sin embargo, en los últimos 20 años ha venido creciendo el cuerpo de evidencia que demuestra que algunas técnicas de evaluación neuromotora tienen alta capacidad predictiva del diagnóstico e incluso de la severidad de la Parálisis Cerebral. Se ha encontrado, además, que de forma comparativa con técnicas de neuroimagen, la evaluación neuromotora puede tener un mejor rendimiento diagnóstico.

A pesar de que existen varias técnicas de evaluación neuromotora (como las descritas por Amiel-Tison, la escala Infanib, el Test de Munich, entre otros), por la creciente cantidad de evidencia de los últimos años y su rendimiento diagnóstico y predictivo, se recomienda de forma particular la Evaluación de los Movimientos Generales de Prechtl y el Examen Neurológico del Hospital Hammersmith, los cuales se describen a continuación. La implementación de estas dos técnicas recomendadas requiere de formación y entrenamiento para su realización, para lo que en el caso del Examen de Hammersmith, el recurso educativo para su entrenamiento y aprendizaje está disponible de forma gratuita

en el link que se dispone en el Anexo N°1 sobre recursos educativos.

**Evaluación de los Movimientos Generales de Prechtl.** Se fundamenta en la apreciación de los movimientos espontáneos de los niños y las niñas, de los cuales, los más frecuentes y complejos son los Movimientos Generales (MG) descritos por el Dr. Heinz Prechtl. Estos movimientos comienzan en la vida fetal y pueden observarse hasta los 5-6 meses de edad postérmino. Involucran a todo el cuerpo en una secuencia variable de movimientos de brazos, piernas, cuello y tronco. Aumentan y disminuyen en intensidad, fuerza y velocidad, y tienen un comienzo y un final graduales. Normalmente, son el patrón de movimiento predominante en un bebé despierto entre los 3 y 5 meses. Si el sistema nervioso se deteriora o se altera (por lesiones periventriculares o de cápsula interna, malformaciones, hidrocefalia, infecciones o alteraciones metabólicas entre otras noxas), los MG pierden su carácter complejo y variable y se vuelven monótonos y pobres. Se miden dos tipos de patrones de movimiento: de contorsión que se evalúan entre las semanas 38 y 48, y los de ajetreo, desde la semana 46 hasta la 60 de edad corregida. En esta evaluación se califica la complejidad, la variabilidad y la fluencia de los movimientos. Se ha encontrado que cualquiera de dos patrones de MG anormales (movimientos de tipo “rígido sincronizados” y ausencia de movimientos tipo “Fidgety”) predicen de manera confiable la Parálisis Cerebral hacia los 2 años de edad con una sensibilidad y especificidad del 95% cada una, lo que demuestra un desempeño excelente y una buena capacidad predictiva en una técnica que es más rápida, no invasiva, e incluso, rentable en comparación con otras técnicas como la ecografía cerebral o la resonancia magnética nuclear (Einspieler C., Prechtl H., 2005; Verdú, A., Aguilera, S., 2014, pp. 14-15; Basso G., 2016, pp. 259-263). Su evaluación requiere formación del personal e idealmente, entrenamiento certificado.

**Examen Neurológico del Hospital Hammersmith.** El examen neurológico neonatal de Hammersmith (HNNE, por sus siglas en inglés) es un examen estandarizado, práctico y fácil de realizar que consta de 34 ítems que evalúan el tono, patrones motores, observación de movimientos espontáneos, reflejos, atención y comportamiento visual y auditivo. Fue desarrollado inicialmente por la Dra. Lilly Dubowitz y el Prof. Victor Dubowitz en 1981, y actualizado junto con el Dr. Eugenio Mercuri, en 1998. Se han realizado muchos estudios usándolo en diferentes grupos clínicos de recién nacidos a término y prematuros a diferentes edades dentro del período neonatal. Por su parte, el examen neurológico infantil de Hammersmith (HINE, por sus siglas en inglés) se basa en los mismos principios que el examen neonatal y consta de 26 ítems que evalúan diferentes aspectos de la función neurológica: función de los nervios craneales, movimientos, reflejos y reacciones y comportamientos protectores, así como algunos elementos que reflejan el desarrollo de la función motora fina y gruesa. El HINE está diseñado para ser utilizado en bebés de entre 3 y 24 meses de edad. Tanto el HNNE como el HINE se han estandarizado en grandes cohortes de niños con un desarrollo típico. Los exámenes se registran fácilmente en formularios estandarizados, lo que simplifica la documentación de los hallazgos y la comparación entre exámenes secuenciales. Los exámenes se pueden calificar para permitir la clasificación en categorías neuromotoras óptimas y subóptimas. Las puntuaciones del HINE también se pueden utilizar para la detección de alto riesgo de Parálisis Cerebral (PC) a una edad temprana y la predicción de la capacidad de sentarse y caminar de forma independiente en niños con PC

(<https://www.mackeith.co.uk/hammersmith-neurological-examinations/>).

A pesar de que la evaluación médica y del desarrollo se considera parte del proceso de evaluación diagnóstica posterior a la detección de posibles problemas del desarrollo, para el caso de los niños y las niñas con alto riesgo neurológico y con riesgo de Parálisis Cerebral se hace necesario garantizar actividades (consultas) de evaluación del desarrollo encaminadas especialmente a la detección de signos altamente predictivos de trastornos del desarrollo. Esto implica, avanzar en la garantía de la realización de la Evaluación de los Movimientos Generales de Prechtl para los niños y las niñas menores de 5 meses de edad corregida y en la implementación del Examen Neurológico del Hospital Hammersmith, especialmente para los niños entre 6 y 24 meses.

Puesto que tanto la Evaluación de Movimientos Generales como la realización de HINE requieren de tiempo adicional para su realización, cada EAPB (o la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones) y sus respectivas IPS deben coordinar cómo se realizará esta actividad y como se contratará, a fin de que su realización sea una realidad. Es necesario que cada vez más talento humano en salud se entrene para realizar estas evaluaciones especializadas y para que se haga de forma adecuada, puesto que en caso de detectar alteraciones se requerirán ajustes al plan de cuidado del niño o niña y se apoyará la formulación temprana del plan de rehabilitación integral funcional.

Teniendo en cuenta que de los distintos especialistas que atienden a los niños y niñas con sospecha de problemas del desarrollo, el que tiene acceso libre a su atención, mayor contacto con la población infantil y la obligación de valorar la salud de niños y niñas de forma integral, es el pediatra, lo deseable es que sea este perfil el encargado de realizar esta evaluación neuromotora de alta calidad. Esto, además, permitirá que se involucre cada vez más en las intervenciones terapéuticas y de cuidado del niño con problemas y trastornos del desarrollo. Sin embargo, en el caso en que sea posible disponer también de la atención por médicos especialistas en neuropediatría o en fisiatría para la realización de la evaluación neuromotora o del seguimiento a través de un programa o una consulta de alto riesgo neurológico, está fuertemente recomendado que se implemente esta evaluación estandarizada.

#### **4.2.2.3. Exámenes complementarios para la evaluación sensorial y para la evaluación médica del desarrollo.**

En la evaluación de los niños y las niñas con sospecha de dificultades o problemas del desarrollo, se requiere de una anamnesis y un examen físico muy completos que permitan determinar la necesidad u orientar la realización de estudios de apoyo diagnóstico complementarios. Dentro de este grupo de exámenes complementarios se encuentran pruebas de evaluación sensorial, exámenes de laboratorio, estudios imagenológicos, electroencefalograma y pruebas genéticas.

Los exámenes complementarios de evaluación sensorial y de evaluación médica del desarrollo aquí descritos están orientados a la determinación de la etiología del problema del desarrollo o del comportamiento, pero también a la caracterización de condiciones concurrentes (“comorbilidades”) del desarrollo o de la salud del niño o niña que puedan apoyar la construcción diagnóstica del caso del niño o la niña.

A continuación, se describen las indicaciones para su realización:

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PARA LA EVALUACIÓN SENSORIAL Y PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA DEL DESARROLLO.
<b>Evaluación Sensorial</b>
<b>Audición:</b>
<p>Se debe realizar siempre en un niño o niña con sospecha de dificultades, problemas o riesgos atípicos del desarrollo, incluso si aparentemente escucha bien o si no parece tener dificultades en el lenguaje.</p> <p>Debe tenerse en cuenta lo dispuesto en las distintas orientaciones de manejo específicas para la atención de personas con problemas en salud auditiva y comunicativa. Se requiere verificar si el niño tiene criterios para pertenecer al grupo de alto riesgo de pérdida auditiva o no, y los resultados previos de la realización del tamizaje auditivo neonatal con su seguimiento posterior, así como los resultados previos del cuestionario VALE.</p> <p>Debe tenerse presente que en algunos casos se presentan pérdidas auditivas tardías a pesar de tener un tamizaje neonatal normal (por ejemplo, en infecciones del grupo STORCH como la causada por Citomegalovirus), pero además, que existen trastornos neurológicos y genéticos que pueden asociarse con hipoacusia, por ejemplo, las enfermedades peroxisomales, los síndromes de anomalías congénitas múltiples (como el síndrome CHARGE) y las enfermedades mitocondriales. Por este motivo, en estos casos debe realizarse la evaluación audiológica periódica.</p> <p>Debe realizarse con técnicas objetivas (no requieren de la participación del niño/a, como en el caso de los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral y las otoemisiones acústicas) y subjetivas (requiere de la participación del niño/a, como en el caso de las audiometrías).</p> <p>Si por el perfil de comportamiento del niño/a se prevén dificultades para la participación en la evaluación audiológica, se debe optar por solicitar los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (prueba objetiva) en primer lugar. En algunos casos, será necesario su realización con estrategias de privación de sueño para facilitar su realización o incluso, bajo sedación, especialmente en niños y niñas pequeños o con problemas de comportamiento.</p>
<b>Visión:</b>
<p>Se debe realizar siempre en un niño o niña con sospecha de dificultades, problemas o riesgos atípicos del desarrollo, incluso si aparentemente ve bien.</p> <p>Adicionalmente, deben considerarse los distintos factores de riesgo para pérdida visual con el objeto de realizar evaluaciones tempranas, periódicas o de forma anticipatoria. En la consulta médica o pediátrica habitual debe evaluarse la presencia de alguna alteración al examen ocular como mínimo con la visualización del rojo retiniano, la inspección ocular externa y la fijación y el seguimiento ocular en los niños más pequeños.</p> <p>A pesar de que el examen ocular no tenga alteraciones, se recomienda siempre la valoración por oftalmología y de ser posible, si no constituye una barrera de acceso que demore la definición del perfil de funcionamiento del niño o niña, la valoración por oftalmología pediátrica.</p> <p>En el caso de niños más grandes (a partir de los 3 años) sin alteraciones al examen físico, y en los que se pueda realizar la valoración por optometría, se recomienda su</p>

realización. Sin embargo, tenga presente que esta valoración es adicional a la que debe garantizarse por oftalmología.

Adicionalmente, considere lo descrito sobre la valoración por oftalmología como se indica en el numeral 4.2.2.4., de este documento.

#### **Laboratorio**

##### ***Hemograma:***

Se indica siempre en la evaluación del riesgo o ante la sospecha de anemia. Sirve también ante la posibilidad de evaluación de una enfermedad sistémica.

##### ***Función tiroidea (TSH y T4 Libre):***

Deben ser solicitados de forma rutinaria en los casos en los que se evidencie retraso del desarrollo, incluso aunque se tenga un resultado de TSH neonatal dentro de límites normales. Deben tenerse en cuenta las directrices que se dan desde el programa de tamizaje neonatal sobre la necesidad de retamizaje de hipotiroidismo congénito en el caso de los recién nacidos prematuros y de los gemelos monocoriónicos, y sobre la necesidad de seguimiento de la función tiroidea para niños con condiciones particulares como la asfixia perinatal, las anomalías congénitas cerebrales, la enfermedad neonatal grave, etc.

##### ***CPK (Creatin Quinasa):***

Se indica en los casos en los que se evidencian problemas (especialmente retraso o desviación) del desarrollo motor con tono muscular normal o bajo, o ante alguna otra alteración al examen físico que pueda sugerir enfermedad neuromuscular o miopatía. Es una prueba importante en el estudio del síndrome de niño hipotónico ante la posibilidad de una condición con destrucción de músculo, como las distrofias musculares u otras miopatías.

##### ***Función hepática: AST y ALT.***

Se solicitan según la posibilidad de hallazgos que sugieran hepatomegalia en el contexto de una enfermedad sistémica o ante la sospecha de una enfermedad metabólica como un error innato del metabolismo.

##### ***Función renal: BUN, Creatinina.***

Se solicitan según la posibilidad de una enfermedad sistémica asociada al problema del desarrollo.

##### ***Estudios para la evaluación de Errores innatos del metabolismo (EIM):***

La determinación de estudiar este tipo de condiciones debe ser pertinente, puesto que el porcentaje de niños con errores metabólicos identificables como causa de retraso global del desarrollo/discapacidad intelectual es bajo, de alrededor del 1-5%.

En general, son entidades que presentan distintas manifestaciones clínicas y no presentan trastorno del neurodesarrollo de forma aislada, por lo que se sospecha a partir de la presencia de otros signos asociados como acidosis metabólica, vómito, fallo de medro, signos de encefalopatía, hipoglicemia, organomegalia, regresión del desarrollo, síntomas episódicos, padres consanguíneos, etc. De hecho, cuando se manifiestan a través de problemas del desarrollo, lo hacen con afectación de más de un área del desarrollo.

Estos estudios deben ser solicitados por los especialistas en neuropediatría en el caso de problemas del desarrollo moderados a severos persistentes, con características neurológicas de riesgo o ante “banderas rojas”, y luego de haber realizado la valoración integral del desarrollo del niño o la niña por parte de pediatría.

Para la valoración de estas alteraciones se utilizan exámenes como los gases arteriales o venosos, la medición de glicemia, amonio, lactato, piruvato, homocisteína, perfil de

acilcarnitinas, aminoácidos en sangre y orina y ácidos orgánicos en sangre y orina, entre otros (Caycedo L., 2013, p. 479; Moeschler J, Shevell M, 2014).

Las siguientes son las características neurológicas o “banderas rojas” que alertan ante un EIM:

- Historia familiar de EIM o de muertes infantiles inexplicadas.
- Consanguinidad.
- Fallo de medro.
- Macrocefalia o microcefalia.
- Episodios recurrentes de vómito, ataxia, convulsiones, letargo o coma.
- Historia de ser severamente sintomático y necesitar más tiempo para recuperarse de una enfermedad intercurrente (viral).
- Preferencias alimentarias inusuales (por ejemplo, pica).
- Regresión del desarrollo.
- Hipotonía severa, distonía, convulsiones o espasticidad.
- Alteraciones en neuroimágenes (Vallance, H., Sinclair, G., y cols, 2020).

***Tóxicos (Metales pesados):***

Debe tenerse en cuenta los antecedentes exposicionales a metales pesados como mercurio, plomo, aluminio y cobre. Estas exposiciones pueden darse en los casos en ocupaciones parentales con almacenamiento de baterías en la vivienda del niño o el cuidado del niño en lugares de exposición. Adicionalmente, aquellos que permanecen cerca de las riberas de los ríos en los que se pescan animales con altos niveles de mercurio, deben también generar la alerta de la intoxicación crónica por este metal.

Las intoxicaciones crónicas por metales pesados suelen producir alteraciones en otros sistemas corporales como el hígado, osteopatía, vómitos recurrentes y signos de encefalopatía, entre otros y habitualmente no cursan con afectación exclusiva del neurodesarrollo, por este motivo, no debe evaluarse como una prueba de primera línea. (Carey, W., Crocker, A., Coleman, W., Elias, E., Feldman, H., 2009). Cuando se presentan con trastornos del desarrollo lo hacen con afectación de más de un área del desarrollo.

**Imágenes diagnósticas**

***Resonancia Magnética Nuclear Cerebral:***

Está indicada siempre en los casos en los que se presenta microcefalia, macrocefalia, cuando se tiene el diagnóstico de epilepsia, o cuando se evidencian alteraciones en el examen neurológico (por ejemplo, hallazgos motores focales, signos piramidales o extrapiramidales). Permite la evaluación de la sustancia blanca, de la sustancia gris, del grado de mielinización y permite la determinación de malformaciones del sistema nervioso con mayor precisión. Es el examen imagenológico con mejor rendimiento para el estudio de los trastornos del neurodesarrollo (Lipkin P, Macias M, 2020).

Está indicada también en niños con antecedentes de encefalopatía hipóxico isquémica perinatal, hemorragia intraventricular, infecciones intrauterinas y posnatales, malformaciones craneofaciales y en casos de regresión del neurodesarrollo (Caycedo L., 2013, p. 479). Su desventaja radica en la necesidad de contar con sedación para su realización puesto que es muy difícil de realizar con privación de sueño por sus requerimientos técnicos.

No es un examen que deba realizarse de primera línea en el estudio de los niños y las niñas con dificultades o problemas del desarrollo. No debe realizarse en los casos de afectación leve a menos de que tenga alguno de los criterios previamente mencionados. Tampoco debe considerarse su realización en el caso de los problemas

del desarrollo que van mejorando progresivamente con las intervenciones habituales de promoción del desarrollo.
<b>TAC de Cráneo Simple:</b>
Ofrece información sobre las estructuras endocraneanas pero especialmente sobre las estructuras óseas y las calcificaciones. Está indicada específicamente en los casos de infecciones por gérmenes del grupo STORCH (Sífilis, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes virus, Zika virus y VIH) ante la evaluación de posibles calcificaciones. Se utiliza también en la evaluación y el seguimiento de los casos de hidrocefalia. La técnica de reconstrucción en 3D sirve para la evaluación de las craneosinostosis. Tiene la desventaja de exponer al niño o la niña a dosis altas de radiación, y en niñas y niños pequeños o con inquietud motora requerirá sedación para su realización.
<b>Ecografía Transfontanelar:</b>
Son exámenes de utilidad principalmente en las unidades neonatales para realizar una aproximación inicial al cerebro por medio de las imágenes. Permite evaluar la presencia de calcificaciones y de la afectación de la sustancia blanca subcortical de gran tamaño, de sangrado intraventricular, la presencia de cuerpo calloso y de alteración del tamaño de los ventrículos. Es una técnica operador dependiente, por lo que la interpretación de sus resultados puede tener pobre concordancia interobservador en algunos casos. Generalmente, requiere de la profundización del estudio diagnóstico con otro tipo de técnica de imagen.
<b>Rx de Cráneo Simple:</b>
No tiene ninguna utilidad en la evaluación de los niños y las niñas con riesgos, dificultades o cursos atípicos del desarrollo.
<b>Ecografía abdominal:</b>
Se solicita en los casos en los que se está considerando una condición sistémica y en la evaluación de defectos congénitos. Su solicitud se hace según una necesidad específica (como el apoyo en la evaluación de una organomegalia) y no de forma rutinaria.
<b>Ecocardiograma:</b>
Se solicita para evaluar alteraciones anatómicas del corazón, por ejemplo, en el caso de síndromes genéticos, asociaciones genéticas, rasgos de dismorfología o cuando se ha presentado un antecedente de riesgo como la prematuridad o la exposición prenatal a alcohol. Es un examen que no es de primera línea en la evaluación del niño o la niña con sospecha de dificultades o problemas del desarrollo.
<b>Electrofisiología</b>
<b>Electroencefalograma:</b>
Presenta utilidad en los niños en quienes se sospechan crisis convulsivas. Podría ser de utilidad también en el estudio de algunas condiciones que cursan con dificultades o problemas en el desarrollo del lenguaje, las cuales suelen corresponder a algunos síndromes epilépticos. No se justifica su solicitud en los casos de comportamientos disruptivos si no existe sospecha de que, además, se presenten crisis convulsivas. Es un examen cuya necesidad de solicitud debe ser definida por el especialista en neuropediatría.
<b>Estudios genéticos</b>
<b>Cariotipo y otras pruebas citogenéticas o moleculares:</b>

Sirven para apoyar el diagnóstico etiológico. De esta forma, se deben solicitar bajo un análisis de pertinencia y a partir del análisis de los distintos conceptos clínicos y de un análisis juicioso de la dismorfología.

Deben ser solicitadas solamente en el caso en el que se hayan descartado todas las otras causas posibles de trastorno del desarrollo, incluyendo los factores psicosociales, o en el caso en el que exista una sospecha muy alta de una etiología genética.

Para su solicitud, se requiere de la valoración por genética, puesto que deben ser idealmente pruebas dirigidas y que requieren un adecuado asesoramiento pretest y post-test. Estas pruebas son de diferentes tipos y eventualmente pueden arrojar resultados de los que no se conozca con precisión su repercusión clínica, por lo que se podrían presentar dificultades en su interpretación.

Por parte de otras especialidades (como neuropediatría), se considera factible el estudio de síndrome de X-frágil en todo niño varón con discapacidad intelectual y rasgos de trastorno del espectro del autismo. Del mismo modo, se indica la toma de Cariotipo con bandeado G en los casos de trisomía 21 para determinar el mecanismo causal. En estos casos el paciente también debe haberse derivado a consulta de genética.

Adicionalmente, se estima conveniente que algunos estudios genéticos puedan ser solicitados por parte de neuropediatría o de pediatría como una medida para apoyar el proceso diagnóstico y con el objeto de optimizar los tiempos, mientras se logra la valoración por genética. Sin embargo, es recomendable que en las instituciones puedan estandarizarse rutas, procedimientos o protocolos específicos que permitan la solicitud de estas pruebas por estas especialidades (basado en principios de racionalidad, de pertinencia, de utilidad y con una orientación a efectos o fines “medicalizables”, es decir, que se prevea que los resultados de las pruebas realizadas tendrán un impacto en el abordaje diagnóstico o terapéutico del niño, de la niña o de su familia; entre otros criterios).

#### 4.2.2.4. Derivaciones para la activación del equipo interdisciplinario.

Como resultado de la consulta de valoración integral del desarrollo por pediatría, se debe planificar la realización de otras atenciones y procedimientos que apoyen el proceso de evaluación diagnóstica y de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña. En este sentido, se debe avanzar en las derivaciones para la activación del equipo interdisciplinario de intervención diagnóstica y terapéutica.

En el contexto del proceso de evaluación diagnóstica, el equipo interdisciplinario sirve para la caracterización del perfil funcional y del desarrollo del niño o niña. Esto quiere decir que un elemento fundamental para apoyar la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional de los niños y las niñas, es la determinación de las distintas dificultades, problemas o atipicidades del desarrollo infantil, así como las potenciales y fortalezas del niño, la niña y su familia.

La activación del equipo interdisciplinario representa la primera parte para garantizar un abordaje diagnóstico y terapéutico integral para el desarrollo de los niños y las niñas. Sin

embargo, debe tenerse presente que es posible que durante el proceso de evaluación diagnóstica se requiera de la participación de unos perfiles profesionales y especializados específicos, pero que en la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña, se requiera de otros. En todo caso, se necesita que el trabajo en equipo interdisciplinario tenga en cuenta los principios enunciados en el capítulo 3 y respete el ciclo de la intervención en el desarrollo.

A continuación, se presentan los perfiles profesionales y especializados que se espera participen del proceso de evaluación diagnóstica dirigido al desarrollo infantil según las necesidades y particularidades de cada caso:

<b>PERFILES PROFESIONALES Y ESPECIALIZADOS QUE PARTICIPAN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA</b>
<p><b><i>Especialista en Pediatría:</i></b></p> <p>Debe ser el líder del proceso de evaluación diagnóstica y de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña. Es quien realiza la consulta de valoración integral del desarrollo infantil y, además, debe realizar los seguimientos para verificar los avances del proceso diagnóstico y terapéutico. Debe mantener la historia clínica actualizada referenciando los conceptos de las demás disciplinas y especialidades, los resultados de los exámenes de evaluación sensorial y de apoyo diagnóstico, y debe conservar una actitud colaborativa con la familia y los demás miembros del equipo interdisciplinario. Es quien vela porque el proceso de atención esté siendo integral y centrado en el niño, la niña y su familia. A partir de su trabajo, avanza en la construcción de los diagnósticos presuntivo, categórico, etiológico y funcional.</p>
<p><b><i>Especialista en Neuropediatría:</i></b></p> <p>Es un perfil especializado en la determinación de diagnósticos etiológicos y también apoya la caracterización de los diagnósticos categóricos. Debe solicitarse su evaluación y seguimiento cuando se encuentren signos o síntomas que sugieran una enfermedad neurológica, cuando se encuentre un compromiso funcional moderado a severo de al menos un área del desarrollo, cuando se presenten problemas del desarrollo del tipo regresión, estancamiento o desviación, cuando se evidencie alteración en más de un área o proceso del desarrollo y cuando haya persistencia de alteraciones del desarrollo o inadecuada respuesta a pesar de haber iniciado previamente un proceso terapéutico estructurado. Este perfil, además, es relevante para la conformación de los equipos interdisciplinarios de intervención terapéutica. Teniendo en cuenta que es un perfil especializado al que se tienen dificultades para acceder de forma oportuna, es necesario que se vayan adelantando todas las actividades posibles con el objeto de permitir que el proceso diagnóstico y terapéutico pueda tener mayor profundidad y celeridad. Si se cuenta con su disponibilidad, puede apoyar la evaluación neuromotora del niño y la niña con factores de alto riesgo neurológico y con alto riesgo de Parálisis Cerebral. Puede ayudar en la organización de la información para la solicitud de la certificación de discapacidad en el caso en el que los padres deseen acceder a esta, en las condiciones referidas por la Resolución 1239 de 2022 o la normatividad vigente sobre el tema que la modifique o la sustituya (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).</p>

***Especialista en Psiquiatría infantil:***

Debe solicitarse su valoración cuando se está frente a la consideración diagnóstica de un trastorno en salud mental, así como también frente a la posibilidad de problemas emocionales y problemas del comportamiento que puedan constituir el diagnóstico de un trastorno.

Tiene un papel preponderante en el diagnóstico categórico del trastorno del espectro del autismo, así como en el de la discapacidad intelectual que, en el caso de la primera infancia, toma la forma de un Retraso Global del Desarrollo.

Este perfil es escaso en el país, por lo que debe aprovecharse muy bien su participación. En el caso en el que conjuntamente con psicología o neuropsiquiatría se determine la necesidad de su valoración, debe ser garantizada por la EAPB (o por la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones) y no se debe ofrecer como alternativa la evaluación por psiquiatría general, puesto que la atención de la salud mental infantil presenta unas particularidades propias del momento del curso vital que requieren el manejo más especializado posible.

***Especialista en Fisiatría:***

Tiene un papel significativo en la evaluación conjunta de los conceptos de valoración funcional, en la definición del diagnóstico funcional del problema o trastorno del desarrollo, en la planificación de la intervención terapéutica y en la orientación de la habilitación del desarrollo, de la rehabilitación funcional y de la rehabilitación integral.

Tiene gran utilidad en la evaluación integrada del perfil de funcionamiento, salud y discapacidad del niño o niña con trastornos del desarrollo.

Puede solicitarse su valoración para apoyar la evaluación neuromotora del niño y la niña con factores de alto riesgo neurológico y con alto riesgo de Parálisis Cerebral.

Orienta todo el manejo ortésico que se requiere y puede contribuir en el manejo médico de la espasticidad. Del mismo modo, contribuye en la solicitud de todos los dispositivos, instrumentos o ayudas terapéuticas, de acuerdo a su evaluación de las necesidades en salud, funcionalidad y desarrollo del niño o la niña.

Al igual que el especialista en neuropsiquiatría, también puede ayudar en la organización de la información para la solicitud de la certificación de discapacidad en el caso en el que los padres deseen acceder a esta, en las condiciones referidas por la Resolución 1239 de 2022 o la normatividad vigente sobre el tema que la modifique o la sustituya (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

***Especialista en Genética:***

Es un perfil especializado en la búsqueda y la confirmación del diagnóstico etiológico de probable causa genética, lo que se considera viable cuando no se ha logrado establecer una asociación causal con otros factores luego de una valoración y un análisis integral de todas las otras causas posibles (infecciosas, secuenciales, traumáticas, ambientales, tóxicas, metabólicas, endocrinológicas, etc.).

Debe solicitarse su valoración en el caso de niñas y niños con sospecha de síndromes genéticos, aquellos con antecedentes de familiares de enfermedades genéticas y en aquellos con rasgos de dismorfología o defectos congénitos mayores o múltiples (más de tres defectos congénitos menores).

En el caso de la discapacidad intelectual, se debe solicitar su valoración cuando se presenten afectaciones moderadas, severas o profundas sin causa identificada, y en el caso del trastorno del espectro del autismo, idealmente en todos los casos.

Es el perfil que debe determinar los exámenes genéticos que deben solicitarse y su pertinencia. Para esto, debe promover el adecuado asesoramiento genético pretest que

facilite la interpretación de los resultados. Los exámenes que se soliciten deben ser “medicalizables”, es decir, que con su resultado se aporte tanto a la determinación diagnóstica como a la modificación terapéutica.

***Especialista en Oftalmología/Oftalmología pediátrica:***

Adicional a los criterios o condiciones de riesgo para pérdida visual o para enfermedad ocular, debe solicitarse su valoración **siempre** que se evidencie que un niño o una niña tenga dificultades o problemas del desarrollo infantil. Esto es pertinente, incluso, cuando se ha realizado previamente el examen ocular por pediatría o por neuropediatría y no se han evidenciado alteraciones.

La valoración puede ser realizada por oftalmología, aunque, de ser posible y si no constituye una barrera de acceso que demore la definición del perfil de funcionamiento del niño o niña, se debe solicitar la valoración por oftalmología pediátrica.

Los siguientes signos del desarrollo alertan sobre un posible deterioro visual:

- Ausencia de sonrisa y de otras conductas de imitación.
- Nistagmo a cualquier edad u otros movimientos oculares erráticos.
- Retrasos en la movilidad y la capacidad para desplazarse aun cuando los hitos posturales sean adecuados.
- Dificultades o demoras en el desarrollo de la motricidad finoadaptativa y en las habilidades o tareas de interacción visual-manual.
- Retraso en las habilidades no verbales del desarrollo del lenguaje.
- Dificultades en la relación vincular entre los padres, las madres y los niños y niñas (Levine, D., 2019).

***Profesional en Fisioterapia:***

Participa tanto de la valoración como de la habilitación y la rehabilitación de capacidades y aptitudes físicas, patrones fundamentales y genéricos de movimientos, enmarcados en el desarrollo motor grueso y fino; en el mejoramiento de la resistencia y el fortalecimiento muscular y la resistencia. Del mismo modo, interviene en todas las condiciones de salud, osteomusculares o tegumentarias asociadas a deficiencias en el desarrollo motor grueso y fino de los niños y las niñas, o que afectan el tono muscular o el control postural. Se enfoca en alcanzar la mejor movilidad funcional y la participación de la persona. En el caso de niños con parálisis cerebral, interviene en el manejo del tono muscular, de la debilidad, del control postural y en la coordinación (Houtrow, A., Murphy, N., American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, 2019).

***Profesional en Terapia Ocupacional:***

Participa en la valoración de la función de los miembros superiores, en las habilidades del desarrollo motor fino adaptativo, en el funcionamiento viso motor, en el procesamiento sensorial y en las ocupaciones o tareas esperadas para la edad del niño o niña (Houtrow, A., Murphy, N., American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, 2019). Por este último aspecto, participa también en actividades para mejorar la movilidad del niño o niña (encaminadas al mejoramiento de la capacidad y la habilidad), para mejorar el control postural y en las actividades de procesamiento sensorial. Debe considerarse la solicitud de su valoración en distintas dificultades o problemas del desarrollo según las impresiones diagnósticas.

***Profesional en Fonoaudiología:***

Se enfoca en los aspectos del desarrollo relacionados con la comunicación y el lenguaje. En este sentido, valoran e intervienen en las habilidades motoras orales, en

los aspectos de forma, contenido y uso del lenguaje, en los problemas de deglución, y en la implementación de estrategias de comunicación asistida por dispositivos. En el caso de niños y niñas más grandes, abordan también el estudio de problemas de aprendizaje relacionados con el uso del lenguaje escrito y el uso de símbolos (Houtrow, A., Murphy, N., American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, 2019). Debe considerarse la solicitud de valoración por fonoaudiología cuando se presenten dificultades o problemas en el desarrollo del lenguaje receptivo y/o expresivo, así como en el uso social del lenguaje y la intención comunicativa.

***Profesional en Psicología:***

Evalúa los aspectos psicosociales que se expresan en las dinámicas familiares y vinculares. Su participación es particularmente significativa en los casos en los que se presentan problemas del comportamiento, cuando se identifican dificultades con las prácticas de crianza y en la estructuración de rutinas, cuando se considera que existen dificultades emocionales y también de la autorregulación, ante la presencia de riesgos para trastornos afectivos, cuando se sospechan alteraciones en el vínculo o el apego, y en los casos en los que se han presentado o se anticipan crisis o sucesos vitales normativos o no normativos para los que se tienen pocos recursos de afrontamiento.

Del mismo modo, su participación es relevante frente al antecedente de trauma psicológico, de las experiencias adversas de la infancia o de eventos que pueden generar estrés tóxico. Interviene también en la promoción del desarrollo, de habilidades sociales y de habilidades cognitivas, en niños y niñas con problemas o trastornos del comportamiento o del desarrollo que, incluso, ya estén diagnosticados.

De acuerdo a su experticia, es posible que también pueda participar en la aplicación de pruebas psicométricas que apoyen la formulación de diagnósticos presuntivos o categóricos.

El perfil de psicología (clínica) tiene gran experticia en el fortalecimiento de las capacidades parentales para el cuidado y la promoción del desarrollo infantil. Del mismo modo, debe considerarse su valoración en el caso de niños y niñas con condiciones crónicas y/o con dificultades del desarrollo en quienes se prevé un impacto significativo para la familia, su estabilidad emocional y su dinámica de relacionamiento. Por este motivo, deben acompañar también a los padres, las madres y demás cuidadores principales de los niños y las niñas en quienes se presentan dificultades o problemas del desarrollo.

En algunos casos, a partir de esta valoración, se deriva la necesidad de valorar dinámicas sociales y redes de apoyo por parte de trabajo social.

Otros perfiles profesionales y especializados que no hacen parte del grupo inicial de evaluación diagnóstica del niño o la niña con dificultades o sospecha de problemas o atipicidades del desarrollo infantil, pero que eventualmente pueden participar en este proceso, son:

**PERFILES PROFESIONALES Y ESPECIALIZADOS QUE EVENTUALMENTE PUEDEN APOYAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA O LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

***Profesional en Enfermería:***

Si bien no tiene un rol de valoración directa del perfil funcional del niño o niña con dificultades o problemas del desarrollo, su presencia es fundamental en la detección de los niños con riesgos y atipicidades del desarrollo.

Del mismo modo, puede asumir un rol de liderazgo para facilitar la gestión del trabajo interdisciplinario articulado en la IPS donde el niño o la niña recibe las atenciones de la RIAPMS o donde es atendido por causa de sus posibles problemas del desarrollo o del comportamiento.

**Profesional en Trabajo social:**

Puede participar en los casos en los que existe necesidad de valorar e intervenir dinámicas sociales y redes de apoyo del niño, la niña y su familia.

Apoya el proceso de activación de rutas para la garantía y el restablecimiento de los derechos de los niños y las niñas.

Contribuye en la generación de estrategias de articulación intersectorial y de activación de redes sociosanitarias para la garantía de los derechos de los niños y las niñas, y para la afectación de los determinantes sociales de la salud, según se requiera y sea posible.

**Profesional en Nutrición:**

Puede participar en los casos en los que se evidencian problemas nutricionales o alimentarios del niño o la niña con dificultades o sospecha de problemas del desarrollo infantil (como en el caso de la desnutrición o el exceso de peso).

Asimismo, puede participar en los casos en los que se requieran manejos nutricionales o alimentarios diferenciales en niños y niñas que tienen trastornos del desarrollo infantil u otras condiciones o enfermedades médicas.

**Especialista en Integración sensorial:**

Generalmente, se trata de terapeutas ocupacionales con esta especialización.

Su participación puede ser complementaria al de la terapia ocupacional para la evaluación más detallada del procesamiento sensorial y de esta forma, para la determinación de estrategias, pautas o técnicas de intervención que faciliten este proceso cuando se presente como una condición asociada al problema o trastorno del desarrollo.

Debe tenerse presente que, la Academia Americana de Pediatría (2012) ha recomendado evitar el diagnóstico de Trastorno de Integración Sensorial, puesto que no está completamente claro si los niños y las niñas con problemas sensoriales realmente tienen un “trastorno” de las vías sensoriales del sistema nervioso o si esos déficits son características asociadas a otros trastornos del desarrollo o del comportamiento. En este sentido, falta acuerdo sobre su definición, sus criterios diagnósticos y sobre cómo planificar su intervención (Barton, E. Reichow, B., Schnitz, A., Smith, I., Sherlock, D., 2015; Zimmer, M., Desch, L., 2012).

Por lo anterior, la intervención sobre el procesamiento sensorial cuando se plantee, debe ser considerada desde la perspectiva de los problemas y no de un trastorno propiamente dicho, debe seguir los mismos principios para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional (como se menciona en el numeral 4.3.), es decir, debe dirigirse a metas y a objetivos específicos –entre otros-; y, adicionalmente, debe garantizarse que sea complementaria a los demás procesos de diagnóstico e intervenciones del niño, la niña, y su familia.

**Especialista en Neuropsicología:**

Es el especialista encargado de apoyar la objetivación de la evaluación diagnóstica en el caso de niños y niñas con discapacidad intelectual o ante la sospecha de trastornos

específicos del aprendizaje. Participa también de la atención de niños y niñas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y en la evaluación de las alteraciones en las funciones ejecutivas. Asimismo, puede participar de los procesos de rehabilitación cognitiva.

Teniendo en cuenta lo anterior y por la naturaleza de estas condiciones enunciadas y su presentación predominante en edades mayores (la infancia y la adolescencia), se evidencia que el especialista en neuropsicología tiene una mayor participación en la atención de niños y niñas mayores de 5 años. En este sentido, no se considera un procedimiento de primera línea en la evaluación del desarrollo en el niño o niña en primera infancia con sospecha de trastornos del desarrollo. Incluso, en el Protocolo de atención integral a personas con trastorno del espectro autista del Minsalud (2015), se definió explícitamente que no se requiere de su participación en el proceso diagnóstico de estos niños y niñas.

Al igual que en el caso del profesional en psicología, es posible que el especialista en neuropsicología tenga experticia en la aplicación de pruebas psicométricas para la evaluación (de tamizaje o de diagnóstico) del desarrollo en la primera infancia, y eventualmente, podría aplicar pruebas que faciliten el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje a una edad temprana (lo que puede mejorar su pronóstico). Sin embargo, es importante tener presente que no debe considerarse rutinaria la participación de esta especialidad en la atención de niños y niñas en primera infancia con atipicidades del desarrollo y, que la solicitud de su valoración debe definirse en virtud de la necesidad específica que se tenga para su intervención, y de acuerdo a un análisis de pertinencia por parte de los especialistas y demás miembros del equipo interdisciplinario.

***Especialista en Ortopedia/Ortopedia infantil:***

Puede participar en los casos en los que se presenten problemas músculo-esqueléticos asociados al problema o al trastorno del desarrollo infantil.

Su participación es notoria en los casos en los que se presenta Parálisis Cerebral pero también en aquellos en los que se pueden presentar síntomas asociados a los problemas del desarrollo como las contracturas aquilianas (y la marcha en puntas), los defectos congénitos, las deformidades de las extremidades (por ejemplo, en la artrogriposis), entre otros. Por la naturaleza de la atención y las características evolutivas y psicológicas de los niños y las niñas, se prefiere la participación de ortopedistas infantiles, sin embargo, su no disponibilidad no debe constituir una barrera de acceso para la valoración y el seguimiento por esta especialidad.

***Especialista en Otorrinolaringología:***

Puede requerirse de su evaluación y su intervención en los casos en los que se identifica una pérdida auditiva o cuando hay alteración en los resultados de las pruebas de audición. Del mismo modo, en otras condiciones donde pueda requerirse, como en los trastornos del sueño, la obstrucción de vía aérea superior o la patología otorrinolaringológica persistente o recurrente.

**4.2.3. Recomendaciones generales para el proceso diagnóstico.**

La evaluación diagnóstica del desarrollo se refiere al proceso de investigación y valoración del niño o la niña con el objeto de caracterizar sus trayectorias del desarrollo, identificando posibles atipicidades, dificultades o problemas. Como consecuencia de esta caracterización, se espera la aproximación a un diagnóstico y a la definición de un plan de intervención y seguimiento.

El proceso de evaluación diagnóstica implica la definición de los cuatro tipos de diagnóstico mencionados previamente en el capítulo 2 de este documento:

- Diagnóstico presuntivo.
- Diagnóstico categórico.
- Diagnóstico funcional.
- Diagnóstico etiológico.

La detección de una dificultad o de una atipicidad del desarrollo debe traducirse en el establecimiento de un **diagnóstico presuntivo**, el cual es una sospecha diagnóstica sobre el tipo de problema o trastorno del desarrollo que tiene el niño o la niña. Este diagnóstico presuntivo es un punto inicial del establecimiento de los diagnósticos y exige la mejor caracterización posible del desarrollo del niño o la niña, lo que se llama el “*fenotipo del desarrollo y del comportamiento*”.

De esta forma, el establecimiento del diagnóstico presuntivo permitirá avanzar en la construcción de los demás diagnósticos del desarrollo, en la búsqueda de etiologías y la identificación de condiciones asociadas (“comorbilidades” del desarrollo), en el planteamiento del plan de cuidados y orientará el inicio del proceso de habilitación/rehabilitación funcional. Por ningún motivo debe asumirse que el diagnóstico presuntivo equivale al diagnóstico categórico y definitivo.

Una vez se ha logrado caracterizar el fenotipo del desarrollo y del comportamiento del niño o la niña, debe comprenderse con la mayor precisión posible, si el niño o la niña presenta un curso atípico en una sola área del desarrollo o en más de una. Del mismo modo, es importante definir el tipo de atipicidad del desarrollo (Retraso, Desviación, Disociación, Estancamiento o regresión), el patrón evolutivo de la atipicidad (Aguda vs. Subaguda vs. Crónica; Estática Vs. Progresiva; Transitoria Vs. Permanente, etc.) y el espectro de la atipicidad, que se refiere a la intensidad de la afectación y el impacto que tiene el o los problemas del desarrollo en la funcionalidad del niño o niña, y en la vida familiar. La intensidad de la afectación permitirá orientar el diagnóstico categórico y el impacto en el niño o niña, y su familia, se relacionará con el diagnóstico funcional.

Generalmente, posterior al diagnóstico presuntivo es factible plantearse un posible **diagnóstico categórico**, que como se describió en el capítulo 2, se establece a partir del análisis de toda la información recogida en la anamnesis y el examen físico dirigidos al desarrollo, en la realización de escalas de tamizaje, diagnósticas o neuromotoras, y a través de la verificación de diferentes indicadores que cumplen los criterios diagnósticos de un determinado trastorno del desarrollo; todo esto por medio de un concepto clínico especializado.

Para aproximarse mejor al diagnóstico categórico, se debe intentar establecer cuáles son los principales síntomas, dificultades o problemas que el niño o la niña tiene en su desarrollo o en su comportamiento (“síntomas centrales o nucleares”). Adicionalmente, es necesario identificar qué otros síntomas o problemas tiene en menor grado. De esta forma, será posible identificar si algunos de estos signos o síntomas se relacionan con algún

probable diagnóstico específico que deberá investigarse o explorarse con mayor profundidad.

Es fundamental tener en cuenta que en la caracterización del desarrollo no se debe evaluar solamente el desarrollo y el comportamiento, sino también los otros elementos de la anamnesis como se indicó previamente, puesto que en algunas ocasiones, existen síntomas o signos que podrían sugerir un trastorno del desarrollo determinado, pero que en realidad podrían ser secundarias a conductas adaptativas de otras situaciones relacionadas con prácticas de cuidado, de atención o de crianza.

En niños y niñas en primera infancia puede ser difícil llegar a un diagnóstico categórico, por lo que la mayoría de las veces se logra la aproximación a la sospecha de un diagnóstico categórico que se confirmará a través de la valoración de otros especialistas, por medio de herramientas específicas, o por la evolución del caso a lo largo del tiempo (Comisión Nacional de Protección Social en Salud de México, 2013, p. 24).

Una vez se han caracterizado los síntomas centrales del desarrollo y del comportamiento, se debe intentar establecer su severidad o intensidad. De esta forma, se considerará si se trata más de un problema o de un trastorno del desarrollo. En este contexto cobra valor la valoración funcional del niño o niña según los principales signos o síntomas del desarrollo.

La valoración funcional y la definición de la severidad o intensidad de los signos o síntomas, así como la comprensión del grado de ayuda o apoyo que requiere el niño o niña, nos lleva al **diagnóstico funcional** del desarrollo y del comportamiento, el cual, como se ha indicado, es fundamental para el diseño de las intervenciones y la definición de las terapias individualizadas para cada niño o niña y su familia (Nápoli S, Maiocchi A & cols., 2019, p. 18; Comisión Nacional de Protección Social en Salud de México, 2013, p. 24).

Es posible establecer un diagnóstico funcional del desarrollo muy acertado a partir de una valoración amplia e integral por parte de cada uno de los profesionales que están participando del proceso diagnóstico, así como del análisis adecuado de toda la información que se ha recogido a través de los distintos elementos o herramientas empleadas en la evaluación del niño, la niña y su familia. En este sentido, es imperativo que el diagnóstico funcional no se enfoque solamente en los aspectos del desarrollo motor.

Una estrategia que se ha empleado para apoyar la formulación del diagnóstico funcional en personas con discapacidad intelectual (mayores de 5 años de edad), ha sido la aplicación regular de algunas herramientas como la prueba ICAP (Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual), la prueba ABAS II (Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa) o incluso, el Test de Vineland (actualmente en su tercera versión), que generalmente son instrumentos estructurados para valorar áreas de funcionamiento adaptativo y que apoyan la determinación de necesidades de apoyo de una persona.

Aunque estas herramientas pueden servir de modelo de ayuda para formular un plan de habilitación y rehabilitación, es fundamental tener presente que en este documento se presenta una apuesta de amplio alcance que implica construir una mayor sensibilidad al

desarrollo infantil en las valoraciones que se realicen, destacar la identificación tanto de las dificultades (oportunidades de mejora) como de las fortalezas de cada niño o niña, proponer la estructuración de un proceso diagnóstico y la implementación y el seguimiento longitudinal de un plan de cuidados articulado, que sea dirigido tanto al niño o niña como a su familia y su contexto de cuidado y atención. Por este motivo, se comprende que este tipo de instrumentos sirven como una estrategia de apoyo y que no es deseable delegar la construcción del diagnóstico funcional exclusiva o únicamente a través de la aplicación de escalas o instrumentos específicos. Al considerar esta apuesta, será más sencillo comprender estas herramientas y aplicarlas de forma adecuada.

Adicionalmente, al igual que lo referido sobre la aplicación de escalas de evaluación del desarrollo (de tamizaje o diagnósticas), en el caso de este tipo de instrumentos debe tenerse en cuenta el idioma en el que se encuentran, la versión que se desea aplicar, las edades de las personas a las que se pueden aplicar y que su uso exige un entrenamiento específico e idealmente, certificado.

Por último, para aproximarse al **diagnóstico etiológico**, se hace necesario evaluar todos los elementos de la anamnesis y del examen físico que fueron recogidos en la elaboración de la historia clínica. A partir de estos hallazgos, se debe definir la necesidad y la pertinencia de solicitar exámenes complementarios de apoyo diagnóstico como imágenes o laboratorios, o solicitar el concepto y la participación de otros profesionales o especialistas.

De acuerdo con Nápoli S, Maiocchi A & cols. (2019), si bien es importante identificar la etiología de los trastornos del desarrollo para el asesoramiento familiar y la comprensión del problema, la evaluación de la función y la influencia del contexto son esenciales para la planificación de intervenciones y la optimización de la autonomía de los niños y las niñas.

Es fundamental que desde el principio logre comprenderse la necesidad y el deseo de los padres frente a la determinación del diagnóstico etiológico del problema o del trastorno del desarrollo del niño o niña, puesto que, en algunas ocasiones necesitarán total claridad sobre este, pero en otras ocasiones querrán centrarse en el diagnóstico funcional o en el diagnóstico categórico. La prioridad de establecimiento de los diagnósticos puede ser distinta en cada caso, por lo que es muy importante conocer las expectativas de la familia frente al proceso de evaluación diagnóstica, así como frente a la intervención terapéutica interdisciplinaria.

Como se comprende, a partir del modelo planteado, la evaluación diagnóstica es un proceso secuencial, organizado, longitudinal, a veces acumulativo, realizado a partir del trabajo de un equipo interdisciplinario y con la participación activa del niño, la niña y su familia, teniendo en cuenta no solamente las deficiencias y problemas, sino también sus fortalezas, la dinámica contextual de vida del niño o la niña y el impacto en la participación de sus actividades de la vida social.

La comprensión de la expectativa de la familia frente al proceso diagnóstico y la intervención terapéutica del problema o el trastorno del desarrollo del niño o niña, será determinante para definir la secuencia de evaluación diagnóstica y otras características del plan de cuidados, incluyendo la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional.

Durante los primeros años de vida y del inicio del proceso de evaluación diagnóstica, tal vez el único diagnóstico que puede llegar a ser definitivo es el etiológico (cuando logra establecerse con precisión). Para el resto de diagnósticos, se recomienda adoptar una postura flexible de comprensión y seguimiento a lo largo del tiempo, puesto que la naturaleza dinámica del desarrollo infantil (tanto del desarrollo típico como del atípico), puede llevar al replanteamiento de los diagnósticos categóricos y funcionales como consecuencia de las intervenciones que se realicen, e incluso, por el mismo proceso de plasticidad cerebral. De otro lado, frente a esta última recomendación, tenga presente que el margen de variabilidad del diagnóstico categórico se reduce cuando va disminuyendo el potencial de plasticidad cerebral con la edad.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que en algunos casos, los diagnósticos categóricos son puntos intermedios en la trayectoria del desarrollo y en el proceso diagnóstico y de planificación terapéutica, donde al lograrse con precisión el establecimiento de la etiología, pueden pasar a un segundo plano para la familia e incluso, para la evaluación médica complementaria. Por ejemplo, en el caso del Trastorno del Espectro del Autismo secundario al Síndrome de X-Frágil, cuando se llega al diagnóstico etiológico se genera la necesidad de ampliar la evaluación médica, de modificar el seguimiento médico del niño o niña, e incluso, de evaluación de una posible predisposición o afectación genética en sus padres o hermanos. Esto mismo puede ocurrir en el caso del Retraso Global del Desarrollo secundario a la afectación continua o severa por problemas nutricionales, por privación de estímulos o incluso, por exposición a tóxicos ambientales como los metales pesados (en particular plomo o mercurio).

En este mismo sentido, cuando se establezca un diagnóstico categórico, adicional a la búsqueda de la etiología del trastorno del desarrollo, se recomienda avanzar en la consideración de los diagnósticos diferenciales del probable trastorno y en la identificación de otros problemas que puedan llevar a diagnosticar trastornos del desarrollo o del comportamiento adicionales. Para esto, será vital la evaluación y la comprensión longitudinal del fenotipo del desarrollo y del comportamiento del niño o niña, como expresión de su trayectoria del desarrollo.

Por su parte, el diagnóstico funcional del niño o niña puede tener un gran dinamismo según la etiología del trastorno del desarrollo y a causa de los distintos factores personales, familiares, contextuales, de red de apoyo, de oportunidad en la detección de la atipicidad o del inicio de la intervención terapéutica de cada caso. Del mismo modo, podrá variar según la identificación de “comorbilidades”, o de la posibilidad de que exista una terapia específica para la condición médica o el trastorno del desarrollo asociados, y en tal caso, de que esta sea iniciada de forma oportuna.

Teniendo en cuenta lo anterior, todos los miembros del equipo interdisciplinario deben conservar una actitud abierta y humilde, de apoyo longitudinal al proceso de diagnóstico y de intervención terapéutica pero también, de flexibilidad frente a los avances funcionales y la evolución de cada caso particular. En término último y ante las dificultades para encontrar un diagnóstico etiológico preciso, a pesar de haber hecho un estudio completo y organizado, debetenerse presente que, de los diagnósticos de trabajo, probablemente el más útil y significativo para la familia puede ser el diagnóstico funcional.

El diagnóstico funcional tiene un alto valor para los padres, las madres y los cuidadores por su utilidad para ayudar a comprender y abordar los desafíos de la vida cotidiana del niño, la niña y su familia. Para esto, tenga presente que el marco conceptual para comprender la relación entre la dificultad (deficiencia), la limitación de la ejecución de actividades y la restricción a la participación que son vitales para el diagnóstico funcional, es proporcionado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud - CIF (2019, p. 18).

#### **4.2.4. Recomendaciones específicas para el seguimiento en la evaluación diagnóstica.**

A partir del proceso de valoración diagnóstica, con toda la información recogida en la consulta de valoración integral del desarrollo y con los conceptos especializados en la valoración funcional interdisciplinaria, se debe considerar la elaboración de un plan que apoye la aproximación diagnóstica y terapéutica del niño y la niña. Para esto, se recomienda tener presentes algunas consideraciones:

- Debe evaluarse la necesidad de tener más sesiones de evaluación diagnóstica en el caso en el que no haya sido posible completar la valoración diagnóstica en una sola sesión de consulta. Es fundamental realizar una valoración diagnóstica inicial lo más integral y mejor posible desde el principio para evitar que se omita la evaluación de aspectos críticos del desarrollo y la vida del niño o la niña en momentos posteriores del abordaje diagnóstico y terapéutico.
- Es necesario verificar continuamente el estado de avance del proceso de evaluación diagnóstica, incluyendo el refinamiento o la mayor profundidad del examen físico y neurológico a lo largo del tiempo, si es necesario.
- Los profesionales de terapias a quienes se ha solicitado la valoración funcional, deben emitir un informe escrito con el perfil de dificultades y fortalezas del niño o niña para establecer el perfil de desempeño o funcionamiento, así como las recomendaciones para el inicio del proceso terapéutico para implementar con la familia.
- Se debe velar por la consolidación y la integración de los conceptos de valoración funcional. Para esto, se debe asegurar que se haya realizado o se esté avanzando en la realización de las consultas de valoración interdisciplinaria que se hayan solicitado. Junto al diagnóstico presuntivo, el diagnóstico funcional es fundamental para iniciar el proceso de intervención terapéutica. Por ese motivo, debe solicitarse apoyo en la valoración funcional del niño con la participación de los demás profesionales que se han considerado necesarios para esta tarea, a partir del juicio clínico y según la información recogida en la consulta.
- Es deseable la obtención del perfil funcional del niño o niña apoyándose en el uso de escalas estandarizadas de apoyo al diagnóstico funcional propias de cada disciplina. Por este motivo, se debe garantizar el tiempo de valoración necesario antes del inicio de la intervención de terapia de rehabilitación funcional propiamente dicha.
- El diagnóstico funcional es aquel que generalmente puede modificarse en mayor

grado con el proceso de habilitación y rehabilitación. Sin embargo, más que la premura por el inicio las terapias, lo que debe existir es una prioridad por comprender el perfil (“fenotipo”) del desarrollo que tiene el niño o la niña y definir el plan terapéutico desde allí.

- A pesar de lo importante del diagnóstico etiológico, debe aceptarse que no siempre es posible alcanzar este diagnóstico de forma rápida, y que, de hecho, en muchos casos no logra alcanzarse o solo se podrá hacer de forma tardía. El diagnóstico etiológico que debe alcanzarse de forma acelerada es aquel que se relaciona con problemas médicos que puedan amenazar de forma seria la supervivencia, la salud o el desarrollo del niño o la niña. Por ejemplo, los procesos infecciosos activos (como el VIH, la tuberculosis), la deficiencia sensorial, los problemas metabólicos que puedan llevar a la muerte o a discapacidad; o las enfermedades neurodegenerativas para las cuales una intervención terapéutica específica puede modificar la historia natural de la enfermedad de forma significativa.
- En relación con lo anterior, es necesario verificar los resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico que hayan sido solicitados previamente o a lo largo del proceso de atención integral del niño o la niña (por ejemplo, la evaluación audiológica, los resultados de la función tiroidea, de la CPK, de las neuroimágenes si se tomaron, etc).
- En el caso de niños y niñas que por la naturaleza de sus atipicidades no requirieron la valoración específica por neuropediatría o la realización de estudios diagnósticos específicos, debe verificarse la progresión de su trayectoria del desarrollo, con el objeto de determinar oportunamente cuándo se puede estar presentando una condición que amerite una evaluación más profunda o la conformación de un equipo interdisciplinario más amplio.
- Es pertinente considerar la necesidad de reevaluar los diagnósticos categóricos previamente establecidos, puesto que muchas veces la dinámica natural del proceso de desarrollo puede llevar a que ya no se cumplan los criterios que apoyan el diagnóstico o que se oriente el diagnóstico categórico hacia una patología médica o neurológica asociada.
- Con el objeto de comprender mejor la funcionalidad y la participación del niño o la niña en otras tareas y actividades propias de su edad, en el caso en que asista a una modalidad, institución o proceso de educación inicial, debe considerarse la necesidad de solicitar un informe de concepto lo más completo posible sobre su desempeño, sus fortalezas, sus dificultades y aquellos aspectos que sean de preocupación para los docentes o agentes educativos o de cuidado.
- Siempre deben evaluarse no solo los síntomas o signos del niño o niña, sino también, la trayectoria del desarrollo y las dinámicas de cuidado.
- Teniendo en cuenta que existe escaso talento humano de algunas especialidades y subespecialidades en Colombia, debe optimizarse el ejercicio diagnóstico. Por este motivo, se debe avanzar en la solicitud de exámenes que puedan requerirse para la evaluación médica y del desarrollo antes de que los niños y las niñas sean atendidos por estos especialistas. Sin embargo, debe considerarse la posibilidad de saber interpretar el examen que se va a solicitar. Por este motivo, el ordenamiento

de los exámenes de apoyo diagnóstico solicitados por los especialistas en pediatría debe realizarse bajo el criterio de racionalidad científica y de pertinencia.

- Cuando se sospeche un problema motor exclusivamente, debe realizarse un examen neurológico sistemático, cuidadoso, que incluya el tono muscular, las reacciones posturales y los reflejos primitivos. Si el tono muscular se encuentra aumentado para la edad, debe considerarse la realización de una RMN cerebral simple. Si está normal o disminuido, deben verificarse los resultados de la TSH, la CPK, y la posible presencia de anemia (incluso ferropenia). Adicionalmente, deben evaluarse los reflejos músculo-tendinosos, puesto que en caso de hipotonía, se constituyen en un elemento que orienta al diagnóstico. En cada caso, es necesario considerar si existe una pobre interacción del niño o la niña con sus cuidadores, y considerar siempre los factores de alto riesgo neurológico.
- Cuando se sospeche un problema del lenguaje, debe verificarse no solo su componente expresivo sino también el comprensivo. Adicionalmente, recuerde evaluar siempre la funcionalidad auditiva (como se explica en el apartado de exámenes de evaluación médica y sensorial). Particularmente, frente al compromiso del desarrollo del lenguaje, analice las prácticas de cuidado y de interacción entre el niño o la niña y sus padres, familiares o cuidadores; los tiempos de exposición a pantallas, la asistencia a una institución de educación inicial, las características del juego del niño o niña, la intención comunicativa y las experiencias de socialización con otros niños o niñas.
- Cuando se esté evaluando una dificultad o una atipicidad en el lenguaje del niño o niña, evalúe también la presencia de comportamientos repetitivos o estereotipados, puesto que la presencia de estos últimos pueden orientar a un diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo.
- Cuando se sospechen problemas en el desarrollo social, emocional o en la autorregulación del niño o la niña (por ejemplo, frente a la alimentación, el sueño o el control de los esfínteres), evalúe con detalle el desarrollo del lenguaje y las prácticas de cuidado y de interacción entre el niño o la niña y sus padres, familiares o cuidadores. En este caso, evalúe también la posibilidad de exposición a experiencias adversas de la infancia (incluyendo la depresión perinatal o posparto), a una situación de trauma en el niño o la niña y en sus cuidadores principales, y en general, toda la situación de estructura y funcionamiento familiar y de redes de apoyo para la crianza y el cuidado.
- Cuando se sospechen dificultades de autorregulación, considere utilizar como una herramienta de apoyo, el cuestionario de capacidades y dificultades SDQ, que es gratuito, de fácil interpretación, en español y cuenta con una versión para niños y niñas de 2 a 4 años y otra para niños y niñas de 4 años en adelante. Este cuestionario puede encontrarse en los siguientes links:  
[http://www.agapap.org/druagapap/system/files/SDQ.Cast\\_2-4a.pdf](http://www.agapap.org/druagapap/system/files/SDQ.Cast_2-4a.pdf),  
[http://www.agapap.org/druagapap/system/files/SDQ.Cast\\_4-17.pdf](http://www.agapap.org/druagapap/system/files/SDQ.Cast_4-17.pdf),  
[http://www.agapap.org/druagapap/system/files/SDQ.Cast\\_correcci%C3%B3n\\_4-16.pdf](http://www.agapap.org/druagapap/system/files/SDQ.Cast_correcci%C3%B3n_4-16.pdf),  
<http://www.agapap.org/druagapap/system/files/CORRECCI%C3%93N%20SDQ.pdf>.

- Cuando se evidencie afectación de más de un área del desarrollo, debe considerarse la posible presencia de un Retraso Global del Desarrollo o de un Trastorno del Espectro del Autismo, especialmente si los problemas del desarrollo son persistentes, no mejoran fácilmente con las intervenciones, o si existe también atipicidad en el comportamiento del niño o la niña.
- En el caso en el que se sospeche el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo, debe remitirse el niño o niña de forma inmediata para la valoración por neuropediatría, de acuerdo con lo establecido en el Protocolo clínico para el Diagnóstico, tratamiento y ruta de Atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista del Minsalud (2015).
- Para la determinación del diagnóstico funcional, se debe considerar el marco de la CIF. En este caso, aunque se parta de un código diagnóstico de la CIE-11, son los distintos niveles que presenta la CIF los que ayudan a sistematizar las características de la funcionalidad, la discapacidad y la salud del diagnóstico funcional.
- Aunque se apliquen los criterios diagnósticos del DSM-5 para definir el diagnóstico categórico, su formulación se logrará a partir del concepto clínico especializado que analice toda la complejidad del caso particular de cada niño o niña.
- Por último, debe tenerse presente que, aunque se establezcan diagnósticos bajo el modelo del DSM-5, los software de historia clínica funcionan con los códigos diagnósticos de la CIE-11 (o de la CIE-10), por lo que finalmente serán estos los códigos que se registren en la historia clínica, aunque el nombre del trastorno según el DSM-5 sea distinto.

#### 4.2.5. Errores comunes en el proceso de evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica de un niño o una niña con dificultades, problemas o atipicidades del desarrollo puede ser desafiante y un proceso prolongado. Por esto, es muy frecuente que se presenten algunas situaciones que suponen un riesgo para que se realice un abordaje adecuado. De esta forma, se considera que los siguientes corresponden a los errores de la atención más comúnmente encontrados:

- No se incluye la evaluación del desarrollo infantil en la atención pediátrica (como vigilancia o como tamizaje), perdiendo la oportunidad de detectar tempranamente a niños y niñas con problemas o atipicidades del desarrollo.
- Se desestima la preocupación de los padres, las madres o de otros profesionales que atienden en salud al niño o la niña sobre su desarrollo o su comportamiento, sin haber realizado una valoración integral del desarrollo y sus riesgos.
- No se emplean instrumentos de apoyo en la evaluación diagnóstica o la valoración funcional como escalas de desarrollo o de evaluación neuromotora, confiando el criterio de evaluación exclusivamente al juicio clínico o a la experiencia personal.
- Se desestima el valor de la historia clínica para aproximarse a los diagnósticos del desarrollo, subvalorando la información que se obtiene de la anamnesis relacionada con los aspectos de interacción, de cuidado, de atención, de crianza, de redes de apoyo, de antecedentes personales y familiares; así como aquella que ofrece el

examen físico dirigido al desarrollo.

- No se realiza una valoración integral del desarrollo ante la presencia de problemas o de atipicidades del desarrollo, sino que se solicita la realización de terapias sin pasar por un proceso previo de valoración funcional y sin definir con la mayor precisión posible, el fenotipo del desarrollo y del comportamiento.
- Se intenta establecer o se da valor únicamente a un diagnóstico del desarrollo, que generalmente es el categórico, dejando de lado al diagnóstico etiológico y al funcional, restringiendo potencialmente la intervención para la habilitación y la rehabilitación que se podría obtener al avanzar en la definición de los demás diagnósticos.
- Adoptar una estrategia de “esperar a ver qué pasa” o de “esperar a que esté más grande” frente a niños y niñas con atipicidades del desarrollo, sin realizar una valoración integral del desarrollo y de sus riesgos, y sin realizar seguimiento longitudinal del niño o de la niña.
- Se adopta una estrategia de remitir para valoración por neuropediatría a todos los niños y las niñas con atipicidades del desarrollo, sin intentar valorar integralmente el desarrollo de forma inicial y sin comprender el perfil de desempeño y de desarrollo del niño o la niña.
- Se exagera o se sobreestima la necesidad de solicitud de exámenes de apoyo complementario de alta complejidad en la evaluación del niño o la niña con dificultades, problemas o atipicidades leves del desarrollo o con poca afectación funcional, sin indicación clara. Por ejemplo, solicitando cariotipo o evaluación de errores innatos del metabolismo en niños y niñas con retraso leve del desarrollo del lenguaje como única condición.
- No se adopta una estrategia de conformación de equipo interdisciplinario para la evaluación diagnóstica de los niños y las niñas con problemas o atipicidades significativas del desarrollo.
- Se establecen prematuramente diagnósticos categóricos con carácter definitivo o con pronósticos sombríos, sin haber realizado una adecuada valoración funcional del niño o la niña, sin haber realizado la valoración integral del desarrollo y sin considerar los cambios del desarrollo que se presenten a partir del proceso de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña.
- No se realiza un seguimiento longitudinal del niño o la niña con problemas o atipicidades del desarrollo, a quien se decide iniciar un proceso de habilitación del desarrollo o de rehabilitación funcional. El seguimiento longitudinal del desarrollo debe realizarse en todas las niñas y los niños, pero especialmente en aquellos con desarrollo atípico, cobra un valor significativo tanto para el proceso diagnóstico como para la intervención.
- De otro lado, según Sánchez M, García A y Martínez M (2014), se deben considerar algunas situaciones que pueden llevar a cometer errores en la apreciación y la valoración diagnóstica del desarrollo de los niños y las niñas:

- Un desarrollo motor grueso típico no indica la ausencia de dificultades o problemas en otras áreas del desarrollo. Asimismo, un retraso motor grueso no necesariamente se acompaña de deficiencia cognitiva.
- Puede haber una interpretación errónea de algunos signos. Por ejemplo, un niño o una niña con Parálisis Cerebral a los 4 meses puede sostener la cabeza en prono por hipertonia de los extensores del cuello, e incluso voltearse por la presencia de reflejos primitivos anormales, por lo que podrían aparentar un desarrollo motor grueso normal.
- Considerar de valor únicamente al desarrollo motor en la evaluación del desarrollo durante los primeros 2 años de vida, desestimando las demoras o atipicidades en el desarrollo cognitivo, social y del lenguaje.
- Atribuir al bilingüismo la causa del retraso del lenguaje comprensivo o expresivo. Niñas y niños cuidados en dos idiomas mezclan libremente el vocabulario y la sintaxis durante los primeros 2-3 años, su amplitud del vocabulario, longitud de expresiones, complejidad lingüística, inteligibilidad, y comprensión verbal es normal. A los 36 meses hablan con fluidez los dos idiomas.
- Asumir que un niño o una niña con deficiencia auditiva obligatoriamente tendrá problemas del desarrollo del lenguaje que se pueden identificar desde el nacimiento. Los niños y las niñas con deficiencias auditivas pueden tener lenguaje expresivo normal en los primeros 6 meses (tienen gorjeos o sonidos guturales, ríen e incluso empiezan a balbucear), por lo que es prudente evaluar continuamente el lenguaje receptivo y la incapacidad del lactante para responder al ruido. El lactante con hipoacusia no tiene reacciones ante el sonido, y muestra desinterés por los juguetes musicales. El balbuceo inicial no imitativo se interrumpe a los 5-6 meses de edad por falta de retroalimentación.
- Tendencia a atribuir el retraso del lenguaje a otitis recurrentes. Aunque las otitis pueden ocasionar una hipoacusia leve que origine una falta de discriminación en algunos fonemas, el retraso moderado o grave de lenguaje no puede atribuirse a ello (pp. 38-39). Del mismo modo, es erróneo atribuir al frenillo lingual la causa de un retraso en el desarrollo del lenguaje, cuando la anquiloglosia significativa podría afectar eventualmente al habla y no a los demás componentes del lenguaje o de la comunicación.

#### **4.3. Recomendaciones para la intervención orientada a la promoción del desarrollo del niño o la niña con dificultades, problemas, atipicidades o trastornos del desarrollo: Plan de cuidados.**

El plan de cuidados debe formularse en la consulta de valoración integral del desarrollo por pediatría (numeral 4.2.2.1.) y corresponde a la intervención para la promoción del desarrollo de los niños y las niñas con riesgos o sospechas de dificultades, cursos atípicos o trastornos del desarrollo. Este plan se compone de los siguientes aspectos:

1. Atenciones propias del sector salud.
2. Atención dirigida a la familia.
3. Articulación intersectorial para la promoción del desarrollo de niños y niñas con desarrollo atípico.

La atención propia del sector salud, primer componente del plan de cuidados, se fundamenta en la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional y en la atención de las condiciones del desarrollo o del comportamiento asociadas.

Por su parte, la atención dirigida a la familia parte del reconocimiento de esos aspectos o hallazgos de la familia que fueron identificados durante la consulta de valoración integral del desarrollo por pediatría, y de todos aquellos que pudieran resultar de los demás procedimientos de evaluación diagnóstica, en los que se haya podido reconocer una oportunidad de intervención sobre la familia. Del mismo modo, se refiere a la necesidad de fortalecer las capacidades de padres, madres, familiares y cuidadores para promover el desarrollo de los niños y las niñas.

A su vez, la articulación intersectorial para la promoción del desarrollo de niños y niñas con desarrollo atípico se refiere a aquellos aspectos de articulación entre el sector salud y otros sectores, especialmente el educativo, que permitan mejorar los resultados y fortalecer los procesos de acompañamiento a los niños y las niñas.

Es fundamental que a lo largo de todo el proceso de implementación del plan de cuidados para la promoción del desarrollo de los niños y las niñas, se tengan en cuenta los siguientes elementos básicos:

- Verificación dinámica de los diagnósticos.
- Búsqueda del diagnóstico etiológico.
- Verificación de la pertinencia de las intervenciones realizadas y de su direccionamiento a objetivos.
- Brindar la atención a las condiciones médicas asociadas.
- Continuar las atenciones de la RIAPMS.

El plan de cuidados corresponde a la hoja de ruta que debe orientar la intervención para la promoción del desarrollo del niño o la niña con dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo. Su formulación, implementación y seguimiento debe orientarse a partir de los principios que han sido mencionados en el capítulo 3. De esta forma, se resalta la necesidad de realizar la intervención desde la integralidad de la salud y del desarrollo, lo que implica la participación de un trabajo en equipo interdisciplinario. Adicionalmente, su implementación debe realizarse de forma longitudinal y respetando el ciclo de la intervención en el desarrollo, teniendo en el centro de la gestión y la atención a los niños, las niñas y sus familias.

En relación con lo anterior, es fundamental considerar los aspectos de interculturalidad que puedan requerirse en la implementación del plan de cuidados para la promoción del

desarrollo del niño o la niña con dificultades, problemas o cursos atípicos o trastornos de este. En el capítulo 5 (numeral 5.2.) se presentan unas recomendaciones específicas sobre este tema que deben ser tenidas en cuenta para garantizar una mejor atención del desarrollo, y que por lo tanto, contribuirán a lograr mejores resultados tanto del proceso diagnóstico y de intervención, como del desarrollo en sí mismo.

En la parte final de este apartado y de este capítulo, se hará una breve mención de algunos errores que se presentan comúnmente en la implementación del plan de cuidados y que pueden amenazar las intervenciones orientadas a promover el desarrollo de los niños y las niñas con riesgos o sospechas de dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.

#### **4.3.1. Atenciones propias del sector salud.**

Como se mencionó previamente, las atenciones propias del sector salud, se fundamentan en la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional y en la atención de las condiciones médicas y del desarrollo o del comportamiento asociadas. Esto quiere decir, que el elemento central que se constituye como una atipicidad del desarrollo (a nivel de problema o de trastorno del desarrollo) requiere un abordaje de intervención dirigido específicamente, al igual que se necesita para todas aquellas condiciones médicas, del desarrollo o del comportamiento, que se encuentren asociadas.

##### **4.3.1.1. Recomendaciones para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña con dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.**

La diversidad del desarrollo infantil y también la de sus problemas y trastornos, presentan unas particularidades que deben ser reconocidas y anticipadas durante su acompañamiento, abordaje y seguimiento. De esta forma, la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional, que se orienta al logro del mayor nivel posible del desarrollo del niño y la niña, debe ser un proceso estructurado, participativo, reflexivo, integral y longitudinal. Para esto, debe partirse desde el proceso de evaluación diagnóstica que requiere la participación de un trabajo en equipo interdisciplinario y que debe ser alimentado continuamente.

La habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional requiere de unas recomendaciones básicas, independiente de la existencia o la confirmación de un diagnóstico categórico del desarrollo, que marcarán una diferencia significativa en los resultados en desarrollo infantil y el proceso de intervención si son tenidas en cuenta:

- Conformación y participación de un equipo interdisciplinario.
- Definición del plan de intervención.
- Implementación y seguimiento del plan de intervención.

A continuación se describen con mayor profundidad.

#### 4.3.1.1.1. Conformación y participación de un equipo interdisciplinario.

Como se ha expresado previamente, el abordaje del niño o niña con riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo parte de la necesidad de brindar una atención integral en salud, lo que implica integralidad tanto en la evaluación diagnóstica como en la intervención. En este sentido, es fundamental considerar que esta integralidad solo se alcanzará plenamente cuando se trabaja en equipo.

En el caso de la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña, que se fundamenta a partir de un proceso de valoración previo, se requiere determinar las necesidades de intervención con el objeto de garantizar su abordaje integral. En este sentido, es necesario recordar que desde el proceso de evaluación diagnóstica ya se había indicado la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario, lo que quiere decir que el trabajo en equipo es necesario tanto para el proceso diagnóstico como para la intervención, y que los perfiles que participan pueden ser aquellos mismos (o incluso otros adicionales) que fueron mencionados en el apartado de evaluación diagnóstica, según las necesidades de cada caso particular.

Simultáneamente con el avance del proceso de evaluación diagnóstica y con base en los informes y conceptos emitidos por las profesiones que han participado de la valoración etiológica y funcional, debe comenzarse el proceso de definición de las intervenciones de acompañamiento y seguimiento, su pertinencia y los mecanismos de conformación y funcionamiento del equipo terapéutico interdisciplinario.

Según el momento en el que se encuentre el proceso de evaluación diagnóstica, es deseable que se vaya comenzando el proceso de planificación de las intervenciones de habilitación del desarrollo y de rehabilitación funcional, por lo que no se depende de la determinación exacta de los diagnósticos categórico ni etiológico, sino que predominantemente se realiza a partir del proceso de valoración funcional y de definición de objetivos y metas de intervención.

Como se ha mencionado previamente, debe existir un nivel adecuado de comunicación e interacción entre los distintos actores del equipo de trabajo. Esto quiere decir que, en el caso de los niños y las niñas con dificultades, problemas, cursos atípicos o trastornos del desarrollo, debe avanzarse de un modelo de atención multidisciplinario a uno interdisciplinario, con el objeto de garantizar la integralidad de la atención en salud, en el contexto de una persona que está experimentando un proceso evolutivo de desarrollo con grandes cambios, propios de su momento del curso de la vida.

Este tránsito de lo multidisciplinario a lo interdisciplinario implica que no solamente deben participar varios o distintos profesionales en la intervención, sino que debe haber un trabajo articulado entre estos, lo que exige definir estrategias de abordaje conjuntas o articuladas, prácticas complementarias de intervención, acuerdos en el manejo de la información, comprensión de las funciones, los alcances y las expectativas de los demás participantes del equipo, entre otros.

El equipo debe ser de conformación flexible, y se debe ajustar a las necesidades de cada caso en particular. Sin que se busque excluir otros profesionales o especialistas, se

considera que el equipo de trabajo básico para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño y la niña con problemas o trastornos del desarrollo, debe estar conformado por:

- Profesional en enfermería.
- Profesional en psicología.
- Profesional en terapia ocupacional.
- Profesional en fonoaudiología.
- Profesional en fisioterapia.
- Profesional en trabajo social.
- Especialista en pediatría.
- Especialista en neuropediatría.
- Especialista en fisiatría (especialmente, aunque no limitado, a los casos de afectación motora o neurológica, como en la parálisis cerebral).
- Especialista en psiquiatría infantil (especialmente cuando existe compromiso en el desarrollo del comportamiento o conductas disruptivas que podrían encontrarse en trastornos complejos del desarrollo infantil, del comportamiento o de la salud mental).

A pesar de que el equipo interdisciplinario de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional está conformado principalmente por estos perfiles, no en todos los casos se requiere de la participación de todo este talento humano, así como también podría ocurrir que se necesite de la participación de otros profesionales y especialistas adicionales que participan del proceso diagnóstico.

Como generalmente ocurre que la intervención de habilitación/rehabilitación avanza simultáneamente con el proceso de evaluación diagnóstica, el equipo interdisciplinario podría llegar a incluir perfiles de especialistas adicionales como:

- Profesional en nutrición.
- Especialista en genética.
- Especialista en oftalmología/oftalmología pediátrica.
- Especialista en otorrinolaringología.
- Especialista en ortopedia.
- Especialista en gastroenterología pediátrica.
- Especialista en neuropsicología.

En relación con lo anterior se comprende entonces que, aunque el equipo interdisciplinario es uno solo, podría estar integrado de forma diferencial según la finalidad del

acompañamiento o del seguimiento del caso (diagnóstica o de habilitación/rehabilitación) y, según la necesidad de profundizar tanto en el proceso diagnóstico como de intervención para la habilitación y la rehabilitación.

Como puede suponerse, en el caso del niño o la niña con afectaciones leves en su funcionalidad, o en el que solamente se encuentren dificultades, problemas o cursos atípicos que no afecten la funcionalidad del niño o la niña de forma significativa, el equipo interdisciplinario será menos numeroso, aunque siempre debe haber diálogo e interacción (verbal o escrita) entre los participantes del proceso de habilitación y rehabilitación funcional. La interacción supone articulación y no la simple emisión de conceptos de valoración o de intervención. En su lugar, cuando el caso del niño o la niña demuestre mayor afectación, severidad o complejidad, se requerirá de un equipo más amplio y se hará necesario contemplar medidas particulares para garantizar la participación del equipo de forma interdisciplinaria.

La determinación de la necesidad de participación de los distintos perfiles de profesionales y especialistas debe ser considerada a partir de la valoración integral del desarrollo y de la salud del niño o niña, pero podrá ser determinada también a partir de procesos como las juntas interdisciplinarias. Se requiere entonces, tener claridad sobre los objetivos, las funciones y los roles de los profesionales y especialistas que integran o harán parte del equipo de trabajo interdisciplinario.

Cada uno de los profesionales y especialistas que participa de este equipo tiene un rol definido en el funcionamiento del equipo. Sin embargo, para garantizar que la atención que se realice sea centrada en el niño, la niña y la familia, debe haber un participante que asuma el liderazgo en velar por la garantía de la integralidad durante el proceso de acompañamiento y seguimiento del niño y la niña. Es decir, debe garantizarse que la intervención global no se centre exclusivamente en la condición o trastorno del desarrollo sino en la persona con esta condición. La condición del desarrollo del niño o niña debe entenderse como un aspecto de la vida de él o ella y no como lo que le define o le permite el disfrute de sus derechos y la participación en la vida social.

Se entiende entonces que, la persona que debe asumir este liderazgo debe tener un perfil de valoración integral y en el caso de los niños y las niñas, por las características de su formación, son los y las pediatras quienes están llamados a asumir esta función. Esto quiere decir que, es tarea de los pediatras velar porque se garantice la integralidad de la atención en salud y en el desarrollo en el niño y la niña durante la intervención y no se realicen acciones aisladas, fragmentadas o desarticuladas que limiten la posibilidad de alcanzar niveles más altos de salud y desarrollo.

Es claro que por la profundidad de su conocimiento -determinada por su formación profesional y su experiencia profesional, distintos profesionales y especialistas del equipo de trabajo pueden liderar el proceso de habilitación del desarrollo o de rehabilitación funcional del niño o la niña en los aspectos técnicos específicos propios de su condición del desarrollo, sin embargo, la atención centrada en el niño, la niña y su familia exige una perspectiva de intervención integral y no solamente en aspectos puntuales del desarrollo.

Por ejemplo, un niño o niña con una atipicidad en el desarrollo del lenguaje puede requerir

del acompañamiento y la intervención por parte del/a profesional en fonoaudiología, y este/a profesional realizará con experticia, su valoración y logrará establecer el perfil de desarrollo del niño o niña. A partir de su trabajo, concertará con la familia los objetivos y las metas de intervención. Sin embargo, este niño o niña necesita un acompañamiento integral de su desarrollo y su salud, por este motivo, adicional a la intervención por fonoaudiología, necesitará del seguimiento longitudinal por pediatría. En este caso, se observa que, frente a su desarrollo la atipicidad es del lenguaje, y en este sentido, su intervención directa para la habilitación y la rehabilitación lo realizará fonoaudiología, sin embargo, en el seguimiento longitudinal que requiere el niño o niña para garantizar la integralidad de su abordaje, necesita también de la participación continua de pediatría. Si no tiene ninguna otra necesidad o atipicidad en el desarrollo, eventualmente, el equipo interdisciplinario de intervención estaría compuesto solamente por fonoaudiología y por pediatría.

En el caso de niños y niñas que tienen atipicidades en varias áreas del desarrollo, o cuando las que tiene son intensas o significativas, se necesitará de la conformación de un equipo interdisciplinario más amplio que logre abordar la complejidad de su desarrollo y su salud integral. En esta situación, se presenta un desafío mayor para garantizar el trabajo interdisciplinario, y, por lo tanto, se debe considerar la implementación de una estrategia que facilite la articulación entre los distintos integrantes del equipo. Una de estas modalidades puede ser la realización de juntas interdisciplinarias. Estas juntas deben ser de carácter clínico asistencial y tener por objeto acompañar e incidir en el proceso diagnóstico y terapéutico del niño o niña.

Cuando los distintos profesionales y especialistas del equipo hacen parte de una misma IPS, es mucho más fácil conformar este equipo y organizar las juntas interdisciplinarias. El desafío mayor se presenta cuando el proceso de evaluación diagnóstica y de intervención terapéutica se encuentra fragmentado en distintas IPS. En este último caso, la responsabilidad de la conformación del equipo interdisciplinario y la facilitación para la realización de las juntas, es de la EAPB (o de la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones). Para cumplir con esta obligación, debe definir el mecanismo de conformación y comunicación sincrónica del equipo que, en este caso, será interinstitucional.

Para la realización de estas juntas interinstitucionales, se dispone hoy en día de distintas plataformas y herramientas de tecnologías de la comunicación que deben ser concertadas previamente entre las IPS y la EAPB (o la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones). El liderazgo de coordinación para la realización de estas juntas es de la EAPB (o de la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones), idealmente del perfil profesional que coordine la implementación de la RIAPMS para la primera infancia, de la persona que coordine los procesos de la rehabilitación funcional integral o de otro perfil designado para esta labor, pero siempre con la participación adicional de la persona coordinadora de la implementación de la RIAPMS para la primera infancia (que habitualmente es denominada como “referente de primera infancia”).

Adicional a la realización de las juntas de evaluación interdisciplinaria, es válido acudir a otras estrategias y mecanismos que faciliten la comunicación y la interacción de los distintos integrantes del equipo interdisciplinario. Sin embargo, estas estrategias y mecanismos no deben sustituir la realización de las reuniones de junta de evaluación

(diagnóstica y terapéutica) interdisciplinaria.

Este equipo interdisciplinario y la posible realización de juntas de evaluación disciplinaria e intervención terapéutica son distintos e independientes de lo establecido por la Resolución 1239 de 2022 (o la normatividad que la sustituya, modifique o adicione) para la certificación de la discapacidad, puesto que representan procesos o procedimientos con una finalidad distinta (Minsalud, 2022).

Independiente de que se reconozca el liderazgo de los especialistas en pediatría o de los especialistas en neuropediatría en la definición del plan de intervención, el concepto de los profesionales terapeutas es fundamental y determinante. Teniendo en cuenta que ellos realizan la valoración funcional inicial, la intervención y el análisis concurrente de la valoración funcional durante el proceso de habilitación/rehabilitación, se encuentran en una posición única para conocer los avances, los progresos y el impacto de la intervención terapéutica. Por este motivo, su opinión y su concepto deben ser incorporados democráticamente dentro la toma de decisiones en el ajuste al plan terapéutico y analizados bajo un criterio de racionalidad científica y ética, siempre teniendo en cuenta el principio del interés superior del niño o niña.

El equipo interdisciplinario debe realizar un trabajo de carácter clínico, debe ser autónomo en su funcionamiento, y debe tomar las decisiones sobre las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos a implementar bajo el principio del interés superior del niño y el criterio de racionalidad científica basados en la mejor evidencia disponible y según el juicio clínico de los integrantes.

Por último, es necesario que el padre, la madre o el cuidador principal participe del proceso de toma de decisiones en la definición diagnóstica y terapéutica por parte del equipo interdisciplinario, así como en la formulación de los objetivos del plan de habilitación/rehabilitación funcional. Esto favorecerá la transferencia progresiva del conocimiento y de las prácticas que conlleven a mejorar la habilidad y la capacidad del niño/a que está siendo atendido por una dificultad, problema o trastorno del desarrollo, así como el empoderamiento de la familia.

#### **4.3.1.1.2. Recomendaciones para la definición del plan de intervención**

Durante del proceso de evaluación diagnóstica, que debe realizarse a la mayor brevedad y con carácter prioritario (incluyendo las valoraciones del equipo interdisciplinario), se debe realizar la valoración funcional del niño o la niña con el objeto de establecer el perfil de fortalezas y debilidades de su desarrollo y su comportamiento, a manera de una impresión diagnóstica (diagnóstico funcional). A partir de este perfil, se debe avanzar en la definición de un plan de intervención para favorecer la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña. Es decir, la construcción del plan de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional y por lo tanto, de plan de cuidados es parte y consecuencia del ejercicio diagnóstico, y es el punto de partida de la intervención terapéutica.

Deben considerarse dos aspectos esenciales en la construcción del plan de intervención:

- La definición de objetivos y metas de la intervención
- La participación de la familia en la definición de esos objetivos y metas.

El primer aspecto destaca la necesidad de estructurar y planificar la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña. Hay más probabilidades de alcanzar mejores resultados en cualquier proceso si se tiene claro lo que se desea y se trabaja en el cumplimiento de un plan orientado a su alcance. Adicionalmente, la definición de objetivos y de metas facilitará el monitoreo de la pertinencia y la utilidad de las intervenciones que se realicen, y aumentará la sensibilidad a los cambios del desarrollo.

Es decir, la formulación de objetivos y metas para la habilitación y la rehabilitación favorece el logro de los resultados en salud y en el desarrollo, pero además, facilita el monitoreo y la evaluación de las actividades realizadas y, también, orientará el proceso de intervención según las necesidades particulares de cada caso.

Los objetivos de la intervención terapéutica deben orientarse a lograr la mayor funcionalidad para que el niño o la niña alcance el máximo potencial posible de desarrollo y logre la mayor integración a la vida familiar, escolar y comunitaria (Cafiero, P., Rodríguez, E., 2019, p.4). Esto quiere decir que en la formulación de los objetivos y las metas de intervención debe privilegiarse el desarrollo de las capacidades que mejoren el desempeño funcional y la integración del niño y la niña a sus entornos, y no solamente al aprendizaje o la práctica de habilidades puntuales que pueden no representar ningún avance funcional para su desarrollo.

La formulación de los objetivos y las metas de intervención para la habilitación y la rehabilitación, se debe realizar a partir de los hallazgos obtenidos en la evaluación diagnóstica y en la valoración funcional del niño y la niña. En este sentido, debe recordarse que la evaluación diagnóstica implica también la evaluación de la dinámica familiar de cuidado y de crianza, por lo que la definición del plan de intervención requiere contemplar a los padres, las madres y los demás familiares de forma directa y participativa.

En relación con el segundo aspecto de la definición del plan de intervención (la participación familiar), debe reconocerse que por más horas semanales que un niño o niña asista a sesiones de terapia para la rehabilitación funcional, no se compara con las horas que comparte con los padres, madres, familiares y otras personas significativas en sus entornos de vida cotidiana y que le ayudarán a fortalecer su desarrollo. Por esto mismo, es fundamental promover el involucramiento y la participación de la familia en el proceso terapéutico, integrando así a la familia como aliada del equipo de intervención interdisciplinaria.

El involucramiento de la familia en el proceso de habilitación/rehabilitación funcional del niño o la niña ofrecerá mejores resultados en salud y en desarrollo, pero además, mejorará la relación de los profesionales de la salud y la familia en la construcción de la “alianza terapéutica”, aumentará la satisfacción sobre la atención integral en salud y le permitirá realizar un monitoreo y una evaluación del impacto de las intervenciones, propiciando la

generación oportuna de alertas sobre la necesidad de realizar ajustes en el proceso terapéutico o de cuidado.

Adicionalmente, conforme el niño o niña va avanzando en el desarrollo de su identidad y de su subjetividad, el involucramiento parental/familiar ayudará a desarrollar las capacidades necesarias para el afrontamiento de los nuevos desafíos del acompañamiento a su vida. El empoderamiento de la familia inicia con la participación de padres, madres y cuidadores en la definición de los objetivos y metas que desean alcanzarse con el proceso de habilitación y rehabilitación.

#### **4.3.1.1.3. Recomendaciones para la implementación y el seguimiento del plan de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño y la niña.**

Una vez se ha definido el plan de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña, con sus objetivos y sus metas, deben tenerse en cuenta varios aspectos para su implementación y seguimiento. De esta forma, se recomienda tener en cuenta las siguientes consideraciones y recomendaciones:

- La intervención terapéutica debe dirigirse a objetivos determinados previamente a partir del proceso de valoración diagnóstica funcional y teniendo en cuenta el perfil de desempeño obtenido a través del trabajo interdisciplinario. Quiere decir que antes de iniciar con una intervención general o inespecífica, debe velarse porque se haya realizado la valoración funcional y se comprenda el perfil de fortalezas y debilidades en el desarrollo del niño o niña.
- Debe tenerse como un elemento central del proceso de intervención, la necesidad de favorecer la transferencia del potencial de intervención a la familia. Es fundamental transmitir a la familia la certeza de que su participación marcará la diferencia en el proceso terapéutico, por lo que el involucramiento de la familia debe ser siempre una prioridad de las intervenciones a realizar.
- En relación con el aspecto anterior, debe permitirse siempre la presencia del padre, la madre o el cuidador en las sesiones de terapia como una medida de apoyo emocional para el niño o la niña y para promover el empoderamiento de la familia.
- Debe tenerse presente que la intervención terapéutica no debe ser el centro de la vida del niño o niña, por lo que es fundamental apoyar siempre su desarrollo integral con la comprensión de que este continúa y presenta transiciones vitales. Es decir, debe apoyarse el tránsito de la dependencia total de los servicios de salud a la independencia surgida de asumir su propio proceso vital y de desarrollo, considerando las expectativas propias y deseos tanto de la familia como del niño o niña. En otras palabras, se debe prever el “desescalamiento” de los servicios y las intervenciones según las conquistas y los logros que se vayan dando en el desarrollo.
- Se deben orientar las intervenciones no solamente al perfeccionamiento de las habilidades o las capacidades en el consultorio o lugares de atención, sino al

mejoramiento del desempeño del niño o niña en los entornos de su vida cotidiana.

- No se debe manejar el proceso de habilitación/rehabilitación funcional a partir de “recetas” o esquemas predefinidos de intervención terapéutica. Es decir, no se deben manejar equivalencias como: Diagnóstico “X” es igual a “Y” número de sesiones de terapia por “Z” disciplina(s). Precisamente, la valoración funcional de la evaluación diagnóstica sirve para determinar el plan de intervención terapéutica que debe ser individualizado y definido de forma concertada con la familia según las necesidades, las posibilidades de intervención y las expectativas.
- Puede permitirse una flexibilidad razonable para la implementación del plan de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña, siempre y cuando las modificaciones que se realicen al plan de intervención respondan a medidas para favorecer al niño o la niña, y no sean consecuencia de problemáticas o barreras administrativas o de la gestión de la atención. En este caso, debe comunicarse a los demás integrantes del equipo y haberse consensuado previamente con la familia. Estas modificaciones podrían presentarse en el tiempo, según el tipo, la periodicidad de la intervención u otras particularidades de la atención.
- Debe verificarse periódicamente el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos, analizando también las barreras y facilitadores del proceso. Adicionalmente, deben valorarse de forma realista las potencialidades y las limitaciones del proceso de intervención terapéutica, de acuerdo con el análisis de progreso que se realice tanto en las juntas o reuniones de equipo interdisciplinario, como a partir de actividades propias de atención por parte de los integrantes del equipo y considerando las percepciones de la familia.
- En el caso en el que se identifiquen nuevos hallazgos a la luz de la intervención terapéutica que puedan modificar tanto el diagnóstico categórico como el diagnóstico funcional, se recomienda plantear estas inquietudes al equipo de intervención interdisciplinaria, y de forma especial al especialista en pediatría, quien debe definir si requiere aportar información adicional a los demás especialistas que están apoyando el proceso de diagnóstico categórico, o solicitar pruebas o exámenes específicos que fortalezcan la intervención diagnóstica y terapéutica.
- Debe evaluarse el fenotipo y las trayectorias del desarrollo del niño o niña e intervenir de forma dinámica, a lo largo del tiempo. Esto es relevante puesto que las características y los diagnósticos del desarrollo pueden modificarse posteriormente como consecuencia de las intervenciones que se realicen, o incluso, como resultado del proceso mismo de cambio impuesto por el crecimiento y el desarrollo del niño o niña.
- Cada integrante del equipo interdisciplinario debe conocer la expectativa de su participación en el proceso diagnóstico y de intervención terapéutica. A su vez, debe comprenderse cómo está conformada la red de profesionales de terapia disponible en cada EAPB (o en la entidad que haga sus veces o cumpla sus funciones), y si es posible, conocer previamente los enfoques de atención que tienen estos profesionales, las particularidades de su práctica y la experticia que tienen en la atención de niños y niñas con problemas o trastornos del desarrollo.

Adicional a las recomendaciones anteriormente presentadas, deben contemplarse otros aspectos que pueden impactar la intervención para la habilitación del desarrollo, la rehabilitación funcional del niño o niña, o sus resultados en desarrollo. Por este motivo, es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones adicionales:

- Se debe disponer de instalaciones adecuadas para la valoración diagnóstica funcional y para la realización de la intervención terapéutica. Es decir, estos escenarios deben ser amigables para los niños, de tamaño y características adecuadas para la realización de las intervenciones y, además, debe estar dotado con los insumos adecuados.
- Se recomienda organizar la valoración diagnóstica y la intervención terapéutica para la habilitación y la rehabilitación en una misma IPS. En el caso en el que definitivamente esto no sea posible, debe hacerse lo posible por favorecer la comunicación e interacción de los distintos perfiles del equipo interdisciplinario de forma interinstitucional. Es deseable que este compromiso quede expresamente consignado en las minutas contractuales entre los aseguradores y los prestadores. Por este motivo, se considera relevante considerar el uso de distintas herramientas y tecnologías de la información y la comunicación para favorecer esta comunicación interinstitucional.
- Se recomienda pilotear y/o implementar las estrategias que se consideren necesarias para ayudar a superar la fragmentación de la atención que pueda presentarse con la prestación de los servicios de salud en diferentes instituciones.
- Con el objeto de facilitar la comunicación entre los integrantes del equipo interdisciplinario, se debe considerar el uso de notas de remisión con los datos suficientes para enfocar la necesidad de evaluación del especialista y del terapeuta. Idealmente, la hoja de remisión debe contener los factores de riesgo y antecedentes más significativos, los estudios que se han realizado y la necesidad de la solicitud de su valoración. Una medida alternativa muy recomendada es la entrega de los resúmenes de historia clínica.
- Otra medida alternativa de apoyo a la comunicación, es el uso de una hoja de registro de los conceptos de los distintos especialistas y profesionales del equipo interdisciplinario de diagnóstico e intervención, con el objeto de mantener la información actualizada y organizada que facilite la revisión del cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Pero, además, que ayude a detectar cambios en el perfil de desempeño y desarrollo del niño que pueda modificar los diagnósticos de forma posterior. Un modelo de hoja de registro que se encuentra como anexo en el Protocolo de atención integral a niños y niñas con trastorno del espectro del autismo de Minsalud (2015), ha sido adaptado a este proceso y se adjunta en el Anexo N° 2 de este documento.
- Se recomienda construir y disponer de un directorio de instituciones prestadoras de servicios de salud que permita a los integrantes del equipo interdisciplinario de salud conocer los prestadores a los que derivan los pacientes, así como sus fortalezas y enfoques terapéuticos. Esto es importante porque algunas intervenciones para la promoción del desarrollo pueden ser abordadas por la participación de profesionales de habilitación/rehabilitación pertenecientes a distintas disciplinas.

- Se recomienda también disponer de un directorio de fundaciones, asociaciones de pacientes y otro tipo de servicios sociosanitarios que puedan brindar un apoyo a los niños, niñas y sus familias en el camino por el mejoramiento de su salud y su funcionalidad, que pueda ser comunicado o informado a los usuarios.
- Se debe contemplar la implementación de medidas de adaptabilidad para garantizar la realización de los procesos de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña con dificultades o problemas del desarrollo, que lo requieran por causa de condiciones poblacionales o territoriales específicas. Esta adaptabilidad puede incluir la práctica de la telemedicina como está establecido en la normatividad vigente, y que se demostrado como efectivas en algunos casos en los procesos de evaluación diagnóstica. En todo caso, estas medidas de adaptabilidad deben ser evaluadas y modificadas según se requiera para lograr los mejores resultados en desarrollo de los niños y las niñas.
- Debe orientarse sobre el derecho a la certificación de la discapacidad en el caso en el que sea pertinente, y de acuerdo al deseo de la familia y a las características del diagnóstico categórico y funcional del niño o niña. Para esto, es fundamental que se cuente con un muy buen registro de la historia clínica y con el adecuado proceso de intervención terapéutica interdisciplinaria. Para cumplir este objetivo, debe seguirse lo establecido en la Resolución 1239 de 2022 o en la norma que la modifique o sustituya.
- Se debe promover el proceso de rehabilitación integral para el aprovechamiento de la oferta intersectorial para las personas con discapacidad según el momento del curso de la vida en el que se encuentren. En el caso de los niños y niñas en primera infancia, se debe velar por la garantía de las demás atenciones de la Ruta Integral de Atenciones de la primera infancia como se encuentra dispuesto en la Ley 1804 de 2016 y se recomienda abogar por que en los procesos de atención de la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) se incluya el trabajo con niños y niñas en primera infancia. En este sentido, se debe continuar con los esfuerzos intersectoriales para reducir las restricciones en la participación, mejorar la accesibilidad de los entornos y favorecer la aceptación de la diversidad humana.
- Debe promoverse la garantía y la participación en los demás procedimientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, así como de otro tipo de intervenciones o procedimientos de la atención integral en salud o que hagan parte de planes, programas o estrategias de las que pueda beneficiarse el niño o la niña en primera infancia o su familia.

#### **4.3.1.2. Recomendaciones para la atención de las condiciones médicas, del desarrollo o del comportamiento asociadas.**

Como se ha anotado previamente, simultáneamente con la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o la niña, se hace necesaria la atención de las condiciones médicas, del desarrollo o del comportamiento asociadas. Para lo anterior, es necesario tener claridad de las condiciones a abordar de forma asociada al problema o trastorno del desarrollo, y darle una prioridad a su atención o intervención.

Las características y el impacto de determinado diagnóstico de problema o trastorno del desarrollo, tendrán implicaciones diferenciales en cada niño, niña y familia. Por este motivo, así como debe haber una intervención organizada y dirigida para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional, lo debe haber también para la atención de las condiciones médicas, del desarrollo o del comportamiento asociadas.

El pobre control de determinadas condiciones de salud puede afectar el comportamiento del niño o la niña, su disposición para participar del proceso terapéutico de habilitación y rehabilitación, la respuesta a las intervenciones enfocadas al desarrollo y el sentido de confianza de las familias frente a las intervenciones realizadas. Por este motivo, debe garantizarse su atención específica. Adicionalmente, es posible que durante la evaluación y la atención de las condiciones médicas se identifiquen hallazgos que puedan modificar los diagnósticos categóricos o etiológicos.

Por su parte, debe considerarse el reconocimiento y la intervención de todas aquellas condiciones del desarrollo o del desarrollo que si bien, no hacen parte habitual de las características de determinado problema o trastorno del desarrollo, sí pueden llegar a tener una influencia significativa en el bienestar y la salud del niño o la niña. Por ejemplo, un niño o una niña con un retraso global del desarrollo puede requerir que la intervención para la habilitación y la rehabilitación funcional que se esté realizando le ayude a mejorar el procesamiento de los estímulos sensoriales como una estrategia de apoyo para el abordaje de la selectividad alimentaria, y que esta no se trabaje solamente sobre el fortalecimiento muscular, la coordinación visomotora o la habilidad para comunicarse efectivamente con sus familiares, cuidadores o pares, entre otros posibles objetivos. Quiere decir que dentro del abordaje de las condiciones del desarrollo o del comportamiento asociadas deben considerarse aquellas relacionadas con las dificultades en el procesamiento sensorial, en la autorregulación, entre otros.

Incluir la atención de las condiciones médicas, del desarrollo y del comportamiento asociadas al problema o el trastorno del desarrollo infantil a lo largo del tiempo, permitirá mejorar la efectividad de la intervención para la habilitación del desarrollo y para la rehabilitación funcional, así como contribuirá en el logro de mejores resultados en salud del niño o la niña, y por lo tanto, tendrá también un impacto en el bienestar de las familias.

Es posible que las atenciones para el abordaje de las condiciones asociadas requiera la participación de los mismos integrantes del equipo interdisciplinario o de profesionales distintos, que podrán llegar a formar parte de este equipo de forma transitoria, temporal o continua, según cada caso particular.

#### **4.3.2. Atención dirigida a la familia.**

La atención dirigida a la familia se ubica estratégicamente entre las atenciones que se realizan propiamente dentro del sector salud, así como aquellas que son necesarias para la articulación intersectorial para la promoción del desarrollo infantil. Por este motivo, la familia tiene la posibilidad de contribuir en la articulación entre las atenciones que se realicen al interior de cada uno de los sectores, y entre todos ellos.

Como se ha mencionado previamente, la familia a través de las prácticas de crianza y de cuidado, juega un papel fundamental en la promoción del desarrollo, en la prevención de condiciones que puedan afectar las trayectorias del desarrollo y por lo tanto, tiene un rol fundamental en todas las atenciones para lograr los mejores resultados posibles en salud y desarrollo de los niños y las niñas. De esta forma, incluir actividades de atención a la familia tiene por objeto el fortalecimiento de las capacidades de padres, madres, familiares y otros cuidadores para promover el desarrollo de los niños y las niñas.

Teniendo en cuenta lo anterior, su atención debe orientarse al abordaje de esos aspectos o hallazgos de la familia que han sido identificados a lo largo de todo el proceso de evaluación diagnóstica. En este sentido, los resultados y la información de todos los elementos de la valoración familiar (incluyendo los facilitados por herramientas como el Apgar familiar, el Ecomapa o el Familiograma) deben tenerse en cuenta en la definición, la implementación y el seguimiento del plan de cuidados del niño o la niña.

La atención de la familia debe favorecer el empoderamiento de padres, madres, familiares y otros cuidadores significativos en la vida, la crianza y el cuidado de los niños y las niñas; la promoción de su participación activa en el plan de cuidados, la mejor comprensión de las necesidades y oportunidades del desarrollo de los niños o las niñas, así como la generación de opciones o alternativas que contribuyan a modular los riesgos que puedan llegar a afectar negativamente el desarrollo o la adherencia al plan de cuidados (incluyendo el riesgo de “burn out” o sobrecarga de los cuidadores).

En términos generales, la atención de la familia debe considerar aquellos principios explicados en el capítulo 3, especialmente en lo referente a su reconocimiento como un sujeto que debe estar en el centro de las actividades de gestión y de atención. Del mismo modo, tenga presente todas aquellas recomendaciones anotadas en este mismo apartado sobre el plan de cuidados (numeral 4.3.).

#### **4.3.3. Recomendaciones para la articulación intersectorial para la promoción del desarrollo de niños y niñas con dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.**

Para la mayor potenciación del desarrollo de niños y niñas con dificultades, cursos atípicos o trastornos del desarrollo, es necesario que exista un trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud y los demás agentes de su atención integral, como los docentes y los trabajadores de instituciones de protección. Especialmente en el caso de los agentes del sector educación, es importante considerar un trabajo articulado que facilite la implementación de recomendaciones para realizar ajustes razonables en su proceso pedagógico.

Si bien el sector salud ofrece una información sobre el perfil de salud y de desarrollo del niño o la niña, los ajustes razonables del proceso pedagógico recaen específicamente en los agentes educativos. Para esto, se requiere que se consideren los conceptos emitidos por los distintos profesionales y especialistas del sector salud que participan del proceso de evaluación diagnóstica y de intervención para la habilitación y la rehabilitación del niño o niña. En este sentido, debe haber una complementariedad entre las perspectivas y las

funciones de los profesionales de la salud y del sector educación, sin que se sustituyan o remplacen sus quehaceres.

Quiere decir que los profesionales de la salud no deben indicar técnicas u objetivos pedagógicos, sino que deben establecer y organizar el perfil del desarrollo, las fortalezas y dificultades del niño o niña para que sean tenidas en cuenta en la formulación de los ajustes razonables de la intervención pedagógica. A su vez, los docentes deben velar porque el niño esté teniendo un abordaje integral de la salud y el desarrollo por parte del sector salud, pero no deben asumir tareas o funciones propias de los profesionales de la salud como solicitar la realización de pruebas o exámenes específicos, que no puedan interpretar, o promover prácticas desarticuladas que puedan generar sobrecostos innecesarios para las familias.

Los agentes educativos tienen una oportunidad especial para la identificación de niños y niñas que tienen comportamientos o un desarrollo diferente al de sus compañeros, y por lo tanto, pueden alertar sobre la necesidad de garantizar una evaluación integral. Sin embargo, no son ellos quienes deben organizarla ni planificarla. Si bien pueden recomendar la realización de valoraciones o realización de pruebas, no deben exigirlos, puesto que la pertinencia de su realización recae en el juicio clínico de los profesionales de la salud, especialmente por parte de los especialistas en pediatría, quienes lideran el proceso de evaluación diagnóstica y de intervención integral para la habilitación/rehabilitación del niño o la niña con dificultades o atipicidades del desarrollo. Del mismo modo, cuando se solicita un examen, debe saberse cómo se interpreta, por lo que es inadecuado que desde las instituciones educativas se exija la realización de determinados exámenes sin pasar primero por una valoración médica e idealmente, pediátrica.

Es decir, en el sector educativo, más allá de intentar establecer por qué un niño o una niña tiene un desarrollo o un comportamiento atípico (desde el punto de vista médico), debe haber una preferencia por identificarlos y por orientar cómo se potencia su desarrollo desde la labor pedagógica. La determinación del por qué el desarrollo del niño o la niña es diferente, les corresponde a los profesionales de la salud.

De otro lado, es común que desde algunas instituciones educativas se solicite la historia clínica de los niños o las niñas, ante esto, debe recordarse que según la normatividad colombiana, la historia clínica es un documento privado, de carácter legal, protegido por un carácter de confidencialidad otorgado por la ley, por lo que esta práctica también es inadecuada. En este sentido, es recomendable que se establezcan estrategias o alternativas de comunicación interinstitucional que les permita a las instituciones educativas conocer y comprender los aspectos puntuales de salud que deben ser tenidos en cuenta para la realización de los ajustes razonables desde el punto de vista pedagógico y educativo.

De nuevo, para garantizar una adecuada articulación en el trabajo articulado entre los profesionales de la salud y los agentes educativos, se requiere de una adecuada comunicación bidireccional y de un trabajo colaborativo intersectorial e interinstitucional. En el capítulo 5 (numeral 5.3.), se ofrecen unas recomendaciones adicionales para fortalecer

la articulación intersectorial para la promoción del desarrollo en los niños y las niñas con dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.

#### **4.3.4. Errores comunes del proceso de intervención para la promoción del desarrollo del niño o la niña con dificultades, atipicidades o trastornos del desarrollo.**

Con el objeto de reducir la probabilidad de cometer fallas durante el proceso de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o niña, que puedan afectar negativamente el logro de los resultados en desarrollo infantil, es necesario identificar los errores más comúnmente encontrados:

- Se interviene de forma fragmentada o desarticulada (No se trabaja en equipo).
- Se comienza a intervenir sin haber realizado previamente una valoración funcional integral.
- Se interviene sin establecer objetivos ni metas específicas.
- Se interviene con estrategias que no sirven o no están basados en la evidencia.
- Se proponen intervenciones simplistas a situaciones o problemas que pueden ser más complejos. Por ejemplo, se solicita la resección del frenillo lingual leve a un niño o una niña con problemas del lenguaje tanto comprensivo como expresivo.
- Se utiliza una misma intervención en todos los niños y las niñas sin considerar su perfil de fortalezas y dificultades del desarrollo (no se realiza una intervención individualizada).
- No se involucra a la familia en la intervención.
- No se revisan ni se replantean los diagnósticos conforme se presentan cambios en el perfil de desarrollo del niño o niña a lo largo del tiempo.

## CAPÍTULO 5

### RECOMENDACIONES FINALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y LA NIÑA CON RIESGOS, DIFICULTADES O ATIPICIDADES DEL DESARROLLO

El logro de los resultados en salud y en desarrollo de los niños y niñas con riesgos, dificultades o sospecha de problemas del desarrollo, depende de las intervenciones individuales y familiares, y de la gestión de la atención integral en salud. Para finalizar, se presentan algunas recomendaciones y reflexiones adicionales sobre distintos elementos que pueden incidir favorable o negativamente en la identificación de riesgos, en la detección de problemas, en la evaluación diagnóstica y en la intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional de los niños y las niñas que lo requieren.

#### 5.1. Recomendaciones para el talento humano en salud

Los profesionales y especialistas del talento humano en salud que participan de las acciones de detección de dificultades o problemas del desarrollo, de su evaluación diagnóstica o de la intervención en habilitación y rehabilitación funcional de la niña y el niño, realizan actividades de alto impacto para el curso de su vida, para las familias y para las sociedades. Teniendo en cuenta esto, y con el objeto de cualificar su actuación en la atención integral del niño y la niña con riesgos, dificultades, problemas o atipicidades del desarrollo, se recomienda:

- Fortalecer y actualizar los conocimientos sobre el desarrollo infantil, sobre el abordaje de sus problemas, sobre las estrategias de intervención que permitan mejorar los resultados en salud y desarrollo de los niños y niñas que atienden.
- Fortalecer actitudes y aptitudes para la atención humanizada y de alta calidad, basada en la comunicación asertiva, la escucha activa y la empatía para atender cálidamente a niños, niñas y sus familias, como un elemento fundamental que apoye el logro de los mejores resultados posibles en salud y desarrollo infantil.
- Promover y sostener actitudes de atención integral en salud basadas en el cumplimiento del marco normativo, en la actualización científica y en la racionalidad del juicio clínico para la identificación de riesgos, la detección de dificultades o problemas del desarrollo, la evaluación diagnóstica, la valoración funcional y la intervención en habilitación y rehabilitación.
- Aprender y adquirir las habilidades necesarias para realizar una adecuada evaluación integral de la salud y el desarrollo del niño y la niña. Como se menciona previamente, esta evaluación debe ser realizada por los especialistas en pediatría a partir de la detección de dificultades o sospecha de problemas del desarrollo infantil, sin embargo, esta también podría ser una tarea de los demás profesionales de la salud, especialmente de los profesionales de medicina y de enfermería. Adicionalmente, se requiere mejorar las destrezas para establecer planes de intervención y para ejercer el liderazgo requerido para realizar un seguimiento integral del desarrollo, según el rol que le corresponda.
- Aprender y adquirir las habilidades necesarias para realizar una adecuada

aplicación de escalas de tamizaje (como la EAD-3, el Test m-Chat R/F, el Cuestionario VALE) y de diagnóstico (como las Escalas Bayley, el Inventario Battelle, la Escala ADOS 2, etc.), así como la realización de una adecuada evaluación neuromotora (como la evaluación de los Movimientos Generales de Prechtl o el Examen Neurológico del Hospital Hammersmith); según corresponda al perfil profesional y a las necesidades de atención del desarrollo de los niños y las niñas.

- Aprender y adquirir las habilidades necesarias para realizar una adecuada valoración funcional con perspectiva de desarrollo integral, por parte de los profesionales y especialistas que participen de los equipos de rehabilitación (por ejemplo, de terapia ocupacional, de fonoaudiología o de fisioterapia).
- Sostener, de forma continua, la disposición para realizar un trabajo en equipos interdisciplinarios que, de forma sinérgica, fortalezca los procesos de evaluación diagnóstica y de intervención para la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional de los niños y las niñas.

Es fundamental recordar que los conocimientos, actitudes y habilidades que adquieren los profesionales y especialistas del talento humano en salud frente al desarrollo infantil, se construyen desde su mismo proceso de formación en la educación superior. Por este motivo, es deseable que las instituciones educativas fortalezcan sus contenidos curriculares frente al conocimiento del desarrollo infantil, a la valoración de la salud y del desarrollo integral, a la detección de dificultades o problemas del desarrollo y sobre el abordaje de estos.

Adicionalmente, en relación con el desarrollo infantil, es fundamental que las instituciones de educación superior promuevan en todos sus estudiantes y egresados, la práctica de valores y destrezas que favorezcan el trabajo en equipo interdisciplinario, la comunicación efectiva, cálida y asertiva con las familias; y la oferta de una atención respetuosa de la diversidad, basada en derechos humanos, con enfoque diferencial, de integralidad y de curso de vida.

Asimismo, es deseable que las sociedades científicas, las instituciones universitarias y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, promuevan actividades de educación continuada que permitan fortalecer los conocimientos, las actitudes y las habilidades frente al desarrollo infantil y la atención integral en salud de niños, niñas y sus familias, en los profesionales y especialistas del talento humano en salud que participan de los procesos de detección de dificultades o problemas del desarrollo, de su evaluación diagnóstica o de su intervención para la habilitación y la rehabilitación funcional.

## **5.2. Recomendaciones para el trabajo intercultural en la evaluación del desarrollo infantil.**

El desarrollo infantil está profundamente influenciado por las prácticas de crianza y de cuidado de los niños y las niñas, por lo que también guarda una relación estrecha con distintos aspectos culturales de las familias. Por este motivo, debe reconocerse que pueden

presentarse necesidades de ajuste en las actividades, prácticas o procedimientos para la detección, el abordaje diagnóstico o la intervención para la habilitación y la rehabilitación del desarrollo infantil, teniendo en cuenta las diferencias culturales que existan entre los trabajadores de la salud y los niños, las niñas y sus familias.

La cultura y las formas de crianza se relacionan de manera bidireccional. Los aspectos culturales influyen la forma como se crían los niños y las niñas, la visión sobre ellos y ellas y su rol en la comunidad o la sociedad, lo que se verá reflejado en las prácticas de crianza. Adicionalmente, la cultura incide en las expectativas de las familias sobre la salud, sobre el comportamiento y frente a la forma como se da el desarrollo de los niños y las niñas.

Colombia es considerado un país pluriétnico y multicultural, por lo que a pesar de que compartamos distintas características, prácticas, costumbres y valores como colombianos, se presentarán diferencias que pueden ser específicas de cada región o lugar en el que los niños y las niñas viven, se crían y se desarrollan. Estas diferencias culturales pueden encontrarse dentro de un mismo departamento, una misma ciudad, un mismo barrio e incluso, dentro de una misma familia.

Todos pertenecemos a una cultura, sin embargo, muchas veces no somos conscientes de nuestras propias prácticas, costumbres y expectativas. Por este motivo, es posible que en algunas ocasiones se puedan presentar choques o malos entendidos en la práctica clínica, motivados por la forma como nos comunicamos, nos relacionamos o como asumimos las diferencias culturales que puedan presentarse en relación con los niños, las niñas y las familias que atendemos.

Al ser nosotros trabajadores de la salud, tenemos la representación de una institución o de una profesión (en el caso de los profesionales que trabajan de forma independiente), por lo que es nuestra responsabilidad desarrollar unas habilidades que faciliten un trabajo que sepa orientar las particularidades de las prácticas de crianza y de cuidado de los niños y las niñas. El trabajo con grupos poblacionales o culturales diferentes al nuestro propio, implica la necesidad de aplicar un enfoque diferencial e intercultural en el que los trabajadores de la salud alcancemos una “competencia cultural” para brindar una atención “culturalmente sensible” a los niños, niñas y sus familias.

Como se mencionó en el capítulo 2, teniendo en cuenta que el desarrollo infantil es multideterminado, contextual y diverso, es necesario considerar que los aspectos culturales que pueden influirlo, podrían presentarse tanto en grupos occidentales como en comunidades campesinas, afrodescendientes, indígenas o de otro tipo. Asimismo, pueden presentarse particularidades culturales que es importante considerar, en grupos que comparten condiciones como la victimización por el conflicto armado o, en familias que participan activamente de un sistema de creencias específico, como en el caso de las familias pertenecientes a comunidades religiosas determinadas.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones para mejorar la “competencia cultural” de los trabajadores de la salud en el abordaje del desarrollo infantil:

- Tenga presente que la trabajo intercultural frente al desarrollo infantil, se enmarca

en el trabajo intercultural por la salud.

- El primer paso para el trabajo intercultural es hacerse consciente de la cultura propia. Entre más comprendamos nuestros propios sesgos culturales, más efectivos seremos en la atención de niños, niñas y familias de otras culturas.
- Tenga presente que las prácticas de crianza y de cuidado de los niños y las niñas frecuentemente reflejan diferentes expectativas sobre ellos y ellas que son basadas en distintos elementos culturales.
- Reconozca que la pertenencia o identificación de una persona con un grupo cultural en particular no es garantía de que el individuo suscriba todas las creencias y todas las prácticas del grupo.
- Considere que muchos grupos culturales tienen modelos explicativos sobre la salud, la enfermedad e incluso, sobre el desarrollo de los niños y las niñas, que son muy distintos de los tradicionalmente tratados en la atención en salud convencional.
- Procure saber quiénes son los niños, las niñas y las familias que atiende: ¿Dónde viven, ¿Qué lengua hablan?, ¿Qué experiencias tienen?, ¿Qué piensan sobre la niñez y sobre los niños?, ¿Qué prácticas tienen frente a la salud y frente a la crianza? No asuma nada para evitar la generación de estereotipos que puedan afectar la atención.
- Familiarícese con las creencias sobre salud, el comportamiento y el desarrollo de los niños y las niñas, y sobre las prácticas de crianza y de cuidado de los grupos poblacionales que atiende.
- Adopte una postura respetuosa de las prácticas de crianza y de cuidado que no sean nocivas o amenazantes para la salud, el desarrollo y los derechos de los niños y las niñas. En el caso de identificar prácticas nocivas, active las rutas de protección y de cuidado establecidas en la institución, con un enfoque intercultural.
- Promueva una negociación con los padres, las madres y las familias para complementar las prácticas y los tratamientos propios de la comunidad (físicos, herbales o espirituales), con aquellos brindados por el sistema de salud convencional para promover la habilitación del desarrollo y la rehabilitación funcional del niño o de la niña.
- Promueva constantemente la aplicación de un enfoque intercultural en su lugar de trabajo, para brindar una atención culturalmente sensible a las particularidades de los niños, las niñas y sus familias que son atendidos y atendidas allí.

### **5.3. Recomendaciones para el trabajo intersectorial por el desarrollo de la primera infancia**

El desarrollo de las niñas y los niños se exhibe en cada momento de la vida misma y esto los caracteriza. Cuando transitan por diferentes entornos, es posible aproximarnos a conocerlos mejor, a identificar sus riesgos y la presencia de indicadores que puedan sugerir una dificultad o un problema de este, así como a reconocer sus fortalezas. Del mismo modo, la participación del niño y la niña en distintas actividades y entornos sirve como una medida de intervención para la promoción de su desarrollo y su salud.

Los actores que se encuentran en los distintos entornos donde transcurre la vida de los niños y las niñas, se convierten en adultos significativos para su vida y en valiosos aliados para detectar cuando se puede estar presentando alguna situación que presente un riesgo o un problema en su desarrollo. Por este motivo, es fundamental establecer una relación complementaria de apoyo y promoción del desarrollo infantil con las diferentes personas con las que los niños y las niñas comparten su día a día.

Los entornos y ambientes donde los niños y niñas en primera infancia se encuentran habitual u ocasionalmente, son: la familia, las instituciones de salud, las instituciones de educación inicial, las instituciones de protección, las entidades culturales, las actividades recreativas y lúdicas, y el espacio público.

Por las características de la atención que brindan las instituciones de educación inicial, por la formación y el conocimiento de los y las docentes sobre el desarrollo infantil y por la posibilidad de tener una visión del niño o la niña en el compartir con otros niños y niñas de su rango de edad, las personas significativas que se encuentran o laboran en este entorno se convierten en aliados para la detección de dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo y del comportamiento infantil.

En muchas ocasiones, los padres, las madres y otras personas que cuidan del niño o la niña pueden no identificar comportamientos o pautas de desarrollo como diferentes o indicadoras de ser problemáticas. Por este motivo, cuando los niños y niñas comienzan su participación en entornos de educación inicial, muchas veces se generan alertas sobre la posibilidad de encontrarse frente a una dificultad o un problema en el desarrollo.

De esta forma, se considera que los actores de la educación inicial tienen la posibilidad de mejorar los procesos de detección de los niños y niñas con dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo infantil. En este sentido, debe velarse por la construcción de procesos de articulación inter y transectorial que faciliten la acogida de los niños y las niñas derivados desde estas instituciones, y que contribuyan a la adopción de medidas de rehabilitación integral que mejoren el funcionamiento o desempeño del niño o niña, gracias a la implementación de estrategias pedagógicas.

En general, se considera que debe fortalecerse la articulación entre los diferentes sectores y actores en el marco de la atención integral a la primera infancia, para mejorar el reconocimiento de los factores de riesgo y de las señales de alarma en desarrollo infantil, a fin de hacer la derivación temprana y oportuna de los niños y niñas para una valoración integral de su salud y su desarrollo. En relación con la articulación inter y transectorial frente al desarrollo infantil, se recomienda:

- Establecer una comunicación efectiva (por ejemplo, a través de conceptos y recomendaciones escritas) y una relación de apoyo al desarrollo, con los distintos actores y sectores de la vida del niño o la niña. El trabajo colaborativo ayudará a identificar las fortalezas y las dificultades que se presentan en su comportamiento y su desarrollo, pero además, contribuirá al proceso de habilitación del desarrollo y de rehabilitación integral a través del trabajo que realiza cada uno los actores.
- Promover la intervención orientada a mejorar el funcionamiento o el desempeño del niño o niña en los distintos entornos de la vida y no solamente a la adquisición de

destrezas para realizar conductas específicas.

- Cuando sea posible, generar recomendaciones que deban ser tenidas en cuenta durante el cuidado del niño o niña, y que ayude a promover su desarrollo integral.
- Desarrollar acciones que aporten a la derivación y tránsito de las personas hacia la ruta de rehabilitación integral, para promover su inclusión social, en los casos que aplique.
- Trabajar con la familia y con los líderes de la comunidad, los docentes y la red social cercana para contribuir a canalizar oportunamente a las redes de atención en salud y a la detección temprana de las alteraciones y de los factores de riesgo para el desarrollo.
- Promover permanentemente el cuidado sensible y amoroso de los niños y niñas en primera infancia, con o sin riesgos para el desarrollo, o con indicadores de dificultades o problemas del desarrollo. Este cuidado sensible y amoroso es favorecedor del desarrollo infantil, y por este motivo, se espera que sea garantizado en todos los entornos y sectores en los que los niños y las niñas vivan y compartan con otras personas.

Estas recomendaciones finales sobre el talento humano en salud, sobre el trabajo intercultural y sobre la articulación intersectorial, deben tenerse en cuenta, en conjunto con las demás presentadas a lo largo de todo el documento, especialmente las descritas en los capítulos 3 y 4.

## ANEXOS

### Anexo N° 1

#### RECURSOS EDUCATIVOS PARA EL ABORDAJE DEL NIÑO Y LA NIÑA CON RIESGOS O ATIPICIDADES DEL NEURODESARROLLO

**Examen neurológico pediátrico de la Universidad de Utah (Pediatric NeuroLogic Examination Videos and Descriptions: A Neurodevelopmental Approach):** Disponible en: [https://neurologicexam.med.utah.edu/pediatric/html/newborn\\_n.html](https://neurologicexam.med.utah.edu/pediatric/html/newborn_n.html).

**Elementos de dismorfología – Terminología de malformaciones humanas:** Disponible en: <https://elementsofmorphology.nih.gov/>.

**Evaluación de Movimientos Generales de Prechtl:** Disponible en: <http://www.general-movements-trust.info/>.

**Examen Neurológico del Hospital Hammersmith:** Disponible en: <https://www.mackeith.co.uk/hammersmith-neurological-examinations/>.

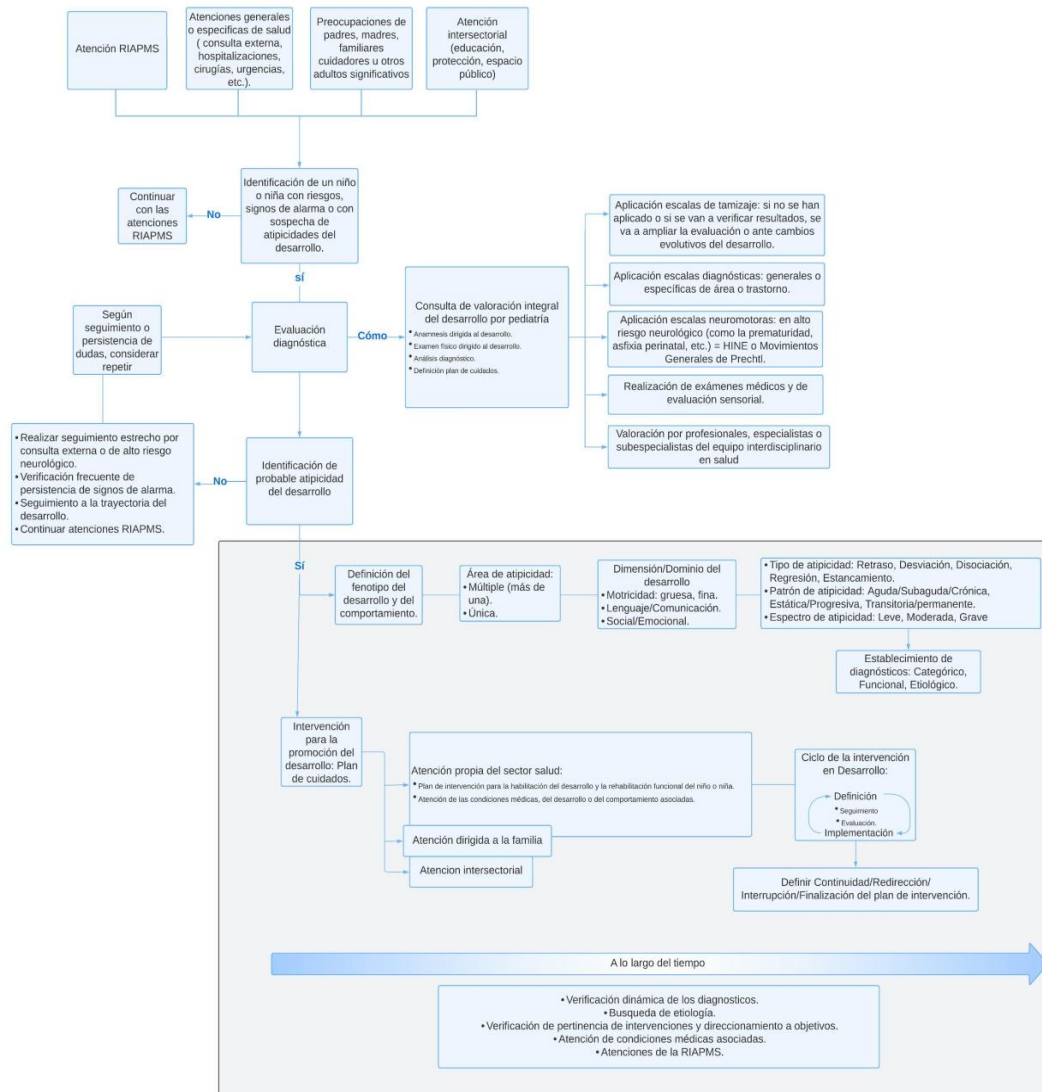
**Anexo N°2**

**MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE CONCEPTOS  
PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO DEL NIÑO O LA NIÑA  
CON SOSPECHA DE ALTERACIONES DEL DESARROLLO INFANTIL.**

<b>Registro de apoyo a la intervención diagnóstica y terapéutica del niño y la niña con sospecha de alteraciones del neurodesarrollo</b>			
Fecha:			
Nombres		Apellidos	
Identificación		Historia Clínica	
Fecha de Nacimiento		Edad	
Régimen de afiliación		EPS	
Profesional/Especialista:	Fecha:	Profesional/Especialista:	Fecha:
Firma:		Firma:	
Profesional/Especialista:	Fecha:	Profesional/Especialista:	Fecha:
Firma:		Firma:	
Diagnóstico presuntivo inicial			
Diagnóstico categórico			
Diagnóstico etiológico			
Diagnóstico funcional			
Plan de intervención terapéutica			

**Anexo N° 3**

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL ABORDAJE DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS CON RIESGO O SOSPECHAS DE DIFICULTADES O ATIPICIDADES DEL DESARROLLO**



**Fundamentos y Principios de la atención de niños y niñas en primera infancia con riesgos, problemas o atipicidades del desarrollo, y sus familias:**

- Integralidad.
- Trabajo en equipo interprofesional (interdisciplinariedad).
- Atención continua y longitudinal.
- Atención prioritaria.
- "Relación sensible con los niños, niñas y sus familias":
  - > Centramiento de la atención en los niños, las niñas y sus familias.
  - > Comunicación efectiva.
  - > Alianza terapéutica.
  - > Abierta a la Adaptabilidad (cultural, poblacional o geográfica)

\*Estos elementos se consideran fundamentales para brindar una atención que permita alcanzar los mejores resultados en salud y desarrollo de los niños y niñas, reconociendo que sus derechos son universales, integrales, prevalentes e independientes. Deben ser tenidos en cuenta en todo el espectro de la atención integral en salud (detección, diagnóstico, intervención) y a lo largo del curso de la vida.

## GLOSARIO

**Atipicidad del desarrollo:** Curso del desarrollo en el que se presentan los procesos del desarrollo de una forma diferente a la habitual. Puede ser del tipo retraso, disociación, desviación, estancamiento o regresión. En el texto, se utiliza para incluir tanto los problemas como los trastornos del desarrollo infantil. Es de anotar que no necesariamente la presencia de una atipicidad representa un estado patológico o un trastorno.

**Ciclo de la intervención en el desarrollo:** Conjunto de acciones interrelacionadas y continuas que tienen por objeto promover el desarrollo infantil, identificar el perfil de dificultades o problemas en el desarrollo o el comportamiento del niño o la niña, e intervenir a partir de estereconocimiento, de forma continua, organizada y dirigida al cumplimiento de metas y objetivos para el mejoramiento de la funcionalidad y los resultados del desarrollo. Consta de cuatro momentos: 1) evaluación inicial, 2) planeación y definición de la intervención, 3) intervención y, 4) evaluación final y seguimiento.

**Desarrollo infantil:** Proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía. No se sucede de manera lineal, secuencial, acumulativa, siempre ascendente, homogénea, prescriptiva e idéntica para todos los niños y las niñas, sino que se expresa de manera particular en cada uno.

**Equipo interdisciplinario:** Conjunto de profesionales que participan de forma activa en el abordaje del niño o niña con riesgos, dificultades, problemas o cursos atípicos del desarrollo con el objeto de brindar una atención integral que garantice la integralidad tanto en la evaluación diagnóstica como en la intervención.

**Evaluación neuromotora:** Estrategia orientada a la detección de signos con gran capacidad de predicción de Parálisis Cerebral, y que debe aplicarse a niños y niñas con alto riesgo neurológico de forma longitudinal. Se fundamenta en la realización de un examen neurológico estandarizado.

**Proceso de Habilitación:** Conjunto de intervenciones orientadas a la adquisición o al mejoramiento de distintas habilidades y capacidades funcionales del desarrollo de niños y niñas. A diferencia del proceso de rehabilitación, se emplea este término en el caso de niños y niñas que no han desarrollado previamente las habilidades o las capacidades necesarias para la realización de distintas tareas de forma autónoma.

**Proceso de Rehabilitación:** Componente esencial de la atención integral en salud, entendido como una estrategia que posibilita prevenir, restaurar, compensar o retardar el deterioro del funcionamiento humano. En el caso de niños, niñas y adolescentes con dificultades o atipicidades del desarrollo, se orienta al apoyo de la recuperación de las habilidades y de las capacidades funcionales previamente adquiridas, para mejorar la relación de la persona con su entorno y su funcionamiento en el mismo.

**Problema del desarrollo:** Signo, síntoma o característica de un desarrollo infantil atípico cuya severidad, afectación o significancia es leve o no tiene una repercusión funcional de gran intensidad. Puede ser transitorio o permanente, pero es de leve intensidad.

**Rehabilitación funcional:** Estrategia y conjunto de procedimientos de la atención en salud orientados a la recuperación de las habilidades y las capacidades funcionales del niño o la niña en una o varias áreas del desarrollo.

**Rehabilitación integral:** Conjunto de procedimientos, tanto del sector salud como de otros sectores, que de forma articulada, mejoran el funcionamiento o reducen las restricciones y de esta forma, promueven la participación social de los niños y las niñas con dificultades o atipicidades del desarrollo.

**RIAS:** Herramienta para la gestión de la atención integral en salud de la población a lo largo del curso de la vida.

**Tamizaje del desarrollo:** Estrategia de valoración del desarrollo infantil orientada a la detección de niños y niñas con riesgos o con probables atipicidades, dificultades, problemas o trastornos del desarrollo infantil. Implica la aplicación de un instrumento estandarizado para poder realizar esta detección de forma aceptable y confiable.

**Trastorno del desarrollo:** Condición de atipicidad del desarrollo infantil caracterizada por una mayor severidad, afectación o repercusión funcional, en comparación con los problemas del desarrollo. Para su diagnóstico se requiere del cumplimiento de unos criterios de diagnóstico específicos.

**Vigilancia del desarrollo:** Estrategia de valoración del desarrollo infantil orientada a la detección de niños y niñas con riesgos o con probables atipicidades, dificultades, problemas o trastornos del desarrollo infantil. A diferencia del tamizaje, se caracteriza por ser flexible, emplear un enfoque de riesgo, facilitar la identificación de trayectorias de desarrollo, hitos del desarrollo y signos de alarma.

## BIBLIOGRAFÍA

Barnes, A., Anthony, B., Karatekin, C., Lingras, K., Mercado, R., Thompson, L. (2020). Identifying Adverse Childhood Experiences in Pediatrics to Prevent Chronic Health Conditions. *Pediatr Res.* 2020 January ; 87(2): 362–370.

Barton, E. Reichow, B., Schnitz, A., Smith, I., Sherlock, D. (2015). A systematic review of sensory-based treatments for children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities.* 2015. 37: 64-80.

Basso, G. (2016). *Neurodesarrollo en neonatología: intervención ultratemprana en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.* Primera edición. Editorial Médica Panamericana. ISBN 978- 950-06-9488-9.

Brown, K., Parikh, S., Patel, D. (2020). Understanding basic concepts of developmental diagnosis in children. *Translational Pediatrics,* 9 (Suppl 1): S9-S22.

Cafiero, P., Rodríguez, E. (2019). *Neurodesarrollo: Conceptos básicos.* En: Abraldes, K. & cols. *El niño con trastornos del neurodesarrollo.* Series de Pediatría Garrahan. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-950-06-9614-2.

Carey, W., Crocker, A., Coleman, W., Elias, E., Feldman, H. (2009). *Developmental-Behavioral Pediatrics.* Fourth Edition. Saunders Elsevier. ISBN 978-1-4160-3370-7.

Caycedo, L. (2013). *Desarrollo psicomotor y sus alteraciones.* En: Leal, F. *Plata Rueda El pediatra eficiente.* 7ª Edición. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-958-8443-29-4.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). *Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo.* Primera edición. Médico D.F.: Secretaría de Salud. ISBN: 978-607-460-426-9.

Congreso de la República de Colombia (2016). Ley 1804. Extraído en octubre de 2020. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1804\\_2016.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1804_2016.html).

Congreso de la República de Colombia (2019). Ley 1980. Extraído en noviembre de 2020. Disponible en:

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1980\\_2019.html#:~:text=Cr%C3%A9se%20el%20Programa%20de%20Tamizaje,de%20Salud%2C%20acorde%20con%20las](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1980_2019.html#:~:text=Cr%C3%A9se%20el%20Programa%20de%20Tamizaje,de%20Salud%2C%20acorde%20con%20las)

Council on Children With Disabilities. (2006). Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. *Pediatrics;* 118; 405.

Cyrulnik, B. (2001). *Los patitos feos La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. 8ª edición. Gedisa Editorial. ISBN: 84-7432-926-4.

Dixon, S., Stein, M. (2006). *Encounters with children: Pediatric Behavior and Development*. Fourth Edition. Mosby Elsevier. ISBN -13: 978-0-323-02915-5.

Einspieler, C., Prechtl, H. (2005). *Prechtl's Assessment of General Movements: A diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system*. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 11: 61–67.

Gilgoff, R., Singh, L., Koita, K., Gentile, B., Marques, S. (2020). *Adverse Childhood Experiences, Outcomes, and Interventions*. *Pediatr Clin N Am*. 2020; 67: 259–273.

Gobierno de Colombia (2013). *Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Estrategia de atención integral a la primera infancia*. Extraído en octubre de 2020. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>.

Gobierno de Colombia (2017). *Escala Abreviada de Desarrollo-3*. Extraído en agosto de 2020. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>.

Hornor, G. (2019). *Attachment Disorders*. *J Pediatr Health Care*. (2019) 33, 612-622.

Houtrow, A., Murphy, N., American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities (2019). *Prescribing Physical, Occupational, and Speech Therapy Services for Children With Disabilities*. *Pediatrics*. 2019; 143(4): e20190285.

Irwin, L., Siddiqi, A., Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador*. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Extraído en septiembre de 2020. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/early\\_child\\_dev\\_ecdkn\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf?ua=1).

Kliegman, R., Ruggeri, B., Marquardt Smith, M. (2017). *The Team -Based Approach to Undiagnosed and Rare Diseases*. *Pediatr Clin N Am*. 2017 (64); 17–26.

Larrieu, J. y cols., (2019). *Assessing the Relational Context of Infants and Young Children*. En: *Handbook of Infant Mental Health*. Fourth Edition. The Guilford Press. ISBN: 9781462537150.

Levine, D. (2019). *Evaluación del niño con necesidades especiales*. En: *Nelson Pediatría Esencial*. Octava Edición. Elsevier. ISBN: 978-0-323-51145-2.

Lipkin, P., Macias, M., & American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. *Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening*. *Pediatrics*. 2020; 145(1): e20193449.

Liu, X., Zahrt, D., Simms, M. (2018). An Interprofessional Team Approach to the Differential Diagnosis of Children with Language Disorders. *Pediatr Clin N Am.* 2018; 65: 73–90.

Mercuri, E., Baranello, G., Ricci, D. (2009). Developmental assessment: neurological examination. En: Guzzetta, F. *Neurology of the Infant.* John Libbey Eurotext. ISBN: 978-2-7420-0731-8.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. (2014). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años y la promoción del desarrollo, detección temprana y enfoque inicial de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años en Colombia. Guía No. 24. ISBN: 978-958-8361-XXXXX.

Ministerio de Salud y Protección Social-Minsalud, Instituto de evaluación tecnológica en salud- IETS. (2015). Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención Integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Extraído en septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Resolución 3280 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Extraído en octubre de 2018. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5333](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5333).

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Resolución 276 Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018. Extraído en octubre de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2019b). Resolución 2654 Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Extraído en noviembre de 2020. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20de%2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20de%2019.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Anexos Test de Valoración integral. Instrumentos. Extraído en noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2020b). Instrumentos sugeridos en la valoración integral para detección temprana de riesgos o alteraciones. Extraído en noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/instrumentos-aplicacion-sugerida-rpms.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Propuesta de lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud. Documento de trabajo del Grupo de trabajo de Gestión de la discapacidad del Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Resolución 1239 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Extraído en febrero de 2023. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201239%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201239%20de%202022.pdf).

Moeschler, J., Shevell, M. & Committee on Genetics. (2014). Comprehensive Evaluation of the Child with Intellectual Disability or Global Developmental Delays. *Pediatrics* 2014;134; e903- e918.

Nápoli, S., Maiocchi, A., Pedernera, P., Bertotto, V., Abrales, K. (2019). Los primeros años. En: Abrales, K. & cols. *El niño con trastornos del neurodesarrollo. Series de Pediatría Garrahan*. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-950-06-9614-2.

Noritz, G., Murphy, N. & Neuromotor Screening Expert Panel. (2013). Motor Delays: Early Identification and Evaluation. *Clinical Report American Academy of Pediatrics. Pediatrics*; 131: e216-2027.

Organización Panamericana de la Salud Colombia (sin fecha). Sobre la Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI. Consultado en noviembre de 2020. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiepi&Itemid=0](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiepi&Itemid=0).

Organización Panamericana de la Salud (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Extraído en octubre de 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.

Organización Panamericana de la Salud (2021). El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. Extraído en junio de 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55218>.

Patel, D., Neelakantan, M., Pandher, K., Merrick, J. (2020). Cerebral palsy in children: a clinical overview. *Translational Pediatrics*;9 (Suppl 1): S125-S135.

Presidencia de la República de Colombia (2015). Decreto 280 Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Extraído en febrero de 2023. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66611>.

Sánchez, M., García, C., Martínez, M. (2014). Evaluación del desarrollo psicomotor. En: Manual de Neurología Infantil. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-84-9835-785-1.

Simms, M. (2017). When Autistic Behavior Suggests a Disease Other than Classic Autism. *Pediatr Clin N Am*; 64: 127-138.

Vallance, H., Sinclair, G., Rakic, B., Stockler-Ipsiroglu, S. 2020. Diagnostic yield from routine metabolic screening tests in evaluation of global developmental delay and intellectual disability. *Paediatrics & Child Health*, 2020, 1–5.

Verdú, A., Aguilera, S. (2014). Examen neurológico del neonato y del niño pequeño. En: Manual de Neurología Infantil. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. ISBN: 978-84-9835-785-1.

Voigt, R., Macias, M., Myers, S. (2011). *Developmental and Behavioral Pediatrics. Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. American Academy of Pediatrics.* ISBN-13: 978-1-58110-274-1.

Voigt, R., Macias, M., Myers, S., Tapia, C. (2018). *Developmental and Behavioral Pediatrics. Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. American Academy of Pediatrics. 2nd Edition.* ISBN: 978-1-61002-134-0.

Volpe, J. y cols. (2018). *Volpe's Neurology of the Newborn. Philadelphia Saunders. 5th Edition.* ISBN 9780323428767.

Yáñez, M. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo. Diagnóstico, evaluación e intervención. Primera edición. Editorial Manual Moderno.* ISBN: 978-607-448566-0.

Zafeiriou, D. (2004). Primitive Reflexes and Postural Reactions in the Neurodevelopmental Examination. *Pediatr Neurol.* 2004;31:1-8.

Zimmer, M., Desch, L. (2012). Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics.* 2012. 129 (6): 1186 – 1189.