

MANUAL PARA LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL “EDI”



Manual para la Aplicación de la
Prueba Evaluación del Desarrollo
Infantil “EDI”

2013

Toda reproducción autorizada de este manual, debe ser en forma íntegra, sin alteraciones o modificaciones, hacer referencia de las instituciones que lo generaron y no utilizarlo con fines de lucro.

Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil
“EDI”

Primera edición, 2013

Primera reimpresión, 2013

Secretaría de Salud

ISBN 978-607-460-417-7.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Gustavo E. Campa No. 54, Col. Guadalupe Inn, Del. Álvaro Obregón

México, D.F. CP. 01020

Directorio

SECRETARÍA DE SALUD

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud
Dr. Luis Rubén Durán Fontes
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
Lic. Marcela Velasco González
Subsecretaría de Administración y Finanzas

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Gabriel O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud
Mtro. Eduardo Francisco Berterame Barquín
Director General de Afiliación y Operación
Mtro. Antonio Chemor Ruiz
Director General de Financiamiento
Dr. Javier Lozano Herrera
Director General de Gestión de Servicios de Salud
Lic. Fernando César Luna Abundio
Director General de Administración y Finanzas
Dr. Daniel Aceves Villagrán
Director General del Programa Oportunidades
Dr. Carlos Esteban Aranza Doniz
Director General Adjunto del Programa Médico Siglo XXI
Lic. Marco Antonio Flores Cuevas
Director General de Coordinación con Entidades Federativas
Mtro. Jesús A. Medina San Martín
Director General de Procesos y Tecnologías

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (CeNSIA)

Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz
Director General
Dra. Verónica Carrión Falcón
Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Dra. Laura Margarita Tapia Muñoz
Subdirectora Técnica de Salud de la Infancia
Dra. Ariadna Bernal Zamora
Coordinadora del Componente de Evaluación del desarrollo y Estimulación Temprana

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Dr. José Alberto García Aranda
Director General
Dr. Onofre Muñoz Hernández
Director de Investigación
Mtro. Antonio Rizzoli Córdoba
Jefe de la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Ing. Carlos Prado Buitrón
Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable
Mtra. María Cristina Castillo Espinosa
Directora General de Protección a la Infancia

CONTENIDO CONCEPTUAL:

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| Antonio Rizzoli Córdoba | Lourdes Schnaas Y Arrieta |
| Silvia Liendo Vallejos | Beatriz Romo Pardo |
| Guillermo Vargas López | Mariel Pizarro Castellanos |
| Guillermo Buenrostro Márquez | Marta Lía Pirola |

DISEÑO E ILUSTRACIONES: María Flores Figueroa

FOTOGRAFÍA: ©UNICEF Mauricio Ramos

COLABORACIÓN:

Comisión Nacional de Protección Social en Salud:

Daniel Aceves Villagrán, Joaquín Carrasco Mendoza, Adriana Antillón Ocampo, Jorge Carreón García y María Esther Valadez Correa.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA)
María Magdalena Solares Lamas

Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG):
José Alberto García Aranda, Onofre Muñoz Hernández.

Representación de UNICEF en México:
Marcelo Mazzoli y Paola Martínez.

PRUEBA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL (EDI)

Instituto Nacional de Perinatología (VERSIÓN ORIGINAL)

Lourdes Schnaas Y Arrieta
Estela Perroni Hernández
Efraín Olivas Peña

Unidad de Investigación en Neurodesarrollo del HIMFG (VERSIÓN MODIFICADA)

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Antonio Rizzoli Córdoba | Silvia Liendo Vallejos |
| Beatriz Romo Pardo | Guillermo Buenrostro Márquez |
| Mariel Pizarro Castellanos | Marta Lia Pirola |

AGRADECIMIENTOS:

A Elías Hernández Ramírez, Rocío del Carmen Córdoba García, Ana Alicia Jiménez Burgos, Ana Lilia González Camacho, Susana Olga Lira Guerra, Roberto Robles Anaya, Juan Garduño Espinosa, Judith Torres Mujica, Lizbeth Robles Ochoa, Miguel Ruíz Rico, Rosana Huerta Abarrán y Amapola Adell Gras.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción a la Prueba “EDI“ | 6 |
| Puntos clave | 6 |
| Cálculo de edad..... | 9 |
| Calificación abreviada de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI“ | 11 |
| Ítems correspondientes factores de riesgo biológico (desde un mes hasta los 60 meses)..... | 14 |
| Ítems correspondientes a la exploración neurológica (desde un mes hasta los 60 meses)..... | 16 |
| Ítems correspondientes al grupo 1 (un mes)..... | 18 |
| Ítems correspondientes al grupo 2 (dos meses)..... | 21 |
| Ítems correspondientes al grupo 3 (tres meses)..... | 25 |
| Ítems correspondientes al grupo 4 (cuatro meses)..... | 28 |
| Ítems correspondientes al grupo 5 (cinco a seis meses)..... | 31 |
| Ítems correspondientes al grupo 6 (siete a nueve meses)..... | 35 |
| Ítems correspondientes al grupo 7 (10 a 12 meses)..... | 39 |
| Ítems correspondientes al grupo 8 (13 a 15 meses)..... | 42 |
| Ítems correspondientes al grupo 9 (16 a 18 meses)..... | 46 |
| Ítems correspondientes al grupo 10 (19 a 24 meses)..... | 50 |
| Ítems correspondientes al grupo 11 (25 a 30 meses)..... | 54 |
| Ítems correspondientes al grupo 12 (31 a 36 meses)..... | 57 |
| Ítems correspondientes al grupo 13 (37 a 48 meses)..... | 61 |
| Ítems correspondientes al grupo 14 (49 a 60 meses)..... | 65 |
| Formatos para la aplicación de la prueba EDI..... | 69 |

INTRODUCCIÓN

La prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) es una herramienta de tamizaje diseñada y validada en México para la detección temprana de problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años de edad.

Nota aclaratoria: El objetivo de la prueba es evaluar a todos los niños y niñas y cada punto tanto de la prueba como del manual debe ser similar para ambos. En el texto del presente manual se puede llegar a utilizar niño/niños para expresar niño/niña o niños/niñas, con el único fin de hacer mas entendible el texto.

PUNTOS CLAVE DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA EDI

Clave 1:

Existen dos modalidades de aplicación de los ítems de la prueba EDI:

PREGUNTAS DIRIGIDAS: Se investiga el ítem interrogando a la mamá, el papá o cuidador(a).

OBSERVACION DEL NIÑO: Se investiga el ítem examinando la conducta del niño. El evaluador encontrará dos asteriscos (**) en los ítems que requieran evaluación del niño.

Clave 2:

La prueba EDI tiene el siguiente sistema de codificación:

MG: motriz gruesa

EN: exploración neurológica

MF: motriz fina

FRB: factores de riesgo biológico.

LE: lenguaje

ALA: señales de alarma

SO: social

ALE: señales de alerta

CO: conocimiento

Clave 3:

Cada ítem de la prueba EDI se califica de manera individual, siguiendo un formato muy simple con sólo dos respuestas posibles:

| | |
|--------------------------|----|
| Lo hace o lo tiene | SI |
| No lo hace o no lo tiene | NO |

Clave 4:

En todas las PREGUNTAS DIRIGIDAS, es importante verificar la frecuencia de la aparición de la conducta, por lo que la respuesta se califica en base a lo siguiente:

| | |
|---|----|
| Lo hace siempre o la mayor parte de las veces | SI |
| No lo hace o lo hace muy rara vez | NO |

Clave 5:

Todas las preguntas marcadas con ** (modalidad observación del niño) deben de ser observadas durante la aplicación de la prueba, tal y como se describe en este manual.

Clave 6:

Algunos ítems que deben ser observados pueden requerir

- a) que se le muestre al niño como se realiza la actividad o,
- b) en caso de que no lo realice correctamente, se debe repetir la instrucción, para asegurar que no se pueda realizar a pesar de que se haya entendido correctamente la instrucción.

Clave 7:

Al finalizar toda la aplicación de la prueba EDI, en base a los resultados obtenidos en los cinco ejes de la prueba, el desarrollo del niño puede ser clasificado como:

DESARROLLO NORMAL o VERDE: El niño cumple los hitos y habilidades esperadas para su grupo de edad en todas las áreas del desarrollo y además no presenta ninguna señal de alarma o datos anormales en la exploración neurológica.

REZAGO EN EL DESARROLLO o AMARILLO: El niño no cumple con todos los hitos y habilidades esperadas para su grupo de edad pero no presenta un retraso considerable porque ha logrado los hitos del grupo de edad anterior.

En algunos grupos de edad el niño puede presentar factores de riesgo biológico o señales de alerta.

RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO o ROJO: El niño no cumple adecuadamente con los hitos del desarrollo y habilidades esperadas para su grupo de edad, y presenta un retraso considerable por que no ha logrado los hitos del grupo anterior; o presenta señales de alto riesgo como son las señales de alarma o tiene una exploración neurológica claramente anormal.

BLOQUE 1: DATOS PERSONALES

Grupo de edad: Define el grupo al que pertenece el niño. En niños nacidos antes de las 37 semanas y menores de 2 años de edad se debe realizar primero el cálculo de edad corregida para aplicar la prueba que corresponda a ésta y **NO** a la de la edad cronológica.

Datos de identificación del niño:

- Edad del niño: Edad exacta en años y meses
- Edad corregida: Edad corregida en años y meses cuando se requiera.
- Datos de la persona que lo lleva a evaluación y edad.
- Pertenencia a algún grupo de población indígena y no hispano hablante: Consignar la necesidad de un traductor para la aplicación de la prueba EDI.
- Fecha de aplicación.

* Utilice tinta para llenar este formato.

Edad cronológica: se calcula a partir de la fecha de nacimiento

Edad corregida: válido para los niños (as) que nacieron antes de las 37 semanas y corresponde a la edad que tendría si hubiera nacido en la fecha prevista, a las 40 semanas de gestación. La corrección se realiza hasta que cumpla los 2 años de vida. Se debe aplicar la prueba para el grupo de la edad CORREGIDA.

** REQUIERE OBSERVACIÓN DIRECTA

| | | | | | | |
|---|----------------------|-------|--------|-------------------------|-------|--------|
| Nombre del niño(a): | Edad | Años: | Meses: | Edad Corregida: | Años: | Meses: |
| Nombre de la persona que lo lleva a Evaluación: | | | | Edad: | | |
| Parentesco con el niño(a): | ¿Población indígena? | SI | NO | Fecha de la Evaluación: | / | / |

BLOQUE 2: EVALUACIÓN DE LOS 5 EJES

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO: Cualquier situación conocida que ha vivido o vive un niño, la cual puede predisponer a retraso en el desarrollo. Esto no implica que exista o vaya a existir retraso. Son comunes para todos los grupos, y son:

1. Asistencia a dos o menos consultas prenatales.
2. Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.
3. Gestación menor a 34 semanas.
4. Peso del niño al nacer de 1500g o menos.
5. Retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto.
6. Hospitalización del niño(a) en la unidad cuidados intensivos neonatales (UCIN) o antes del primer mes de vida con duración mayor a cuatro días.
7. Madre menor a 16 años al momento el parto.

SEÑALES DE ALERTA: Conjunto de signos o síntomas que en ausencia de otra alteración pueden sugerir una desviación del patrón normal de desarrollo, por lo que se requiere un seguimiento más cercano del desarrollo del niño.

ÁREAS DEL DESARROLLO: Conjunto de habilidades relacionadas con varias funciones cerebrales, en la que el niño va mostrando un progreso o evolución a lo largo del tiempo.

Para fines de la prueba EDI se agrupan en: motor fino, motor grueso, lenguaje, social y conocimiento.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: Conjunto de preguntas, observaciones y maniobras con el fin de valorar a grosso modo la integridad y madurez del sistema nervioso. Para fines de la prueba EDI se seleccionaron tres:

1. ¿Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo?
2. ¿Presenta alteración o asimetría en la movilidad de ojos o expresión facial?
3. ¿Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad?

SEÑALES DE ALARMA: Expresión clínica de un probable retraso o desviación del patrón normal de desarrollo. Estos signos no son evidencia absoluta de un retraso neurológico o del desarrollo sino que indican que es necesaria una valoración más profunda del niño.

BLOQUE 3: CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA EDI

La prueba EDI es completamente cualitativa. Al finalizar su aplicación, con base en los resultados obtenidos en los 5 ejes de la prueba, el niño debe ser clasificado dentro de la categoría a la que pertenece.

Para decidir el color, el evaluador usa la información obtenida en los 5 ejes: Las áreas del desarrollo, las señales de alarma, la exploración neurológica, las señales de alerta y los factores de riesgo aplicando los criterios de la tabla de calificación del grupo de edad. Con esta información es posible decidir el color de riesgo del niño.

CÁLCULO DE EDAD

Para calcular la edad cronológica se realiza una resta entre la fecha de evaluación y la fecha de nacimiento del niño:

| | Año | Mes | Día |
|---------------------|-----|-----|-----|
| Fecha de evaluación | | | |
| Fecha de nacimiento | | | |
| Edad cronológica | | | |

Por ejemplo en un niño nacido el 5 de febrero del 2011 y evaluado el 23 de septiembre del 2012.

| | Año | Mes | Día |
|---------------------|-----|-----|-----|
| Fecha de evaluación | 12 | 09 | 23 |
| Fecha de nacimiento | 11 | 02 | 05 |
| Edad cronológica | 01 | 07 | 18 |

El niño tiene un año, siete meses y 18 días

En algunos casos para realizar la operación es necesario restar y pedir prestado días al mes, y meses al año. Si el día de la fecha de evaluación es menor al día de la fecha de nacimiento, se le piden 30 días al mes. Si el mes de la fecha de evaluación es menor al mes de la fecha de nacimiento, se le piden 12 meses al año.

- Ejemplo 1: los días le piden prestado 30 días al mes (un mes igual a 30 días)

| | Año | Mes | Día |
|---------------------|------|---------------|----------------|
| Fecha de evaluación | 12 | $03 - 1 = 02$ | $05 + 30 = 35$ |
| Fecha de nacimiento | - 10 | - 01 | - 21 |
| Edad cronológica | 02 | 01 | 14 |

El niño tiene dos años, un mes y 14 días, y le corresponde la aplicación de la prueba del grupo ONCE (de los 25 meses hasta un día antes de cumplir los 31 meses).

Ejemplo 2 (los meses le piden prestado 12 meses al año):

| | Año | Mes | Día |
|-------------------------|------------|--------------|-----------|
| Fecha de evaluación | 12 -1 = 11 | 03 + 12 = 15 | 20 |
| Fecha de nacimiento | - 11 | - 07 | - 14 |
| Edad cronológica | 0 | 08 | 06 |

El niño tiene **ocho meses y seis días** y se le debe aplicar la prueba del grupo SEIS (de los siete meses a un día antes de cumplir los diez meses). Esto en el caso de que haya sido de término (mayor a 37 semanas de gestación). En caso contrario, **ANTES DE APLICAR LA PRUEBA DEBE CALCULARSE LA EDAD CORREGIDA.**

PROCEDIMIENTO PARA CALCULAR LA EDAD CORREGIDA:

Quando el niño es menor de dos años y nació antes de las 37 semanas es necesario **CORREGIR LA EDAD**, calculando el número de semanas que le faltaron para cumplir 40 semanas y restándolas a la edad cronológica siguiendo los siguientes pasos:

1. Restar a 40 el número de semanas de gestación,
2. Multiplicar el resultado por siete (número de días de una semana),
3. Restar el número de días a la edad cronológica.

Si el paciente del ejemplo 2 a quién se calculó una edad cronológica de ocho meses seis días, nació a las 34 semanas de gestación, tiene $40 - 34 = 6$ semanas de gestación o $6 \times 7^* = 42$ días menos de edad corregida, lo que se debe restar a la edad cronológica:

| | Año | Mes | Día |
|--|----------|----------------|---------------------|
| Fecha de evaluación | 12 | 03 | 20 |
| Fecha de nacimiento | 11 | 07 | 14 |
| Edad cronológica | 0 | 08-2= 6 | 06+60= 66 |
| 34 semanas de gestación (40 - 34 = 6) | | | $6 \times 7^* = 42$ |
| Edad Corregida | 0 | 6 | 24 |

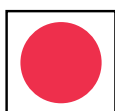
* (se multiplica por 7 debido a los 7 días de la semana)

Así, aunque el paciente tenga **ocho meses y seis días de nacido, realmente tiene seis meses 24 días**, por lo que la prueba que realmente le corresponde es la del grupo CINCO (de los cinco meses a un día antes de cumplir los siete meses).

El aplicarle la prueba del grupo siguiente habría calificado automáticamente al paciente como **amarillo, aunque tuviera un desarrollo normal lo que es inadecuado**. Por esto es fundamental corregir la edad, y así poder evaluar realmente el desarrollo que corresponda.

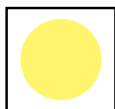
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL GRUPO A

Al grupo A de calificación corresponde únicamente el grupo 1 de la prueba EDI:
De 1 mes de nacido hasta 1 día antes de cumplir los 2 meses.



Riesgo de retraso del desarrollo

- » Una o más áreas del desarrollo en rojo,
- » Uno o más ítems de la evaluación neurológica en rojo.



Rezago en el desarrollo

- » Dos o más señales de alerta en amarillo,
- » Dos o más factores de riesgo biológico en amarillo o,
- » Una o más señales de alerta en amarillo más uno o más factores de riesgo biológico en amarillo.

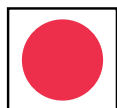


Desarrollo normal

- » Todos los factores de riesgo biológico, señales de alerta, áreas del desarrollo y exploración neurológica en verde.

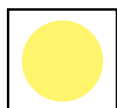
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL GRUPO B

Al grupo B de calificación corresponden los grupos 2, 3 y 4 de la prueba EDI, es decir que abarca desde los 2 meses de edad hasta 1 día antes de cumplir 5 meses.



Riesgo de retraso del desarrollo

- » Una o más áreas del desarrollo en rojo o,
- » Dos o más áreas del desarrollo en amarillo o,
- » Un área del desarrollo en amarillo más uno o más factores de riesgo biológico o señales de alerta o,
- » Una o más señales de alarma en rojo o,
- » Uno o más ítems de la exploración neurológica en rojo.



Rezago en el desarrollo

- » Un área del desarrollo en amarillo o
- » Dos o mas señales de alerta en amarillo o
- » Dos o mas factores de riesgo biológico en amarillo o
- » Una o mas señales de alerta en amarillo más uno o más factores de riesgo biológico en amarillo

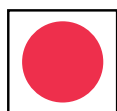


Desarrollo normal

- » Todos los factores de riesgo biológico, señales de alerta, áreas del desarrollo y exploración neurológica en verde.

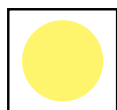
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL GRUPO C

Al grupo C de calificación pertenecen los grupos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 de la prueba EDI, es decir que abarca desde los 5 meses de edad hasta 1 día antes de cumplir 60 meses.



Riesgo de retraso del desarrollo

- » Una o más áreas del desarrollo en rojo,
- » Una o más señales de alarma en rojo,
- » Uno o más ítems de la evaluación neurológica en rojo.



Rezago en el desarrollo

- » Una o más áreas del desarrollo en amarillo.



Desarrollo normal

- » Todos los factores de riesgo biológico, señales de alerta, áreas del desarrollo, exploración neurológica y señales de alarma en verde.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

FRB 1. Asistencia a dos o menos consultas prenatales

SI

NO

Pregunte a cuantas consultas prenatales asistió la madre durante el embarazo. La madre debió acudir a mas de dos.

FRB 2. Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.

SI

NO

Pregunte si la madre presentó alguna complicación durante el embarazo como: sangrados transvaginales, amenaza de aborto o parto pretérmino, cervicovaginitis o infecciones urinarias de repetición (2 o más), hipertensión arterial u otra enfermedad sistémica (lupus eritematoso, artritis reumatoide, diabetes mellitus, epilepsia, hipertiroidismo, entre otras), intervenciones quirúrgicas mayores, ingesta de medicamentos teratogénicos, drogas, alcohol, tabaquismo u hospitalizaciones maternas frecuentes por otra causa.

FRB 3. Gestación menor a 34 semanas.

SI

NO

Pregunte la duración del embarazo. Es posible que el cuidador desconozca el número de semanas, por lo que puede preguntarse el número de meses y en caso de ser menor a 7 meses y medio o haber nacido 6 semanas antes de la fecha probable de parto, debe tomarse como menor a 34 semanas de gestación.

FRB 4. Peso de su niño al nacer de 1500 g. o menos.

SI

NO

Pregunte cuál fue el peso de su niño al nacimiento. Si trae la hoja de alumbramiento o certificado obtenga la información de dicho documento.

FRB 5. Retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto.

SI

NO

Pregunte al cuidador: a) Si el bebé lloró al nacer y si no fue así, cuánto tiempo tardó en llorar y/o respirar; b) Si le comentaron que tenía una coloración “azulosa o morada”, es decir, si estaba cianótico. De ser posible obtenga el Apgar al minuto y a los cinco minutos, y pregunte si requirió reanimación.

También indague si presentó circular de cordón. “¿Fue necesario que le hicieran cesárea porque tenía el cordón enredado en su cuello?”

FRB 6. Hospitalización de su niño(a) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o antes del mes de vida con una duración mayor a 4 días.

SI

NO

Pregunte si el niño requirió ser hospitalizado o permanecer en la UCIN durante el período neonatal. De obtener una respuesta afirmativa, investigue la causa y la duración de la hospitalización.

FRB 7. Madre menor a 16 años al momento del parto.

SI

NO

Pregunte la edad de la madre al momento del nacimiento de su niño(a).

Materiales requeridos para este eje en todos los grupos de edad:
 EN 1.2: lámpara de luz de bolsillo. EN 1.3: cinta métrica metálica

EN

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

EN 1.1. ¿Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo?***

SI

NO

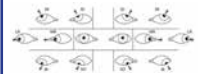
Coloque al niño(a) relajado, acostado o sentado sobre la mesa de exploración y observe mientras lo estimula, si moviliza la cabeza, el tronco y las cuatro extremidades. Analice la presencia de movimientos normales (aquellos con una velocidad, intensidad y cantidad media), anormales (aquellos con una velocidad, intensidad y cantidad pobre o excesiva) o ausencia de movimiento en alguno(s) de los segmentos corporales o en todo su cuerpo.

EN 1.2. ¿Presenta alteración o asimetría en la movilidad de ojos o expresión facial?***

SI

NO

Coloque al niño(a) acostado o sentado sobre la mesa de exploración. Sujete con la mano derecha la lámpara de luz encendida a 20 cm. frente al niño y después de obtener la fijación visual hacia la luz, desplácese lentamente en el eje horizontal, vertical y en ambas diagonales. Analice la presencia o ausencia de mirada binocular en posición primaria (ojos viendo al frente), incapacidad de la movilidad de uno o ambos ojos o alguna alteración de la mirada primaria conjugada.



Después con el niño en la misma posición, observe la asimetría en la expresión facial. En caso de estar presente, puede ser más visible cuando el niño llora ya que se observa que el lado afectado permanece fijo, la boca se ve desviada al lado opuesto (sano) y el párpado queda entreabierto mientras se cierra en lado sano.



EN 1.3. ¿Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad?***

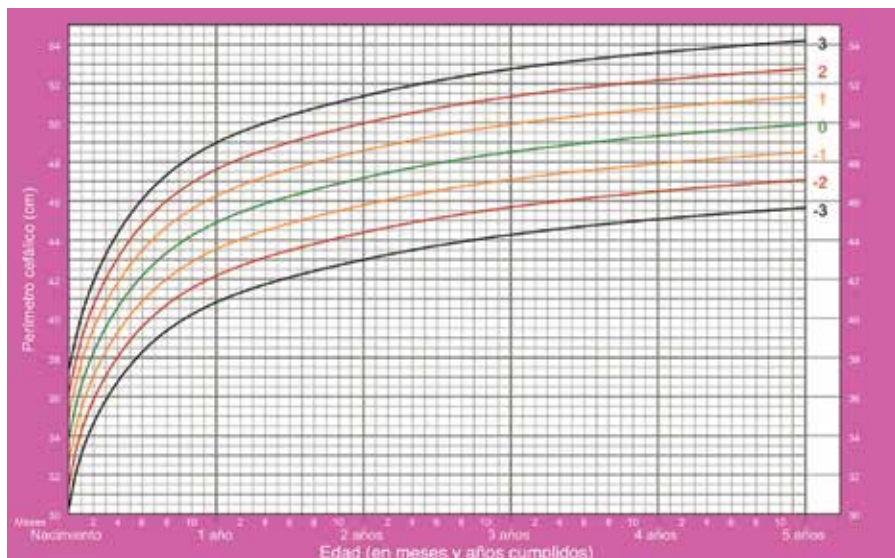
SI

NO

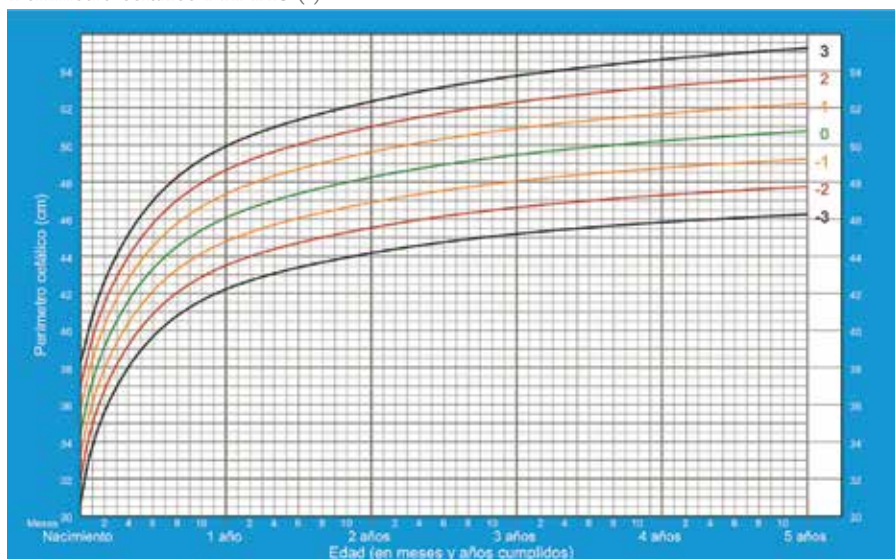
Coloque al niño(a) acostado o sentado sobre la mesa de exploración. Pase la cinta métrica sobre las partes más prominentes del cráneo: desde la prominencia occipital externa llegando a los arcos supraciliares y luego hasta la glabella. Registre la medición realizada y compare esta con los valores de normalidad acorde a sexo y edad. En menores de 24 meses se compara en las tablas con edad corregida en caso de antecedente de prematuridad. Lo normal es encontrar el perímetro cefálico entre +/- dos desviaciones estándar acorde a sexo y edad.



TABLAS DE PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 5 AÑOS



Perímetro cefálico NIÑAS (*)



Perímetro cefálico NIÑOS (*)

[*] OMS. (2012). Patrones de crecimiento infantil. Recuperado el 20 de 06 de 2012, de Perímetro cefálico: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/chts_hcfa_ninas_z/es/index.html

http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/chts_hcfa_ninos_z/es/index.html

Materiales requeridos para este grupo de edad:
MF 1.2: Sonaja o aro que el niño (a) pueda sujetar.

GRUPO 1

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 1.1 Al evaluar el tono muscular de su niño(a), ¿lo(a) siente totalmente flácido(a) o presenta rigidez de sus extremidades? **

SI

NO

Realice las maniobras correspondientes para valorar el tono pasivo, evaluando ángulos y simetría de las maniobras, tomando en cuenta que una limitación importante o incapacidad para lograr los ángulos según la edad, es un dato sugestivo de hipertonía (espasticidad); mientras que el sobrepasar estos ángulos de manera importante sugiere hipotonía (flacidez).



ALE 1.2. En la evaluación de los reflejos de Moro, prensión palmar y plantar, ¿falta uno de estos 3 reflejos?

SI

NO

Realice las maniobras correspondientes para valorar cada uno de estos 3 reflejos y durante su realización valore su presencia, así como la simetría.



ALE 1.3. ¿Su hijo(a) tiene problemas para comer: se atraganta; se pone morado; presenta problemas para succionar?

SI

NO

Pregunte : “¿El bebé presenta tos o una expresión en la cara de molestia durante la comida?”, “¿Durante la alimentación frecuentemente presenta náuseas, vómito, se pone morado, pálido, o se atraganta?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros niños(as) de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 1.4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado?




SI

NO

Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que su bebé se mueve, se comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros niños(as) de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ÁREAS DEL DESARROLLO

2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**

| | | |
|---|--|----|
| MG 1.1. Cuando el bebé está acostado(a) boca abajo, ¿puede voltear su cabeza para los dos lados?* | NO | SI |
| Estando boca abajo el bebé, llame su atención con un objeto atractivo (sonaja o juguete) para que voltee la cabeza hacia el lado en que le muestra el objeto. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más de cada lado. |  | |
| MG 1.2. Cuando desviste a su bebé, ¿patea y mueve los brazos?* | NO | SI |
| Pregunte: “¿Ha observado si el bebé mueve los brazos y las piernas por igual cuando lo desviste?”; “¿Diría que mueve los brazos y piernas por igual o hay algún miembro que mueva menos que los otros?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| MF 1.1. ¿Su bebé mantiene las manos cerradas la mayor parte del tiempo? | NO | SI |
| Pregunte si el bebé mantiene las manos cerradas la mayor parte del día o si por el contrario las tiene abiertas y flojas (clave 4, pág. 6). |  | |
| MF 1.2. Cuando le da en la mano una sonaja a su bebé ¿la retiene durante al menos 3 segundos?* | NO | SI |
| Coloque al bebé en decúbito supino y ponga en su mano el aro o la sonaja. Si la mano está cerrada deslícele suavemente los dedos hacia afuera para provocar su apertura, colocando después la sonaja en la mano debiendo retenerla durante al menos 3 segundos. Observe si lo hace. |  | |
| LE 1.1. ¿Su bebé se tranquiliza cuando escucha su voz? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Deja de llorar el bebé si usted le habla con una voz tranquilizadora?”; “¿Deja de llorar sólo con escuchar el sonido de su voz, sin necesidad de que lo toque o lo cargue?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| LE 1.2. ¿Hace algún ruido con la boca, llora cuando está incómodo(a) o quiere comer? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Tiene el bebé diferentes tipos de llantos para comunicar lo que necesita?”; “¿Cómo conoce usted que el bebé tiene hambre o tiene sueño?”; “¿Llora de una manera diferente o hace algún sonido especial?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

GRUPO 1
(DESDE 1 MES HASTA 1 DÍA ANTES DE CUMPLIR LOS 2 MESES)

SO 1.1. Cuando llora, ¿se tranquiliza al hablarle o levantarlo(a)?

NO

SI

Pregunte: “Si el bebé está llorando, ¿se tranquiliza al hablarle o levantarlo?”; “¿Qué otra estrategia usa para calmarle si está llorando?”; “¿Cuánto tiempo necesita para que se calme?”; “En general ¿usted diría que el bebé se calma cuando está en sus brazos?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

SO 1.2. Cuando usted está frente a su bebé, ¿sigue con la mirada sus movimientos? **

NO

SI

Mientras cargan al bebé, colóquese de frente a unos 20cm. de distancia, llame su atención para que se fije en usted y camine hacia la derecha e izquierda. Observe si el bebé sigue sus movimientos con la mirada. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más de cada lado.



EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑAL DE ALARMA

Este grupo de edad no tiene señales de alarma.

Materiales requeridos para este grupo de edad:

MG 2.1: Sonaja o juguete llamativo; MF 2.1: Pelota roja sostenida por una cuerda; LE 2.1: Sonaja o hacer sonidos con las llaves.

GRUPO 2

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 2.1 ¿Están las manos de su niño(a) permanentemente empuñadas con el pulgar adentro?*

SI

NO

Observe durante la consulta las manos del bebé, y en caso de que estén cerradas, si el pulgar está atrapado (anormal) o por fuera de los dedos (normal).



ALE 2.2 ¿Está el niño(a) frecuentemente irritable y cuesta trabajo tranquilizarlo(a) a pesar de haber satisfecho sus necesidades, y de forma más notoria que otros niño(as) de su edad?

SI

NO

Pregunte: “¿Usted diría que el bebé es tranquilo o por el contrario es muy llorón e irritable?”; “¿Le cuesta mucho calmarlo?”; “¿Cuándo se calma, vuelve a llorar nuevamente al poco rato?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 2.3 ¿Frecuentemente se encuentra aletargado(a) y no muestra interés por lo que sucede a su alrededor?; ¿cuesta trabajo mantenerlo(a) despierto(a)?

SI

NO

Pregunte: “¿Usted diría que el bebé tiende a estar somnoliento demasiado tiempo, comparado con otros de su edad?”; “¿Le ve alerta e interesado en el ambiente que le rodea?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 2.4 Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado?





SI


NO

Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que el bebé se mueve, comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con dos respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (1 mes).
- 2 preguntas: En **SI** califica el área como **AMARILLO**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**.

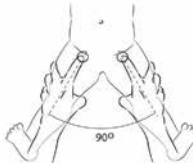
| | | |
|--|--|----|
| <p>MG 2.1 Cuando acuesta a su bebé boca abajo, ¿levanta su cabeza durante al menos 3 segundos? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al niño(a) en posición prona y llame su atención con un objeto atractivo (sonaja o juguete) para que levante la cabeza y mantenga así por lo menos tres segundos. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más de cada lado.</p> |  | |
| <p>MG 2.2 Cuando carga al bebé con la cabeza hacia arriba, ¿logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados? **</p> | NO | SI |
| <p>Cargue al bebé sobre su tórax, dándole apoyo a su cadera con un antebrazo y observe si sostiene por sí mismo la cabeza.</p> |  | |
| <p>MF 2.1 ¿Puede seguir con la vista el movimiento de objetos de colores vivos? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en posición supina y colocándose usted detrás, fuera de su campo visual, suspenda la cuerda con la pelota por encima de sus ojos a 20 cm de distancia. Atraiga la mirada moviendo el objeto lentamente en el eje horizontal primero a la derecha, luego al centro y finalmente a la izquierda. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más de cada lado.</p> |  | |
| <p>MF 2.2 ¿Se lleva la mano a la boca? **</p> | NO | SI |
| <p>Durante toda la visita observe si el niño intencionalmente se lleva la mano a la boca.</p> |  | |

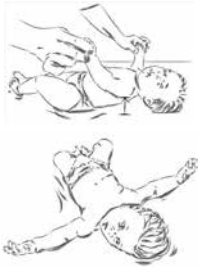
| | | |
|--|---|----|
| LE 2.1 Cuando su bebé oye un ruido, ¿voltea hacia la fuente del sonido? ** | NO | SI |
| Colocándose fuera del campo visual, utilice algún objeto ruidoso (campana, sonaja, papel o llaves) y hágalo sonar primero en su costado izquierdo y luego en el derecho esperando que voltee hacia la fuente de sonido. Repetición del ítem: hasta 2 veces más de cada lado. | | |
| LE 2.2 ¿Hace sonidos como “a”, “e”, “u”? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Qué sonidos hace el bebé? ¿Puede describirlos?”; “Entre los sonidos que hace ¿ha notado si dice aaa o eee o uuu?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 2.1 ¿Hace sonidos con la boca cuando le hablan? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Cómo se comporta si alguien le comienza a hablar cariñosamente?”; “¿Hace algún sonido para contestar a eso?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 2.2 ¿Reconoce los rostros que le son familiares y sonrío? | NO | SI |
| Pregunte: “¿El niño(a) sonrío cuando ve a una persona familiar?”; “¿Qué otras señales da, de que reconoce a la persona?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). |  | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, las cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|--|---|----|
| ALA 2.1 Al evaluar el tono muscular de su niño(a), ¿lo(a) siente totalmente flácido(a) o presenta rigidez en sus extremidades? ** | SI | NO |
| Realice las maniobras correspondientes para valorar el tono pasivo, evaluando ángulos y simetría de las maniobras, tomando en cuenta que una limitación importante o incapacidad para lograr los ángulos según la edad, es un dato sugestivo de hipertonía (espasticidad); mientras que el sobrepasar estos ángulos de manera importante sugiere hipotonía (flacidez). |  | |

| | | |
|--|--|----|
| ALA 2.2 ¿El reflejo de Moro está ausente o es asimétrico? ** | SI | NO |
| <p>Realice la maniobra correspondiente para valorar este reflejo y durante su realización valore la simetría.</p> |  | |
| ALA 2.3 ¿Su hijo(a) tiene problemas para comer: Se atraganta, se pone morado(a) o presenta problemas para succionar? | SI | NO |
| <p>Pregunte : “¿El bebé presenta tos o una expresión en la cara de molestia durante la comida?”, “¿Durante la alimentación frecuentemente presenta náuseas, vómito, se pone morado o pálido, o se atraganta?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> | | |

Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 3.2: Pelota roja sostenida por una cuerda; MG 3.1: Sonaja o juguete llamativo

GRUPO 3

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 3.1. ¿Logra mantener su cabeza firme sin que caiga bruscamente hacia enfrente atrás o a los lados, cuando lo sostiene por el tronco? **

NO

SI

Sosteniendo al bebé por el tronco observe si logra mantener su cabeza, sin dejarla caer hacia enfrente, hacia atrás o hacia los lados.

ALE 3.2. ¿Sigue con la vista a las personas y a los objetos brillantes? **

NO

SI

Durante la consulta colóquese a la vista del bebé, apóyese con un objeto brillante desplazándolo y observe si el bebé lo sigue con la mirada.

ALE 3.3. ¿Sonríe al ver los gestos de la madre?

NO

SI

Pregunte: “¿Sonríe el bebé cuando usted le hace gestos?”; “¿Le devuelve la sonrisa si usted le hace caras simpáticas y le habla de manera cariñosa?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 3.4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado?





SI


NO

Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que el bebé se mueve, comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con dos respuestas en **NO**, aplique preguntas del **GRUPO DE EDAD ANTERIOR** (2 meses).
- 2 preguntas: en **SI** califica el área como **AMARILLO**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**.


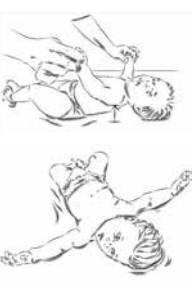
| | | |
|--|--|----|
| <p>MG 3.1. Cuando su bebé está boca abajo y apoyado(a) en sus brazos, ¿logra sostener la cabeza al menos tres segundos? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en posición prona y llame su atención hablándole o con algún objeto atractivo (sonaja o juguete) para que eleve la cabeza, continúe llamando su atención mientras cuantifica el tiempo que logra mantenerla así.</p> |  | |
| <p>MG 3.2. Cuando sienta a su bebé, ¿ha observado si logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados? **</p> | NO | SI |
| <p>Estando sentado el bebé deje de apoyar la cabeza y vea si la mantiene o se mueve.</p> |  | |
| <p>MF 3.1. ¿Se ha fijado si su bebé observa sus manos durante al menos 3 segundos mientras las está moviendo?</p> | NO | SI |
| <p>Pregunte si el bebé está consciente de sus manos, si las mira mientras las mueve durante al menos 3 segundos o si juega con ellas y con que frecuencia lo hace. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> |  | |
| <p>MF 3.2. ¿Tiene su bebé las manos abiertas la mayor parte del tiempo? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en la mesa de exploración permitiéndole se quede un rato tranquilo mientras ambas manos toman su posición en reposo que debe ser abierta la mayor parte del tiempo. Es importante que el bebé no esté tomando o intentando tomar algún objeto.</p> | | |
| <p>LE 3.1. Cuando le hablan a su bebé, ¿hace sonidos con la boca o sonrío?</p> | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Ha observado si el bebé sonrío cuando algún adulto le habla?”; “¿Hace el bebé algún sonido con la boca cuando un adulto le habla, como queriendo responderle?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> |  | |
| <p>LE 3.2. Cuando balbucea, ¿pronuncia algunas consonantes como “agu” o “ga”?</p> | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Qué sonidos hace el bebé? ¿Puede describirlos?”; “Entre los sonidos que hace ¿ha notado si dice gaaaa o agu o gruuuu?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> | | |

| | | |
|--|---|----|
| SO 3.1. ¿Es fácil que su bebé sonría? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Cuándo sonrío el bebé?”; “¿Sonrío cuando los demás le sonrían?”; “¿Sonrío cuando los demás lo miran a la cara y le hablan tiernamente?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 3.2. Cuando usted le habla, ¿Voltea la cabeza y trata de ubicar el origen de su voz? ** | NO | SI |
| Colóquese detrás del bebé, fuera del campo visual y háblele cariñosamente para que voltee tratando de ubicar donde está usted. Repetición del ítem: hasta 2 veces más de cada lado. |  | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|--|---|----|
| ALA 3.1 Al evaluar el tono muscular de su niño(a), ¿lo siente totalmente flácido o presenta rigidez en sus extremidades? ** | SI | NO |
| Realice las maniobras correspondientes para valorar el tono pasivo, evaluando ángulos y simetría de las maniobras, tomando en cuenta que una limitación importante o incapacidad para lograr los ángulos según la edad, es un dato sugestivo de hipertonia (espasticidad); mientras que el sobrepasar estos ángulos de manera importante sugiere hipotonía (flacidez). |  | |
| ALA 3.2 ¿El reflejo de Moro está ausente o es asimétrico? ** | SI | NO |
| Realice la maniobra correspondiente para valorar este reflejo y durante su realización valore la simetría. |  | |

Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 4.2 y MF 4.1: Pelota roja sostenida por una cuerda; MF 4.2: Sonaja o juguete llamativo.



GRUPO 4

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.





****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

| ALE 4.1 ¿Hay asimetría en los movimientos de las manos? ** | SI | NO |
|---|--|----|
| <p>Analice si durante la consulta usa ambas manos o sólo una de ellas. Coloque objetos frente al bebé de ambos lados y vea que mueva ambas manos por igual.</p> |  | |
| ALE 4.2 ¿Muestra interés por los objetos y trata de tomarlos? ** | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en supino sosteniendo la cuerda con la pelota por encima de su cabeza y muévala para atraer su atención. Aliente al bebé para que trate de tomar el objeto.</p> | | |
| ALE 4.3 ¿Persiste el reflejo de Galant o de encurvación? ** | SI | NO |
| <p>Coloque al bebé en decúbito ventral y con su dedo índice aplique un estímulo en la línea paravertebral izquierda o derecha (2-3 cm al lado la línea media), desde la región interescapular hasta los glúteos. El reflejo está presente si flexiona la cadera hacia el lado estimulado.</p> |  | |
| ALE 4.4 ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | SI | NO |
| <p>Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que el bebé se mueve, comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> | | |

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con dos respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (3-4 meses).
- 2 preguntas: En **SI** califica el área como **AMARILLO**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**

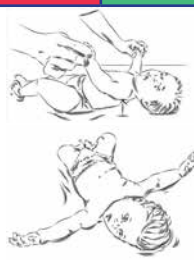
| | | |
|---|---|----|
| <p>MG 4.1. Cuando su bebé está sentado(a) y le sostiene suavemente de la espalda, ¿mantiene su cabeza, sin dejarla caer hacia ningún lado? **</p> | NO | SI |
| <p>Pida al cuidador(a) que siente al bebé en sus piernas, dándole soporte con una mano al pecho y otra a la región occipital del cráneo. Después solicítele que baje lentamente la mano que sostiene la cabeza para que el bebé logre sostenerla por lo menos un minuto mientras se sostiene el tronco.</p> |  | |
| <p>MG 4.2. Cuando su bebé está acostado(a) boca arriba, ¿se voltea hacia los lados? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en posición supina y llame su atención hablándole, cantándole o mostrándole algún juguete atractivo para que logre ponerse de costado, dándose vuelta hacia el lado del estímulo. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más de cada lado.</p> |  | |
| <p>MF 4.1. ¿Extiende su bebé alguno de sus brazos para tratar de tomar un objeto que está a su alcance? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en decúbito supino sosteniendo la cuerda con la pelota por encima de su cabeza y muévala para atraer su atención. Alíentele para que trate de tomar el objeto. Repítalo en el otro lado.</p> |  | |
| <p>MF 4.2. ¿Puede mantener en la mano un objeto al menos 10 segundos? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en decúbito supino y ofrézcale un objeto atractivo (sonaja, cubo, etc.) para que lo mantenga en la mano al menos 10 segundos. Valore ambas manos. Repetición del ítem: hasta 2 veces más de cada lado.</p> |  | |
| <p>LE 4.1. ¿Balbucea o grita para llamar su atención?</p> | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Cómo hace el bebé para llamar su atención?”; “¿Si usted se aleja y el bebé le quiere cerca, solo comienza a llorar o tiene alguna otra forma de comunicarse, como balbuceo o grititos? Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> | | |

| | | |
|---|----|----|
| LE 4.2. ¿Emite sonidos como “le”, “be”, “pa”, “gu”? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Qué sonido hace el bebé? ¿Puede describirlos?”; “Entre los sonidos que hace ¿ha notado si dice le, be, pa, gu o algún otro parecido?”; “¿En qué momento usa esos sonidos? ¿Lo hace con frecuencia?”. Verifique que se trata de una combinación consonante-vocal. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 4.1. Piensa usted que cuando su bebé ve su pecho, ¿sabe que en poco tiempo le va a dar de comer? | NO | SI |
| Pregunte si tiene conductas anticipatorias cuando ve el pecho materno, como cambios en la expresión facial, agitación o aumento de la frecuencia cardiaca, demostrando que sabe que se le va a alimentar. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 4.2. ¿Le gusta jugar con otras personas y llora cuando dejan de jugar con él (ella)? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Cómo manifiesta que quiere jugar con los adultos?”; “¿Llora, grita, jala la ropa o toca al adulto cuando quiere que le presten atención y jueguen con él (ella)?”; “¿Qué hace el (la) niño(a) cuando el adulto deja de jugar con él e intenta alejarse? ¿Recurre el (la) niño(a) a estrategias para impedir que el adulto se aleje?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|---|--|----|
| ALA 4.1 ¿El reflejo de Moro está ausente o es asimétrico? ** | SI | NO |
| Realice la maniobra correspondiente para valorar este reflejo y durante su realización valore la simetría. |  | |
| ALA 4.2 ¿Logra mantener su cabeza firme sin que caiga bruscamente hacia enfrente, atrás o a los lados, cuando lo sostiene por el tronco? ** | NO | SI |
| Sostenga al bebé por el tronco sentándolo permitiendo que logre mantener su cabeza, sin dejarla caer hacia enfrente, hacia atrás o hacia los lados aunque sea muy brevemente. | | |

Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 5.3, MF 5.1 y MF 5.2: Sonaja, cubo u otro objeto de tamaño similar; SO 5.2: Tela blanca opaca de 30 x 30 cm.

GRUPO 5

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 5.1 ¿Presenta interés por sus manos, las observa?

NO

SI

Pregunte si el bebé está consciente de sus manos, si las mira mientras las mueve durante al menos 3 segundos o si juega con ellas y con qué frecuencia lo hace. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 5.2 ¿Balbucea o emite sonidos guturales?

NO

SI

Pregunte: “¿Qué sonidos hace el bebé? ¿Puede describirlos?”; “Entre los sonidos que hace ¿ha notado si dice gaaaa o aguuu?” Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 5.3 ¿Sostiene objetos con las manos? **

NO

SI

Coloque al bebé en decúbito supino y ofrézcale un objeto atractivo (sonaja, cubo, etc.) para que lo mantenga en la mano al menos 10 segundos. Valore ambas manos. Repetición del ítem: hasta dos veces más de cada lado.

ALE 5.4 Cuando está acostado(a) y usted lo (la) toma de las manos para sentarlo(a), ¿se impulsa para ayudarlo(a)? **

NO

SI

Coloque al bebé en posición supina y levántele tomándole de los brazos, para que permita que eleve la cabeza y se impulse con el cuerpo hacia la posición sentado.

ALE 5.5 ¿Cuándo está boca arriba puede girar su cuerpo hacia los lados? **

NO

SI

Coloque al niño(a) en posición supina llamando su atención hablándole, cantándole o mostrándole algún juguete atractivo para que logre ponerse de costado, dándose vuelta hacia el lado del estímulo. Repetición del ítem: hasta 2 veces más de cada lado.

ALE 5.6 ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado?





SI




NO

Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que el bebé se mueve, comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con dos respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (4 meses).
- 2 preguntas: en **SI** califica el área como **AMARILLO**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**.

| | | |
|--|--|----|
| <p>MG 5.1 Cuando usted toma a su bebé de los brazos para sentarlo, ¿él (ella) le ayuda jalando y elevando la cabeza? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en posición supina y levántele tomándole de los brazos, para que permita que eleve la cabeza y se impulse con el cuerpo hacia la posición sentado.</p> |  | |
| <p>MG 5.2 Cuando usted para a su bebé sobre una superficie plana, ¿aguenta su peso sobre las piernas y tiende a saltar? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé parado sobre una superficie firme mientras sostiene el tronco por debajo de las axilas permitiendo que sea capaz de aguantar todo el peso de su cuerpo sobre las piernas e intente impulsarse.</p> |  | |
| <p>MF 5.1 Cuando su bebé agarra algún objeto, ¿se lo pasa de una mano a otra? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé en decúbito supino y ofrézcale un objeto atractivo (sonaja, cubo, etc.) para que lo tome con una de sus manos, una vez que lo sostenga ofrézcale un segundo objeto a la misma mano permitiendo que cambie el primer objeto a la mano contraria con la intención de tomar el segundo. Repetición del ítem: hasta 2 veces más de cada lado.</p> |  | |
| <p>MF 5.2 Cuando sienta a su bebé encima de usted, ¿intenta insistentemente agarrar un objeto cercano a él (ella), aunque no pueda alcanzarlo? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé sentado sobre las piernas del cuidador(a) y sobre la mesa sitúe un objeto atractivo (sonaja, cubo o muñeco) moviéndolo para llamar su atención. Aliéntele para que trate de tomar el objeto.</p> |  | |

| | | |
|--|--|----|
| <p>LE 5.1 Si llama a su bebé cuando él (ella) no le puede ver, ¿mueve la cabeza en dirección de su voz? **</p> | NO | SI |
| <p>Pregunte que nombre o sobrenombre utiliza para dirigirse al bebé en casa. Colóquese detrás suyo, sin que él lo note y llámele por su nombre para que mueva la cabeza en dirección a su voz. Repetición del ítem: hasta 2 veces más de cada lado.</p> |  | |
| <p>LE 5.2 Si usted imita los sonidos que su bebé emite, ¿vuelve él (ella) a repetirlos?</p> | NO | SI |
| <p>Pregunte si juega con el bebé a conversar, por ejemplo: ¿usted dice aaaa y el bebé repite aaaa? Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> |  | |
| <p>SO 5.1 ¿Se pone intranquilo(a) cuando una persona desconocida trata de cargarlo(a)?</p> | NO | SI |
| <p>¿Cómo se comporta el bebé cuando personas extrañas hacen el intento de cargarlo aproximándose a él(ella)? ¿El bebé levanta los brazos para que lo carguen? ¿Se muestra intranquilo(a), o se comportan como con los otros miembros de la familia?. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).</p> | | |
| <p>SO 5.2 Cuando usted se tapa la cabeza con una tela, ¿se ríe cuando usted se destapa? **</p> | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé sobre las piernas del cuidador(a) y tome la tela blanca tapándose la cara, luego reaparezca a un lado de la tela con cara divertida, puede acompañar el juego diciendo: “Aquí está”, permitiendo que el mire con atención al lugar donde usted reaparezca e incluso reírse con el juego. Repetición del ítem: hasta 2 veces más.</p> |  | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

ALA 5.1 ¿Hay asimetría en los movimientos de las manos? **

SI

NO

Analice si durante la consulta usa ambas manos o sólo una de ellas. Coloque objetos frente al bebé de ambos lados y vea que mueva ambas manos por igual.



ALA 5.2 ¿Persiste el reflejo de Galant o de encurvación? **

SI

NO

Coloque al bebé en decúbito ventral y con su dedo índice aplique un estímulo en la línea paravertebral izquierda o derecha (2-3 cm al lado la línea media), desde la región interescapular hasta los glúteos. El reflejo está presente si flexiona la cadera hacia el lado estimulado.



Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 6.1: Dos cubos; ALE 6.2, ALE 6.4, MG 6.2 y MF 6.1: Sonaja, cubo u otro objeto de tamaño similar.




GRUPO 6

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.





****Este ítem requiere observación del niño (a)**



SEÑALES DE ALERTA

| ALE 6.1. ¿Puede mantener un objeto en cada mano? ** | NO | SI |
|--|----|---|
| Coloque al bebé sentado sobre las piernas del cuidador. Muéstrole un cubo y atraiga su atención golpeándolo contra la mesa. Cuando tome el cubo saque otro cubo y haga lo mismo, dejándolo cerca de la mano libre del bebé. | |  |
| ALE 6.2. ¿Busca o sigue con la mirada un objeto que se cayó? ** | NO | SI |
| Colóquese frente al bebé y llame su atención con algún juguete. Deje que tome el objeto y juegue con él. Posteriormente de manera rápida y tratando de que lo vea, arroje el juguete al suelo y observe su reacción. | |  |
| ALE 6.3. ¿Puede mantenerse sentado(a) sin apoyo? ** | NO | SI |
| Coloque al bebé sentado sobre una superficie firme y observe si se mantiene sentado(a) sin apoyo. | | |
| ALE 6.4. ¿Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno? ** | NO | SI |
| Deje diversos juguetes, como muñecos, carros sonajas, incluso cubos, sobre la mesa y siente al bebé con los brazos sobre la mesa. Llame su atención sobre los juguetes y luego déjelo tranquilo para que juegue con ellos si lo desea. | |  |
| ALE 6.5 ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | SI | NO |
| Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que el bebé se mueve, comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con dos respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (5-7 meses).
- 2 preguntas: en **SI** califica el área como **AMARILLO**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**.

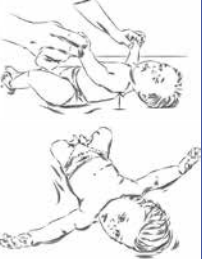
| | | |
|---|--|----|
| MG 6.1 Al sentar a su bebé en el suelo, ¿se apoya en sus manos?*** | NO | SI |
| Coloque al bebé sentado sobre una superficie firme, y observe si se mantiene sentado apoyándose en sus manos. |  | |
| MG 6.2. Cuando su bebé quiere ir de un lado a otro, ¿se arrastra sobre el estómago y puede voltearse estando boca arriba a quedar boca abajo? *** | NO | SI |
| Coloque al bebé recostado boca arriba en una superficie plana donde se pueda mover. Enséñele un juguete y aléjelo de su alcance para que ruede, quede boca abajo y se arrastre hacia él. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| MF 6.1. Cuando quiere agarrar las cosas, ¿utiliza sus dedos como si fuera un rastrillo?*** | NO | SI |
| Sobre la mesa sitúe el cubo o la galleta de animalito moviéndola para llamar su atención. Alíentele para que trate de arrastrar el objeto hacia el como rastrillo. |  | |
| MF 6.2. ¿Le gusta golpear objetos contra la mesa o el suelo? | NO | SI |
| Pregunte si le gusta golpear objetos contra la mesa o suelo, por ejemplo una cuchara o sus juguetes (clave 4, pág. 6). |  | |
| LE 6.1. ¿Puede hacer dos sonidos iguales como “ba-ba”, “da-da”, “ta-ta”? | NO | SI |
| Pregunte si de manera espontánea, emite sonidos de dos o más sílabas en combinación consonante-vocal de manera sucesiva, como por ejemplo ba-ba, da-da, ta-ta. “¿Qué sonidos hace su bebé? ¿Puede describirlos?”, “¿En qué momentos hace esos sonidos?” (clave 4, pág. 6) | | |

| | | |
|---|---|----|
| LE 6.2. ¿Hace gestos para decir lo que quiere? | NO | SI |
| <p>Pregunte, si utiliza gestos para comunicar sus necesidades. “¿Qué gestos hace el bebé? ¿Puede describirlos?”, “Entre los gestos que hace ¿ha notado si señala con la mano, si niega con la cabeza, si levanta los brazos cuando quiere que lo carguen?” (clave 4, pág. 6).</p> |  | |
| SO 6.1. Cuando está con otras personas conocidas, ¿reacciona ante sus expresiones y parece contento(a)? | NO | SI |
| <p>Pregunte sobre el interés social del bebé y su respuesta a la interacción de los demás. “Describa que hace cuando esta con familiares cercanos como tíos, primos, abuelos”; “¿Parece contento si está con personas de la familia y reacciona ante sus expresiones?” (clave 4, pág. 6).</p> | | |
| SO 6.2. Cuando le da de beber líquidos, ¿le ayuda a detener el biberón o la taza? | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Sostiene él, su taza, aunque sea unos minutos?”; “¿Cuánto tiempo es capaz de sostener el biberón si está acostado en su cuna?”; “¿Es capaz de beber de una taza y ayudar para sostenerla cuando está sentado(a) en su sillita?” (clave 4, pág. 6).</p> |  | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, las cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|---|---|----|
| ALA 6.1. ¿Persiste el reflejo de Moro?*** | SI | NO |
| <p>Realice la maniobra correspondiente para valorar este reflejo y durante su realización valore la simetría.</p> |  | |

ALA 6.2 ¿Presenta reflejo de paracaídas?*

NO

SI

Tome al bebé por detrás sujetándolo fuerte pero gentilmente de la espalda y cadera con ambas manos, acérquelo a usted en suspensión ventral; después sujetándolo firmemente inclínelo con la cabeza hacia adelante, sobre la mesa de exploración. Usted observará que realiza un movimiento brusco de extensión de los miembros superiores con abertura de las manos como si quisiera protegerse de una caída.



Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 7.1 y MG 7.1: Tapete y juguete llamativo; ALE 7.2 y LE 7.1:
Sonaja o juguete llamativo; MF 7.1: Objeto pequeño o piedrita.



GRUPO 7

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.






****Este ítem requiere observación del niño (a)**



SEÑALES DE ALERTA

| ALE 7.1. ¿Hace esfuerzos por desplazarse o gatea?* | NO | SI |
|--|---|----|
| Coloque al niño(a) sentado en el suelo y llame su atención con un juguete atractivo que se encuentre fuera de su alcance para que el niño tenga que desplazarse sobre su estómago o gateando para llegar a él. |  | |
| ALE 7.2. ¿Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno?* | NO | SI |
| Deje diversos juguetes, como muñecos, carros sonajas, incluso cubos, sobre la mesa y sienta al niño(a) con los brazos sobre la mesa. Llame su atención sobre los juguetes y luego déjelo tranquilo para que juegue con ellos si lo desea. |  | |
| ALE 7.3. ¿Juega con sus juguetes? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Tiene algunos juguetes en casa?, ¿Cuando está cerca de ellos, juega con ellos, o los ignora y se queda sin hacer nada? El objetivo de la pregunta es ver si interacciona con los objetos del entorno o es indiferente al medio que lo rodea. (clave 4, pág. 6) | | |
| ALE 7.4 ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | SI | NO |
| Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que el bebé se mueve, comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con dos respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (7-9 meses).
- 2 preguntas: en **SI** califica el área como **AMARILLO**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**.


| | | |
|---|---|----|
| MG 7.1 Cuando su bebé se desplaza de un lado a otro, ¿utiliza sus manos y rodillas?* | NO | SI |
| Coloque al bebé sobre una superficie firme y segura, como un tapete, de manera que se apoye en rodillas y manos. Estando a un metro de distancia frente a él llame su atención con un juguete atractivo y déjelo sobre el suelo alentándole para que lo busque. |  | |
| MG 7.2 ¿Puede su niño(a) caminar agarrado(a) de los muebles?* | NO | SI |
| Coloque un par de sillas firmes, una al lado de la otra y cercanas a la mesa. Colóquelo en posición de pie, tomado de alguno de los muebles. Pídale al cuidador(a) que se sitúe a un metro de distancia y que lo llame para que quiera ir hacia él(ella). |  | |
| MF 7.1. ¿Puede sujetar un objeto pequeño con los dedos y mantenerlo en el centro de la mano?* | NO | SI |
| Coloque al bebé sentado con sus brazos encima de la mesa. Coloque un objeto pequeño sobre la mesa moviéndolo para llamar su atención. Aliéntele para que trate de tomarlo con la mano colocándolo en el centro de ella. |  | |
| MF 7.2. ¿Sabe aplaudir? | NO | SI |
| Pregunte si el bebé ya sabe aplaudir. Pídale que le dé ejemplos de cómo lo hace (clave 4, pág. 6). |  | |
| LE 7.1. Cuando su niño(a) está jugando en una actividad que lo tiene entretenido(a) y usted le dice “no”, “no”, ¿deja de hacerla?* | NO | SI |
| Deje sobre la mesa un objeto atractivo a una distancia cercana, para que el niño intente tomarlo con la mano. Cuando esté haciendo el movimiento para alcanzar el juguete dígame con voz clara y firme: “no, no”. |  | |

| | | |
|---|---|----|
| LE 7.2. ¿Dice papá o mamá? | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Dice el bebé la palabra mamá? ¿Puede usted repetir exactamente como lo dice?”; “¿dice mamá o dice ma-ma-ma-ma?”; “¿Se lo dice a la mamá únicamente o a todas las mujeres?” , ¿dice papá o pa-pa-pa-pa?; ¿Lo dice solo cuando ve a su papá o con cualquier persona u objeto? (clave 4, pág. 6).</p> | | |
| SO 7.1. ¿Empieza ya a comer por sí solo(a) con los dedos? | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Cómo come?”; “¿Está usando los dedos para llevarse a la boca algunos alimentos?”; “Por ejemplo ¿come pequeños trocitos de pan, carne cortada pequeña, verduras o salchichas?” (clave 4, pág. 6).</p> |  | |
| SO 7.2. Cuando lo(a) viste, ¿puede ayudarlo terminando de meter el brazo por la manga? | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Cómo se comporta cuando usted le viste?”; “¿Ayuda de alguna manera estirando el brazo o la pierna para pasarlos por la ropa?” (clave 4, pág. 6).</p> |  | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|---|---|----|
| ALA 7.1. ¿Puede mantenerse sentado(a) sin apoyo?*** | NO | SI |
| <p>Coloque al bebé sentado sobre una superficie firme, con las piernas en un ángulo de 30° y observe si se mantiene sentado sin apoyo.</p> | | |
| ALA 7.2 ¿Hace esfuerzos por comunicarse, ya sea balbuceando o con gestos? Por ejemplo: señalar lo que desea, mover la mano para saludar, hacer señas, jalar para llamar la atención. | NO | SI |
| <p>Pregunte si el bebé tiene interés y desea comunicarse con los demás. Lo importante es el esfuerzo y la intención de comunicarse con otros, no importa el nivel de lenguaje que haya alcanzado (clave 4, pág. 6).</p> |  | |

Materiales requeridos para este grupo de edad:
MG 8.2 y MG 8.3: Tapete y sonaja o juguete llamativo; MF 8.2:
Caja de cartón o bolsa con varios objetos de tamaño mediano; MF
8.3: Objetos pequeños o piedritas; SO 8.3: Pelota o juguete llamativo;
ALA 8.1: Juguete llamativo.



GRUPO 8

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.




****Este ítem requiere observación del niño (a)**




SEÑALES DE ALERTA



| ALE 8.1 ¿Se mantiene de pie mientras se le sostiene del tronco?*** | NO | SI |
|--|---|----|
| Coloque al bebé de pie sobre la mesa de examen mientras lo(a) sostiene firmemente del tronco. Puede intentar liberar suavemente la ayuda para observar si logra la postura completa de manera independiente. |  | |
| ALE 8.2 ¿Hace esfuerzos por comunicarse de forma verbal? | NO | SI |
| Pregunte si el bebé tiene interés y desea comunicarse con los demás utilizando palabras o sonidos. Lo importante es el esfuerzo y la intención de comunicarse con otros, no importa el nivel que haya alcanzado (clave 4, pág. 6) |  | |
| ALE 8.3 ¿Dejó de balbucear y ya se expresa con palabras? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Dice algunas otras palabras además de mamá y papá? ¿Cuáles son?”. Las palabras deben ser apropiadas para mencionar objetos o situaciones específicos. No es necesario que las palabras sean pronunciadas adecuadamente (clave 4, pág. 6). | | |
| ALE 8.4 ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | SI | NO |
| Pregunte: “¿Ha observado algo que le parece que no va del todo bien?”; “¿Tiene usted alguna preocupación por la manera en que el bebé se mueve, comporta o se relaciona con los demás?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 3 o 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con tres respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (10-12 meses).
- 3 ó 2 preguntas: en **SI** califica el área como **AMARILLO**; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**.

| MG 8.1 ¿Camina solo(a)?** | NO | SI |
|--|----|---|
| Si el niño tiene una postura de parado(a) estable sitúele en el centro del consultorio, a un metro de distancia del cuidador, lejos de muebles o paredes en los cuales pueda apoyarse. Luego pida al cuidador(a) que le llame para que quiera ir hacia él(ella). | |  |
| MG 8.2 Cuando su niño(a) está sentado(a), ¿puede pararse solo(a)?** | NO | SI |
| Siente al niño en una silla pequeña o en un tapete y aliéntele para que se levante. Observe si logra ponerse de pie desde la posición de sentado apoyando ligeramente las manos en el suelo. | | |
| MG 8.3 ¿Puede su niño(a) agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse en algo?* | NO | SI |
| Sitúe al niño de pie en el centro del consultorio, lejos de muebles en donde pueda apoyarse. Coloque frente a él (ella), un juguete atractivo en el piso, pídale que tome el juguete y se lo entregue. | |  |
| MF 8.1 ¿Le gusta tirar o aventar juguetes u otros objetos al suelo? | NO | SI |
| Pregunte si le gusta tirar o aventar juguetes al suelo o si encuentra divertido arrojar un juguete una y otra vez, esperando que el cuidador lo levante del suelo y se lo devuelva (clave 4, pág. 6). | |  |


| | | |
|---|--|----|
| MF 8.2 ¿Le gusta sacar y meter cosas de las bolsas, cajas o botes?* | NO | SI |
| Coloque la caja o bolsa sobre la mesa. Ábrala y dígame al niño: "Mira, aquí hay unos juguetes divertidos. Voy a sacar algunos". Empuje la caja hacia él(ella) y estimúlele para que los saque. "Ahora sácalos tú y míralos. ¿Te gustaría jugar con ellos?". Luego de que le haya sacado por lo menos 4 juguetes deje que juegue un rato con ellos y diga: "Ahora vamos a guardarlos a todos". |  | |
| MF 8.3 Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede coger un pedazo pequeño de comida utilizando las yemas de los dedos?* | NO | SI |
| Coloque al niño sentado(a) sobre las piernas del cuidador. Sitúe sobre la mesa un objeto pequeño moviéndolo para llamar su atención, aliéntele para que lo tome. |  | |
| LE 8.1 ¿Puede señalar su zapato o alguna parte del cuerpo? ** | NO | SI |
| Colóquese frente al niño y pregúntele de manera divertida: "¿Dónde está tu zapato?"; "¿Dónde están tus ojos?"; "¿Dónde está tu manita?". |  | |
| LE 8.2 ¿Puede decir otra palabra además de papá y mamá? | NO | SI |
| Pregunte: "¿Dice algunas otras palabras además de mamá y papá? ¿Cuáles son?". Las palabras deben ser apropiadas para mencionar objetos o situaciones específicos. No es necesario que las palabras sean pronunciadas adecuadamente (clave 4, pág. 6). | | |
| LE 8.3 Cuando quiere algo, ¿se lo comunica con gestos y sonidos? | NO | SI |
| Pregunte: "¿Qué gestos tiene? ¿Puede describirlos?"; "Cuando hace gestos ¿ha notado, si al mismo tiempo, los combina con sonidos? Por ejemplo señala para pedir algo y vocaliza, jala de la ropa y vocaliza, niega con la cabeza y dice "no", levanta la taza y dice "eche" o levanta las manos para que lo carguen y grita o vocaliza. | | |
| SO 8.1 ¿Come solo(a), sin que alguien le ayude? | NO | SI |
| Pregunte: si es capaz de comer solo(a) algunas comidas sencillas. Puede ser con los dedos, o con alguna cuchara, si ya la maneja, pero lo importante aquí es valorar si se alimenta a sí mismo(a). Debe ser capaz de hacerlo varias veces al día, sobre todo cuando se trata de comidas simples como verduras, fideos, galletas, trocitos de carne, etc (clave 4, pág. 6). | | |

| | | |
|--|---|----|
| SO 8.2 ¿Le gusta abrazar o besar a sus papás? | NO | SI |
| <p>Pregunte: “¿Demuestra afecto e interés por sus padres?”; “¿Suele abrazar y besar a papá o mamá u otros adultos cuidadores cercanos?”; “¿Demuestra cariño hacia alguna persona en particular?” (clave 4, pág. 6)</p> |  | |
| SO 8.3. ¿Obedece órdenes sencillas como: ven, dámelo, trae tu pelota, etc.?* | NO | SI |
| <p>Haga contacto visual con el niño y dígame una orden sencilla como “ven” o “trae la pelota”. El objetivo de este ítem es evaluar la respuesta social al adulto, si responde a sus pedidos y llamados, si mira al adulto cuando se le llama por su nombre si intenta cooperar y satisfacer los pedidos que le hace el adulto.</p> |  | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|---|--|----|
| ALA 8.1 ¿Puede desplazarse solo(a) o gatear?* | NO | SI |
| <p>Coloque al niño sentado(a) en el suelo y llame su atención con un juguete atractivo, que se encuentre fuera de su alcance. Deje muy cerca una silla pequeña o un mueble, para que se apoye para ponerse de pie si lo necesita, o quédese usted cerca para que utilice sus piernas para sostenerse. Para aprobar esta conducta puede ponerse de pie y caminar, puede gatear hasta el juguete o puede arrastrarse sobre su abdomen, pero el desplazamiento debe ser independiente.</p> |  | |

Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 9.1 y LE 9.3: Lámina A; ALE 9.2 y MG 9.2: Pelota; MF 9.1: Cinco cubos; MF 9.2: Frasco de boca chica y objetos pequeños; MF 9.3: Papel y crayones.

GRUPO9

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 9.1 ¿Sabe cómo se llaman las cosas y los nombres de las personas de su familia?, por ejemplo, si le preguntan ¿dónde está tu papá, puede señalarlo?***

NO

SI

Colóquese frente al niño y muéstrele la lámina A con los dibujos. Dígale: “Muéstrame el perro, ¿dónde está el perro?”. Siga así con cada uno de los dibujos pidiéndole que los señale: “Muéstrame la taza, ¿dónde está la taza?”; “Muéstrame la pelota ¿dónde está la pelota?”. Al terminar con las figuras pregúntele “¿dónde está tu papá (o mamá o cuidador que lo acompañe)?” Observe si lo hace.



ALE 9.2 ¿Puede comprender órdenes sencillas, como trae la pelota?***

NO

SI

Ubique la pelota en el otro extremo de la sala y luego acérquese al niño y dígale: “(Por su nombre) ¡Trae la pelota! Por favor, trae la pelota”. Recuerde no hacer gestos con la mano o cabeza. Observe si lo hace.



ALE 9.3 ¿Se enoja mucho y tiene dificultad para calmarse, comparado con otros niños(as) de su edad?






SI






NO

Pregunte: “Diría que el niño ¿es tranquilo(a) enojón(a), o de carácter difícil?; “Comparado con otros de su edad ¿se enoja más?; ¿Se enoja más fácilmente por cosas pequeñas?; “¿Se calma rápido o demora mucho más? “Defina la frecuencia de la conducta (clave 4, pág. 6).

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 3 o 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con tres respuestas en **NO**, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (13-16 meses).
- 3 o 2 preguntas: En **SI** califica el área como **AMARILLO** ; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**

| | | |
|---|---|----|
| MG 9.1 ¿Puede su niño(a) sentarse solo(a) en una silla pequeña? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Es capaz de sentarse solito en una silla pequeña o necesita ayuda?” (clave 4, pág. 6). |  | |
| MG 9.2 ¿Puede su niño(a) patear una pelota?*** | NO | SI |
| Ubíquese junto al niño en un lugar con espacio suficiente, lejos de objetos que puedan romperse. Llame su atención de manera divertida y diga: “Vamos a jugar a la pelota. Muéstreme como pateas la pelota”: Si el niño no lo hace muéstrole cómo hacerlo. Observe si lo hace. |  | |
| MG 9.3 ¿Corre, aunque sea de forma torpe?*** | NO | SI |
| En un lugar con espacio suficiente y de manera divertida invite al niño a jugar a las carreritas. Dígale por su nombre: “ ¡Vamos a correr! Mira como yo lo hago”. Observe si lo hace. |  | |
| MF 9.1 ¿Sabe colocar cubos uno encima del otro?*** | NO | SI |
| Siéntele con los brazos sobre la mesa. Colóquese de frente y muéstrole los cubos. Dígale: “Mira, vamos a hacer una torre”. Construya una torre con dos cubos y diga: “Ahora hazla tú”. Empuje el resto de los cubos pero déje el modelo que usted construyó sobre la mesa. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| MF 9.2 ¿Puede meter piedritas o semillas en un frasco que tenga la boca chica?*** | NO | SI |
| Siente al niño con los brazos encima de la mesa. Colóquese de frente y muéstrole la semilla y la botellita. Diga: “Mira, vamos a meter esta semilla dentro de la botella”. Coloque la semilla asegurándose de que le observe. Luego vierta la semilla dando vuelta a la botella y acérquelos en su dirección. Diga: “Ahora hazlo tú”. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |

| | | | | | | | |
|---|--|------|-------|-------|--------|-------|------|
| MF 9.3 Si usted le da un pedazo de papel y un lápiz o crayón ¿utiliza la punta para tratar de dibujar?*** | NO | SI | | | | | |
| Ponga enfrente papel y crayón y observe si trata de dibujar. |  | | | | | | |
| LE 9.1 ¿Sabe decir cuatro palabras además de papá y mamá? | NO | SI | | | | | |
| Pregunte qué palabras con sentido y de manera espontánea dice el niño. Haga una lista. Por ejemplo puede decir “guau-guau” para perro, “eche” para leche, “aba” para agua, etc. Si el cuidador tiene problemas para recordar, enumere usted las más frecuentes preguntando que palabras utiliza para nombrar: | | | | | | | |
| Pan | Silla | Mesa | Carro | Leche | Pelota | Perro | Tele |
| LE 9.2 ¿Puede señalar 2 o 3 partes de su cuerpo? ** | NO | SI | | | | | |
| Pregunte qué partes del cuerpo conoce y proceda a preguntarle al niño(a) de forma divertida: “¿Dónde están tus ojos?“, “Muéstrame tu nariz” Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces. | | | | | | | |
| LE 9.3 ¿Sabe el nombre de algunos objetos? ** | NO | SI | | | | | |
| Colóquese frente al niño y muéstrele la lámina A con los dibujos. Comience a señalar uno por uno y pídale al niño(a) que los nombre diciendo: “¿Qué es esto? ¿Cómo se llama?” Observe si lo hace. |  | | | | | | |
| SO 9.1 ¿Utiliza la cuchara para comer? | NO | SI | | | | | |
| Pregunte: “¿Está usando ya la cuchara para comer?”; “¿Derrama mucho el alimento o maneja la cuchara con habilidad?”. En zonas rurales puede sustituir cuchara por tortilla en la misma oración (clave 4, pág. 6). |  | | | | | | |
| SO 9.2 Cuando va a desvestirse a su niño(a), ¿le ayuda quitándose parte de su ropa, como son los zapatos o huaraches? | NO | SI | | | | | |
| Pregunte: “¿Cuándo usted desviste a su niño(a) él(ella) intenta ayudarla(o) quitándose alguna ropa?”; “¿Qué ropa se quita?” (clave 4, pág. 6). |  | | | | | | |
| SO 9.3. A su hijo(a), ¿le gusta imitarla(o) en tareas de la casa como barrer o sacudir? | NO | SI | | | | | |
| Pregunte: “¿Suele interesarse el niño por lo que usted hace en la casa?”; “¿Lo ha visto imitando alguna tarea que usted hace habitualmente como barrer o sacudir o (en el caso del padre) arreglar el carro o la bicicleta o con caja de herramientas?” (clave 4, pág. 6). |  | | | | | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

ALA 9.1 ¿Dice alguna palabra clara como: mamá, papá o leche?

NO

SI

Pregunte si el (la) niño(a) ha logrado decir alguna palabra clara como mamá, papá. Palabra “clara” no se refiere a que el (la) niño(a) pronuncie las palabras correctamente, sino a que debe ser consistente y utilizar siempre los mismos sonidos para nombrar los mismos objetos y personas (clave 4, pág. 6).

ALA 9.2 ¿Camina solo(a)?**

NO

SI

Si el niño tiene una postura de parado estable sitúelo en el centro del consultorio, a un metro de distancia del cuidador, lejos de muebles o paredes en los cuales pueda apoyarse. Luego pida al cuidador que le llame para que vaya. Observe si lo hace.



ALA 9.3 ¿Muestra conductas repetitivas o estereotipadas, por ejemplo: balancearse sin parar en su silla o golpearse la cabeza con las manos?

SI

NO

Pregunte si tiene algún movimiento repetitivo o estereotipado como mover los dedos delante de la cara, balancearse sin parar, girar como un trompo, golpearse la cabeza con las manos o contra un objeto, aletear con los brazos, andar en puntas de pie, pregúntele si esto aumenta con emociones fuertes. Defina la intensidad y frecuencia de la conducta (clave 4, pág. 6).

ALA 9.4 ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?

SI

NO

Pregunte si ha perdido hitos del desarrollo que ya había adquirido. Distinga pérdida de un hito que ha desaparecido para evolucionar y convertirse en otro de un nivel mayor de desarrollo. La pérdida debe ser importante y constante, no transitoria (más de tres meses).

Materiales requeridos para este grupo de edad:

MG 10.3: Pelota; MF 10.1: Frasco con tapa rosca; MF 10.2: Dulce envuelto en papel.

GRUPO10

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 10.1 ¿Tiene dificultad para seguir instrucciones sencillas, como dame tu zapato?*

SI

NO

Se busca identificar si el niño tiene dificultades perceptivas o de comprensión del lenguaje. Colóquese frente al niño y dígame: “Por su nombre; ¡Dame tu zapato! Por favor, ¿me puedes dar tu zapato?”. Recuerde, no haga el gesto ni con la mano ni con la cabeza.

ALE 10.2 ¿Se le dificulta mucho relacionarse con personas que no le son familiares?

SI

NO

Pregunte: “Comparado con otros de su edad ¿es más tímido(a), tiene muchos más problemas para relacionarse?”; “¿Por qué cree que tiene dificultades para relacionarse con las personas? ¿Por su temperamento tímido? ¿Por qué no entiende el lenguaje? ¿Por qué no habla bien y sabe que no le entienden?” Defina la intensidad y frecuencia (clave 4, pág. 6).

ALE 10.3 ¿Muestra indiferencia excesiva al entorno, parece no interesarle nada de lo que sucede a su alrededor?

SI

NO

Pregunte: “Participa en conversaciones familiares?”; “O por el contrario: ¿Parece como si estuviera en su propio mundo, sin enterarse de lo que pasa en casa?”; “¿Parece no escuchar cuando se le habla?” Defina la frecuencia de la conducta (clave 4, pág. 6).

ÁREAS DEL DESARROLLO

•3 o 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**

•Si calificó **AMARILLO** con tres respuestas en **NO**, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (16-19 meses).

•3 ó 2 preguntas: en **SI** califica el área como **AMARILLO** ; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**




MG 10.1 ¿Puede su niño(a) subirse solo(a) a los muebles?


NO

SI

Pregunte si el niño es capaz de trepar solo a los muebles bajos como sillones, sillas, camas y cuánta ayuda necesita cuando lo hace (clave 4, pág. 6).



| | | |
|--|--|--------------|
| MG 10.2 ¿Corre su niño(a) sin caerse?* | NO | SI |
| <p>En un lugar con espacio suficiente, y de manera divertida, invite al niño a jugar a las carreritas. Diga; “Ven...(el nombre del (la) niño(a)). ¡Vamos a correr! ¡Mira como yo lo hago! Puede invitar al cuidador(a) a jugar con ustedes para animarlo. Observe si lo hace.</p> | | |
| MG 10.3 ¿Patea la pelota sin perder el equilibrio?* | NO | SI |
| <p>Ubíquese junto al niño en un lugar con espacio suficiente, lejos de objetos que puedan romperse. Colóquese frente al niño(a), guardando una distancia mayor de un metro. Luego diga: “Vamos a jugar a la pelota. Muéstreme como pateas la pelota”. Si el niño no lo hace muéstrela cómo hacerlo. Observe si pierde el equilibrio al hacerlo.</p> |  | |
| MF 10.1 ¿Intenta abrir un frasco girando la mano?* | NO | SI |
| <p>Siente al niño con los brazos encima de la mesa. Colóquese frente a él(ella) y muéstrela un frasco de tamaño mediano con tapa rosca. Diga: “Mira, voy a abrir este frasco”. Asegúrese de que le está observando mientras lo hace. Vuelva a cerrar el frasco poniendo cuidado de que no quede muy apretada la tapa. Luego extiéndale el frasco y diga: “Ahora inténtalo tú”. Observe si lo hace.</p> |  | |
| MF 10.2 ¿Puede desenvolver un dulce?* | NO | SI |
| <p>Muéstrele un dulce envuelto en un papel. Diga: “Mira, aquí tengo un dulce, que rico, me lo voy a comer”. Desenvuelva el dulce quitándole el papel. Asegúrese de que le está mirando mientras lo hace. Ahora ofrézcale un nuevo dulce al niño(a) y diga: “¿Quieres un dulce tú? Aquí lo tienes”. Observe si lo desenvuelve.</p> |  | |
| MF 10.3 ¿Puede comer ayudándose de una cuchara sin tirar la comida? | NO | SI |
| <p>Pregunte si el (la) niño (a) puede comer, ayudándose de una cuchara (o tortilla en zonas rurales). Pídale al cuidador que le dé ejemplos. Defina la frecuencia de la conducta (clave 4, pág. 6).</p> | | |
| LE 10.1 ¿Dice frases de dos palabras? | NO | SI |
| <p>Pregunte si junta dos palabras con sentido y de manera espontánea formando una frase. Haga una lista. Si el cuidador tiene problemas para recordar, enumere usted algunas frases frecuentes como:</p> | | |
| “mamá leche” | “papá coche” | “perro malo” |
| “más agua” | “leche rica” | “dame más” |

| | | | | | | | | |
|--|-------|---|---------|--------------------|--------|-------|--------|-------|
| LE 10.2 ¿Sabe decir ocho o más palabras además de mamá y papá? | | NO | SI | | | | | |
| Pregunte qué palabras con sentido y de manera espontánea dice. Haga una lista. Si la mamá o cuidador tiene problemas para recordar, enumere usted las más frecuentes preguntando qué palabra utiliza para nombrar: | | | | | | | | |
| Pan | Silla | Mesa | Carro | Leche | Pelota | Perro | Tele | Taza |
| Agua | Dulce | Gato | Galleta | Muñeco | Jugo | Niño | Zapato | Globo |
| LE 10.3 ¿Obedece órdenes sencillas? ** | | NO | SI | | | | | |
| En este ítem se busca conocer si el niño comprende el lenguaje a través de órdenes sencillas de un sólo paso y sin el uso de gestos. Puede apoyarse con objetos que haya nombrado previamente o que le interesen. Puede darle las siguientes órdenes: | | | | | | | | |
| Dame la pelota | | Pon la pluma sobre la mesa | | Levanta los brazos | | | | |
| Trae el muñeco | | Dale la pluma a mamá | | Abre la puerta | | | | |
| SO 10.1 ¿Trata de hacer las cosas solo(a) y se molesta cuando no lo dejan? | | NO | SI | | | | | |
| Pregunte si hace pequeños intentos de ser independiente y de hacer las cosas solo(a), o si por el contrario siempre está pidiendo ayuda para todo. Puede apoyarse en esta lista de actividades: Vestido y desvestido/ Lavado de manos/Sonarse la nariz/ Comer su porción de comida/ Servirse líquido de una botella/ Sacar los juguetes (clave 4, pág. 6). | | | | | | | | |
| SO 10.2 ¿Avisa cuando ha mojado el pañal? | | NO | SI | | | | | |
| Pregunte si el niño avisa cuando tiene mojado el pañal o si está en una etapa más evolucionada del control de esfínteres. “¿Todavía usa pañal?” “¿Avisa, ya sea con palabras o con gestos, si ha mojado el pañal?” “¿Ha intentado en casa alguna estrategia para que deje el pañal?” (clave 4, pág. 6). | | | | | | | | |
| SO 10.3. ¿Le pide ayuda cuando quiere algo que no alcanza? | | NO | SI | | | | | |
| Pregunte: “¿Cómo se comporta cuando quiere algo que no alcanza?”; “¿Señala con la punta del dedo?”; “¿Luego de señalar mira al cuidador para monitorear si lo está atendiendo y luego vuelve a mirar y señalar el objeto deseado?” (Atención conjunta); “¿Hace contacto visual para pedir el objeto y luego utiliza palabras o gestos para expresar lo que quiere?” (clave 4, pág. 6). | |  | | | | | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

ALA 10.1 Cuando camina, ¿presenta una forma inmadura de hacerlo, primero apoya los dedos y luego el talón o después de varios meses solo apoya las puntas de los pies?***

SI

NO

Coloque al niño en sus dos pies sobre el piso e incítele o pídale caminar de ida y vuelta en dirección del cuidador y preferentemente en un pasillo. En la medida de lo posible solicítele varios tipos de marcha tales como caminar libremente, sobre talón y punta de los pies, en tándem, salto sobre un pie alternativamente y correr. Valore el ciclo de la marcha con especial énfasis en la fase de apoyo para detectar apoyos anormales del pie (marcha en puntas).



ALA 10.2 ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?

SI

NO

Pregunte si ha perdido hitos del desarrollo que ya había adquirido. Distinga pérdida de un hito que ha desaparecido para evolucionar y convertirse en otro de un nivel mayor de desarrollo. La pérdida debe ser importante y constante, no transitoria(más de tres meses.).

Materiales requeridos para este grupo de edad:

MF 11.1: Frasco con tapa rosca; MF 11.2: Pelota; MF 11.3: Seis cubos.

GRUPO11

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 11.1. ¿Se le dificulta mucho relacionarse con personas que no le son familiares?

SI

NO

Pregunte: “¿Tiene dificultades para relacionarse con otros niños(as) de su edad? ¿Este problema se manifiesta con mayor frecuencia que en otros niños de su edad?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 11.2. ¿Se frustra mucho cuando se le dificulta hacer algo y deja de hacerlo o se pone a llorar?

SI

NO

Pregunte: “¿Se frustra el niño ante tareas difíciles y deja de hacerlas? ¿Ni siquiera intenta realizar tareas o es poco perseverante y las abandona rápidamente?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ÁREAS DEL DESARROLLO

•3 o 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**

•Si calificó **AMARILLO** con tres respuestas en **NO**, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (19-25 meses).

•3 ó 2 preguntas: En **SI** califica el área como **AMARILLO** ; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**

MG 11.1. Cuando su niño(a) brinca, ¿levanta los dos pies del suelo a la vez?*

NO

SI

Busque un lugar con espacio suficiente y diga: “¡Ahora vamos a jugar a dar saltos sobre esta cinta! ¡Mira como lo hago!” “Ahora es tu turno ¡Muéstrame como lo haces! ¡Da saltos con los dos pies, como yo lo hice!” Observe si lo hace.. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más.








MG 11.2. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones con ayuda?

NO

SI

Pregunte: “¿Puede subir o bajar al menos dos escalones? ¿Cuánta ayuda necesita para subir? ¿Cuánta ayuda necesita para bajar?” (clave 4, pág. 6).

| | | |
|--|---|----|
| MG 11.3. ¿Puede el niño(a) pararse sobre un solo pie?* | NO | SI |
| Colóquese frente al niño y diga: “Ahora vamos a jugar a pararnos en un sólo pie! ¡Mira como lo hago! Ahora es tu turno. ¡Muéstrame como lo haces! ¡Párate en un sólo pie, como yo lo hice!” Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| MF 11.1. ¿Abre un frasco solo(a)?* | NO | SI |
| Dele un frasco y dígame: “Mira, aquí tienes un frasco. Muéstrame como lo abres”. No le muestre como hacerlo, espere a que lo haga de manera independiente. |  | |
| MF 11.2. ¿Lanza una pelota con la mano?* | NO | SI |
| Entregue la pelota y colóquese a dos metros de distancia. Diga: “Vamos a jugar con esta pelota. ¿Me la lanzas?”. Repetición del ítem: Hasta 2 veces. |  | |
| MF 11.3. ¿Hace hileras con juguetes, piedritas o semillas?* | NO | SI |
| Colóquese de frente y muéstrelle los cubos. Diga: “Mira voy a construir un tren”. “Ahora es tu turno. Muéstrame como construyes tú un tren”. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| LE 11.1. ¿Sabe decir su nombre? ** | NO | SI |
| Pregúntele: “¿Cómo te llamas? Dime tu nombre“. Espere a que responda con su nombre. | | |
| LE 11.2. ¿Utiliza palabras como yo, mío, él, tú? | NO | SI |
| Pregunte si utiliza de manera espontánea y apropiada pronombres personales como: “yo” (cuando se refiere a sí mismo(a)), “tú” (cuando se dirige a otro) “él” (cuando habla de una tercera persona) y posesivo “mío” (cuando se refiere a algo que le pertenece). Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad. <u>Asegúrese que no se refiera a sí mismo en tercera persona.</u> | | |
| LE 11.3. ¿Usa oraciones de 3 palabras, por ejemplo: “quiero mi pelota”, “dame mi leche”? | NO | SI |
| Pregunte si utiliza oraciones de 3 palabras (la oración debe incluir verbo). Haga una lista. Ej.: “Mamá quiero leche”, “Papá mira coche” “Dame mi pelota”. | | |

| | | |
|--|---|----|
| SO 11.1. ¿Le ayuda a guardar las cosas de la casa en su lugar? | NO | SI |
| Pregunte si él se entusiasma y colabora guardando las cosas de la casa en su lugar. Este ítem busca evaluar su interés social y deseos de ser responsable y colaborar en la familia. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 11.2. ¿Juega a simular cosas que vio? | NO | SI |
| Pregunte: “¿A que le gusta jugar?”; “¿Juega espontáneamente a imitar alguna profesión u oficio?” Este ítem busca si tiene juego simbólico (clave 4, pág. 6). |  | |
| SO 11.3. ¿Se lava solo(a) las manos y la cara? | NO | SI |
| Pregunte si se lava solo(a) la cara o las manos cuando se le pide que lo haga. Pregunte si es capaz de abrir solo la llave de agua, toma el jabón y se talla las manos adecuadamente, si las enjuaga con agua, si se frota la cara adecuadamente, cierra la llave y se seca con la toalla. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|--|----|----|
| ALA 11.1. ¿Muestra indiferencia excesiva al entorno? | SI | NO |
| Pregunte: “¿Parece como si estuviera en su propio mundo, sin interesarse en nada de lo que pasa? ¿Parece no escuchar cuando se le habla? (clave 4, pág. 6). | | |
| ALA 11.2. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | SI | NO |
| Pregunte si ha perdido hitos del desarrollo que ya había adquirido. Distinga pérdida de un hito que ha desaparecido para evolucionar y convertirse en otro de un nivel mayor de desarrollo. La pérdida debe ser importante y constante, no transitoria (más de tres meses.). | | |

Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 12.1: Cinco objetos pequeños o piedritas y un frasco; MF 12.2: Canica u objeto pequeño. MF 12.3: Papel y crayones o lápices de color; LE 12.3: Láminas B, C y D.

GRUPO12

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 12.1. ¿Le cuesta trabajo manipular objetos pequeños como: cereal, chícharos o galletas de animalito? **

SI

NO

Colóquese enfrente un frasco y cinco objetos pequeños o piedritas, y solicítele que introduzca los objetos en el frasco. Si no lo realiza ponga el ejemplo. Esta señal está presente si le cuesta trabajo manipular los objetos.



ALE 12.2. ¿Le cuesta trabajo entender órdenes sencillas como: ve con tu mamá? **

SI

NO

Colóquese frente al niño y dígame: “Ve con tu (mamá, papá, abuelita, tía)”. La señal está presente si muestra dificultades para entender instrucciones.

ALE 12.3. ¿Hace contacto visual cuando alguien le habla?

NO

SI

Pregunte: “¿Su niño(a) mira a los ojos cuando le habla? ¿Gira la cabeza para mirarlo si usted le habla?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad. Para este ítem debe tomarse en cuenta el aspecto cultural para ser considerado normal o anormal (clave 4, pág. 6).

ALE 12.4. ¿Le cuesta mucho trabajo separarse de su mamá o de la persona que lo cuida y cuando se alejan de él(ella) se pone a llorar?

SI

NO

Pregunte: “¿Tiene mayor dificultad para separarse de usted que otros de su edad? ¿Cuesta mucho dejarle en casa y salir debido a que inmediatamente se pone a llorar y reclama su presencia? Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 12.5 ¿Tiene interés por sus juguetes, es decir los ocupa para jugar o como cosas, por ejemplo: Juega rodando sus carritos o muñecas, o sólo los ocupa para ordenarlos?

NO

SI





Esta señal de alerta busca investigar si utiliza los juguetes con un juego funcional o simbólico y no para un uso repetitivo o estereotipado como ordenar o poner en fila. La señal está presente si utiliza los juguetes para ordenarlos, ponerlos en fila.


ÁREAS DEL DESARROLLO

*3 o 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**

*Si calificó **AMARILLO** con tres respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (19-25 meses).

*3 ó 2 preguntas: En **SI** califica el área como **AMARILLO** ; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**

| | | |
|--|---|----|
| MG 12.1. ¿Puede su niño(a) agacharse fácilmente hacia delante sin caerse?*** | NO | SI |
| En un lugar con espacio suficiente, diga: “¡Ahora vamos a hacer ejercicio! ¡Mira cómo puedo agacharme y tocar el piso! ¡Ahora tú! ¡Toca el suelo con las dos manos!”. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| MG 12.2. ¿Puede su niño(a) caminar sobre la punta de sus pies?*** | NO | SI |
| Retírele los zapatos y en un lugar con espacio suficiente diga: “¡Ahora vamos a jugar a caminar de puntas!”. Camine sobre la punta de sus pies, siguiendo una línea (puede poner tela adhesiva) y diga: “¡Ahora te toca a ti! ¡Muéstrame como lo haces! ¡Camina en puntas de pie siguiendo la línea como yo!”. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. Observe si lo hace. |  | |
| MG 12.3. ¿Puede caminar hacia atrás?*** | NO | SI |
| Busque un lugar con espacio suficiente y diga: “¡Ahora vamos a jugar a caminar hacia atrás! ¡Mira como lo hago! ¡Ahora te toca a ti! ¡Camina para atrás! Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. | | |
| MF 12.1. ¿Puede abrochar un botón de una prenda de vestir? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Se logra abrochar botones de su suéter, pantalón o alguna otra prenda de vestir sin ayuda?” (clave 4, pág. 6). | | |
| MF 12.2. ¿Puede levantar una canica del suelo tomándola con dos dedos? ** | NO | SI |
| Ponga una canica en el suelo y diga: “¡Mira, voy a levantar esta canica del suelo usando estos 2 dedos! Ahora te toca a ti. Levántala”. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| MF 12.3. Cuando dibuja en un papel con lápices o crayones, ¿hace líneas de arriba hacia abajo y de un lado a otro? ** | NO | SI |
| Estando sentado dígame: “Mira voy a dibujar estas líneas de arriba hacia abajo. Ahora hazlo tú” “Mira ahora voy a dibujar estas líneas de un lado a otro” “Ahora tú”. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |

| | | |
|--|---|----|
| LE 12.1. ¿Sabe decir su edad? ** | NO | SI |
| Pregúntele: “¿Cuántos años tienes?” Observe si lo hace. | | |
| LE 12.2. Cuando está con personas que no conoce, ¿éstas entienden la mayoría de las palabras que dice? | NO | SI |
| Pregunte: “Las personas que no son de la familia ¿comprenden lo que dice? ¿Cuánto cree usted que alcanzan a entender?”. Las personas que no son familiares deben comprender 75% o más. | | |
| LE 12.3. Cuando habla ¿utiliza el plural de las palabras: perros, juguetes, niños, etc.?** | NO | SI |
| Muestrele la lámina B, señale el dibujo de un solo perro y diga: “¿Qué es esto?”. Luego señale el de los dos perros y diga: “¿Y estos?”. Repita mismo procedimiento con lámina C y D. Debe observar que utilice el plural (s). | | |
| SO 12.1. ¿Juega con otros niños(as)? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Le interesa jugar con otros? ¿Prefiere jugar solo(a)? ¿Es capaz de jugar de manera cooperativa y amistosa con otra persona?”. Este ítem busca conocer el interés social del (la) niño(a). Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). |  | |
| SO 12.2. ¿Entiende la diferencia entre mío y tuyo? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Sabe cuál es la diferencia entre mío y tuyo? ¿Entiende que algunas cosas pertenecen a otras personas y debe respetarlas? Este ítem busca evaluar si el niño reconoce la diferencia entre algo propio y algo que pertenece a otro y si se comporta en consecuencia (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 12.3. ¿Se separa fácilmente de sus padres? | NO | SI |
| Pregunte si se separa fácilmente de sus padres cuando tienen que dejarlo en algún sitio, con otros familiares o en el jardín de niños. No debe presentar ansiedad marcada ni indiferencia completa ante la separación. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

ALA 12.1. ¿Babea constantemente o habla de manera poco entendible?

SI

NO

Pregunte “¿Su niño(a) babea continuamente? ¿Tiene problemas para hablar correctamente? Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALA 12.2. ¿Se comunica con palabras aisladas es decir, no forma oraciones como: mamá quiero leche, y sólo dice leche?

SI

NO

Pregunte si el niño forma oraciones complejas que incluyen verbos o si por el contrario utiliza únicamente palabras aisladas. En esta señal se busca evaluar si existe un retraso severo en el desarrollo del lenguaje. Ej.: “Mamá quiero leche”, “Papá mira coche”, “Dame mi pelota” (clave 4, pág. 6).

ALA 12.3. ¿Se cae frecuentemente y le cuesta trabajo subir y bajar escaleras?

SI

NO

Pregunte si el niño muestra frecuentemente problemas durante la marcha, ya sea caminando tranquilamente o al correr y si le cuesta trabajo subir o bajar escaleras. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALA 12.4. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?

SI

NO

Pregunte si ha perdido hitos del desarrollo que ya había adquirido. Distinga pérdida de un hito que ha desaparecido para evolucionar y convertirse en otro de un nivel mayor de desarrollo. La pérdida debe ser importante y constante, no transitoria (más de tres meses).

Materiales requeridos para este grupo de edad:

ALE 13.1, MF 13.2, MF 13.3, ALA 13.1: Papel y crayones o lápices de color; MG 13.2: Pelota; MF. 13.1: Agujeta y cuatro cuentas para ensartar; CO 13.1: Discos de 6 cm de diámetro de diez colores diferentes.


GRUPO13

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.





****Este ítem requiere observación del niño (a)**


SEÑALES DE ALERTA

| | | |
|--|---|----|
| ALE 13.1. ¿Le cuesta trabajo tomar un lápiz o crayón con los dedos índice y pulgar?* | SI | NO |
| Ofrézcale un lápiz o un crayón y una hoja de papel y dígame por su nombre: “¡Haz un dibujo para mí! ¡Dibuja lo que quieras!” La señal está presente si tiene dificultades para tomar el lápiz o crayón con dedos índice y pulgar. |  | |
| ALE 13.2. ¿Es muy apegado(a) los padres y llora cuando se alejan, y es más notorio que en los otros niños(as) de su edad? | SI | NO |
| Pregunte: “¿Diría que su niño es demasiado apegado a sus padres? ¿Ha llegado al extremo de tener que quedarse en casa o tener que llevarlo cuando no lo planeaba, para que así deje de llorar? Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| ALE 13.3. Cuando está con otros niños(as), ¿los ignora y prefiere jugar solo(a)? | SI | NO |
| Pregunte: “Si tiene la oportunidad de jugar con otros niños familiares, como hermanos y primos, ¿Prefiere jugar solo(a)? ¿Su juego es repetitivo y estereotipado?”. Solicite ejemplos para determinar si la señal de alarma está presente (clave 4, pág. 6). | | |

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 3 o 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con tres respuestas en **NO**, aplique preguntas del **GRUPO DE EDAD ANTERIOR** (31-36 meses).
- 3 o 2 preguntas: En **SI** califica el área como **AMARILLO** ; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**

| | | |
|---|--|----|
| MG 13.1. ¿Salta su niño(a) en un solo pie? ** | NO | SI |
| En un lugar con espacio suficiente, diga: “¡Ahora vamos a jugar a brincar de cojito! ¡Mira cómo lo hago! ¡Ahora tú! ¡Brinca de cojito como yo lo hice!” Debe saltar en un pie por lo menos 3 veces. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. | | |
| MG 13.2. ¿Cuándo le avientan a su niño(a) una pelota grande puede cazarla? ** | NO | SI |
| En un lugar con espacio suficiente, colóquese de frente, a una distancia mayor a un metro y diga: “¡Vamos a jugar a la pelota!” Arroje la pelota diciendo: “¡Cacha la pelota!” Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| MG 13.3. ¿Sube y baja las escaleras sin apoyarse de la pared o el barandal? ** | NO | SI |
| Pregunte: “¿Puede su niño subir o bajar las escaleras por sí solo, sin que lo lleven de la mano?”, “¿Y sin apoyarse de la pared o barandal?” Corrobore invitándolo a subir y después bajar hasta 4 escalones, de manera lenta. Observe cuanta ayuda necesita. | | |
| MF 13.1. ¿Puede meter una agujeta o cordón por los agujeros de una cuenta o de un zapato? ** | NO | SI |
| Colóquese frente y diga: “Mira, aquí tengo unas cuentas y un cordón. Voy a meter cada una de estas cuentas en el cordón”. Desensarte las cuentas y déselas con la agujeta y diga: “Ahora te toca a ti. Mete las cuentas una a una”. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| MF 13.2. ¿Puede dibujar una persona con 2 o más partes del cuerpo: ojos, nariz, boca, pelo, tronco, brazos, piernas, etc.? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “¡Ahora vamos a dibujar! ¿Puedes hacer un dibujo para mí? Dibuja un niño o una niña.” Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más cada una de las figuras. |  | |
| MF 13.3. ¿Puede dibujar un círculo o una cruz? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “¡Ahora vamos a dibujar! ¿Puedes hacer un dibujo para mí? Dibuja un círculo.” Luego diga ¿Puedes hacer una cruz para mí? Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más cada una de las figuras. |  | |
| LE 13.1. ¿Le dice lo que quiere con palabras? | NO | SI |
| Pregunte al cuidador: “¿Platica con usted? ¿Usted diría que cuando quiere algo lo dice con palabras o sólo con gestos, en silencio o haciendo algún sonido repetitivo como uhh-uhh?” (clave 4, pág. 6). | | |


| | | |
|---|--|----|
| LE 13.2. ¿Puede platicarle algo de lo que hizo ayer? ** | NO | SI |
| Pregunte al niño(a): “¿Qué hiciste ayer? ¿Qué comiste ayer? ¿A dónde fuiste ayer?. Corrobore la respuesta con el cuidador. | | |
| LE 13.3. Frecuentemente pregunta ¿por qué? | NO | SI |
| Pregunte si cuando tiene curiosidad acerca de algo utiliza preguntas que comienzan con ¿por qué? (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 13.1. ¿Puede vestirse y desvestirse solo(a)? | NO | SI |
| Pregunte si se viste o desviste solo. Para aprobar este ítem debe ser independiente en casi la totalidad de los pasos de esta conducta, que implica quitarse pantalones, camisa, playera, calcetines y zapatos. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 13.2. ¿Puede ir al baño solo(a)? | NO | SI |
| Pregunte si es capaz de ir al baño solo, sin requerir ayuda del adulto. Para aprobar este ítem el niño debe ser capaz de bajarse la ropa, hacer sus necesidades y vestirse nuevamente. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 13.3. ¿Juega con otros niños(as) al papá y a la mamá, al doctor y/o policías y ladrones? | NO | SI |
| Pregunte si juega asumiendo roles de adultos tales como “el doctor”, “la maestra” “el policía”, etc. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| CO 13.1. ¿Conoce los nombres de cuatro colores? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “Ahora vamos a jugar con estos discos” “¡Escoge tus favoritos!” Ya elegidos 4 pregúntele: “¿Qué color es este?” Independientemente de la respuesta continúe hasta que haya respondido al menos 4 correctamente. Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| CO 13.2. ¿Puede decir los nombres de dos o más números? | NO | SI |
| Pregunte: “Su niño(a) dice algún número? ¿Cuál dice?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros (clave 4, pág. 6). | | |
| CO 13.3. ¿Puede contarle una parte del cuento que le hayan contado o leído previamente? | NO | SI |
| Pregunte si es capaz de relatar un cuento. En este ítem interesa conocer si es capaz de recordar una historia en su mayor parte y si es capaz de narrarla con coherencia, organizando su estructura en principio, desarrollo y final (clave 4, pág. 6). | | |
| CO-R 13.1. ¿Sabe decir si es niño o niña? ** | NO | SI |
| Pregunte en tono divertido: “Oye, y tu ¿eres niña o niño?” | | |

| | | |
|--|----|----|
| CO-R 13.2 ¿Dice cosas como tengo sueño, me quiero ir a dormir? | NO | SI |
| Pregunte: “Cuando está cansado ¿lo expresa con palabras? ¿Cómo lo dice?” “Si el niño quiere ir a la cama, ¿se lo hace saber con palabras?” (clave 4, pág. 6). | | |
| CO-R 13.3. ¿Hace preguntas como: ¿quién? ¿cuándo? ¿dónde? ¿por qué? | NO | SI |
| Pregunte si hace preguntas que comienzan con “quien”, “cuándo”, “donde” y “por qué”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|--|--|----|
| ALA 13.1. ¿Puede copiar un círculo en una hoja de papel? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “¡Ahora vamos a dibujar! ¡Mira voy a a dibujar un círculo!, ¿lo ves? “¡Ahora es tu turno! ¿Puedes dibujar un círculo como este?” Observe si lo hace. |  | |
| ALA 13.2. ¿Puede decir una oración con más de 3 palabras, por ejemplo: mamá dame leche? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Cómo es el lenguaje de su niño(a)? ¿Habla con palabras sueltas o forma oraciones con más de 3 palabras?” Pida ejemplos (clave 4, pág. 6). | | |
| ALA 13.3. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | SI | NO |
| Pregunte si ha perdido hitos del desarrollo que ya había adquirido. Distinga pérdida de un hito que ha desaparecido para evolucionar y convertirse en otro de un nivel mayor de desarrollo. La pérdida debe ser importante y constante, no transitoria. (más de tres meses). | | |

Materiales requeridos para este grupo de edad:
MF 14.1, MF 14.2 y MF 14.3: Papel y crayones o lápices de colores;
CO 14.1: Discos de 6 cm de diámetro de diez colores diferentes; CO
14.2: Diez cubos de 3 x 3 cm del mismo color.

GRUPO14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Pregunte cada uno de los siete factores de riesgo biológico, los cuales se especifican en la página 14 de este manual ya que se interrogan de la misma manera para todos los grupos de edad.

****Este ítem requiere observación del niño (a)**

SEÑALES DE ALERTA

ALE 14.1. Cuando habla, ¿usa correctamente los plurales y el tiempo pasado?, por ejemplo, dice palabras como: tazas, cucharas; ayer vino mi abuelita**

NO

SI

Muestrele la lámina B, señale dibujo de un perro y diga: “¿Qué es esto?”. Luego señale el de los dos perros y diga: “¿Y estos?”. Repita procedimiento con láminas C y D. Pregunte al niño: “¿Qué hiciste ayer? ¿Qué comiste ayer? ¿A dónde fuiste ayer?”

ALE 14.2. ¿Puede desvestirse solo(a), por ejemplo: abotonar, amarrar agujetas, ponerse o quitarse una playera, etc?

NO

SI

Pregunte si se viste o desviste solo. Para aprobar este ítem debe ser independiente en casi la totalidad de los pasos de esta conducta, que implica quitarse pantalones, camisa, playera, calcetines y zapatos. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 14.3. ¿Se distrae fácilmente y le cuesta mucho trabajo concentrarse en alguna actividad por más de 5 minutos?

SI

NO

Pregunte: “¿Diría que es muy distraído comparado con otros de su edad? ¿Cuánto tiempo puede quedarse atendiendo a algo que no le interesa mucho? ¿Cree que puede superar los 5 minutos?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta (clave 4, pág. 6).

ALE 14.4. ¿Actúa tímidamente o se muestra demasiado asustado(a)?

SI

NO

Pregunte: “¿Su niño(a) es demasiado tímido(a)? ¿Cómo se comporta con niños(as) o adultos que no conoce? ¿Se esconde o asusta?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).

ALE 14.5. Cuando sus padres se separan de él (ella) ¿llora y protesta mucho?

SI


NO



Pregunte: “¿Diría que su niño tiene mucha dificultad para separarse de usted?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6).



| | | |
|---|----|----|
| ALE 14.6. Cuando está con otros niños(as) ¿los (las) ignora y prefiere jugar solo(a)? | SI | NO |
| Pregunte: “Si está con otros niños que le invitan a jugar con ellos, lo acepta y juega, o los ignora y se va a jugar sólo? ¿Su juego es repetitivo y estereotipado?” Solicite ejemplos para determinar si la señal está presente (clave 4, pág. 6). | | |
| ALE 14.7. ¿Expresa de manera pobre sus emociones? | SI | NO |
| Sabe usted cuando está contento(a), triste, enojado(a)? ¿Cómo lo sabe? La emoción que expresa el(la) niño(a) ¿Es acorde con lo que está pasando o está sucediendo fuera de lugar?” Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| ALE 14.8. ¿Constantemente se le ve inactivo(a) y poco interesado(a) en lo que pasa a su alrededor? | SI | NO |
| Pregunte: “¿Parece como si estuviera en su propio mundo, sin interesarse por lo que pasa en la casa?” ¿Parece no escuchar cuando le habla? ¿Es demasiado independiente y no parece necesitar la ayuda de nadie?”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |

ÁREAS DEL DESARROLLO

- 3 o 2 respuestas en **SI** califican el área como **VERDE**; 1 o ninguna califica el área como **AMARILLO**
- Si calificó **AMARILLO** con tres respuestas en NO, aplique preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (37-48 meses).
- 3 ó 2 preguntas: En **SI** califica el área como **AMARILLO** ; 1 o ninguna califica el área como **ROJO**

| | | |
|--|----|---|
| MG 14.1. ¿Sabe su niño(a) darse marometas? | NO | SI |
| Pregunte: “¿Logra darse marometas?. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta (clave 4, pág. 6). | | |
| MG 14.2. ¿Puede su niño(a) brincar hacia delante cayendo con los pies juntos?* | NO | SI |
| En un lugar con espacio suficiente, diga: “¡Vamos a jugar a saltar con los dos pies juntos! ¿Mira como lo hago! ¡Ahora te toca a ti!” Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. | | |
| MG 14.3. ¿Puede su niño(a) brincar con un solo pie hacia adelante tres veces cayendo con el mismo pie? ** | NO | SI |
| En un lugar con espacio suficiente, diga: “¡Ahora vamos a jugar a brincar de cojito! ¡Mira como lo hago! ¡Ahora tú! ¡Brinca de cojito como yo lo hice!” Debe saltar con el mismo pie hacia delante por lo menos 3 veces . Repetición del ítem: Hasta 2 veces más de cada lado. | |  |

| | | |
|--|---|----|
| MF 14.1. ¿Puede dibujar un cuadrado? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “¡Ahora vamos a dibujar! ¿Puedes hacer un cuadrado para mí? Dibuja un cuadrado.” Criterios de aprobación: Cuadrado con cuatro líneas y cuatro ángulos de los cuales tres, por lo menos, deben estar cerrados. Las líneas deben ser rectas y enteras. Observe si lo hace. |  | |
| MF 14.2. ¿Sabe escribir 2 o más letras? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “¡Ahora vamos a escribir! ¿Puedes escribir para mí? Escribe algunas letras que te sepas, por ejemplo tu nombre” Si no lo hace, dibuje algunas letras sencillas “A” “V” “M” o “T” y pídale que las copie. | | |
| MF 14.3. ¿Puede dibujar una persona con 4 o más partes del cuerpo: ojos, nariz, boca, pelo, tronco, brazos, piernas, etc.? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “¡Ahora vamos a dibujar! ¿Puedes hacer un dibujo para mí? Dibuja un niño o una niña.” Observe si lo hace. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más cada una de las figuras. | | |
| LE 14.1. ¿Sabe usar el tiempo futuro? ** | NO | SI |
| Pregunte al niño: “¿Qué vas a hacer mañana? ¿A dónde vas al rato? ¿Cuándo irás a la escuela?” | | |
| LE 14.2. ¿Puede contar cuentos? ** | NO | SI |
| Pídale al(la) niño(a) que le cuente un cuento. En este ítem interesa valorar la capacidad de estructurar una narración coherente, con una historia que tenga: inicio, desarrollo, nudo y desenlace. Registre el uso de artículos, adjetivos y adverbios en el relato. | | |
| LE 14.3. ¿Dice “dame más” cuando algo le gusta mucho? ** | NO | SI |
| Pregunte si utiliza la expresión “dame más” cuando algo le gusta mucho. Por ejemplo: “Dame más arroz”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad. | | |
| SO 14.1. ¿Puede decir el nombre de dos de sus amigos(as)? | NO | SI |
| Pregunte si dice el nombre de dos de sus amigos. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| SO 14.2. ¿Le gusta jugar al papá o la mamá o actuar como otra persona de la familia? | NO | SI |
| Pregunte si imita a personajes de la familia y asume roles típicos de algunos de sus miembros, como “hacer como que cocina” “hacer como que regaña a otro niño” “hacer como que se va a trabajar”. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). |  | |

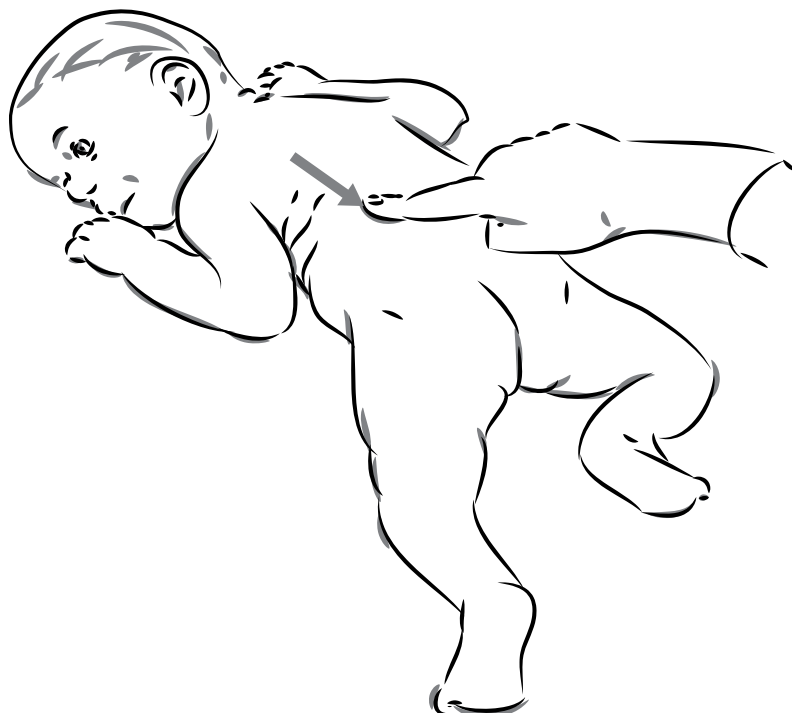
| | | |
|--|--|----|
| SO 14.3. ¿Se puede bañar solo(a)? | NO | SI |
| Pregunte si puede bañarse solo(a) cumpliendo la mayoría de los pasos como desvestirse, enjabonarse, enjuagarse y secarse, aunque necesite ayuda para alcanzar algunos productos de higiene como el shampoo o la toalla. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad (clave 4, pág. 6). | | |
| CO 14.1. ¿Puede decir el nombre correcto de los 4 colores y los puede reconocer?* | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “Ahora vamos a jugar con estos discos” “¡Muéstrame el color rojo, verde, azul...” La segunda parte del ítem es igual que en el grupo anterior. El niño debe nombrar 4 colores: “¿Qué color es este?” Independientemente de la respuesta continúe hasta que haya respondido al menos 4 correctamente. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| CO 14.2. ¿Puede contar correctamente hasta 10? ** | NO | SI |
| Colóquese de frente y diga: “Ahora vamos a jugar con estos cubos” “Quiero que los cuentes en voz alta. Cuenta cada uno tocándolos con tu dedo”. Repetición del ítem: Hasta 2 veces más. |  | |
| CO 14.3. Cuando habla ¿utiliza las palabras ayer, hoy y mañana? | NO | SI |
| Pregunte al cuidador si utiliza palabras que expresan tiempo, como por ejemplo: ayer, hoy y mañana. De utilizarlas, si lo hace de manera correcta. Defina la frecuencia e intensidad de la conducta en comparación con otros de su misma edad. (clave 4, pág. 6) | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Explore cada una de las tres preguntas que conforman esta sección de la prueba, los cuales se especifican en la página 16 de este manual ya que se exploran de la misma manera para todos los grupos de edad.

SEÑALES DE ALARMA

| | | |
|--|----|----|
| ALA 14.1. ¿Puede decir correctamente su nombre y apellido? ** | NO | SI |
| Pregúntele directamente al niño(a): “¿Cómo te llamas? Dime tu nombre y apellido” | | |
| ALA 14.2. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | SI | NO |
| Pregunte si ha perdido hitos del desarrollo que ya había adquirido. Distinga pérdida de un hito que ha desaparecido para evolucionar y convertirse en otro de un nivel mayor de desarrollo. La pérdida debe ser importante y constante, no transitoria (más de tres meses.). | | |



Formatos de aplicación para la prueba EDI

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 14)

Los ítems de Factores de Riesgo Biológicos son los mismos para todos los grupos de edad.

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. Asistencia a dos o menos consultas prenatales. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. Gestación menor a 34 semanas. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. Peso de su niño al nacer 1500 g. o menos. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5. Retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 6. Hospitalización de su niño(a) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o antes del mes de vida con una duración mayor a 4 días. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 7. Madre menor a 16 años al momento del parto. | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 16)

Los ítems de Exploración Neurológica son los mismos para todos los grupos de edad.

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. ¿Presenta alteración o asimetría en la movilidad de ojos o expresión facial? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **3. ¿Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 18)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. Al evaluar el tono muscular de su niño(a), ¿lo(a) siente totalmente flácido(a) ó presenta rigidez de sus extremidades? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. En la evaluación de los reflejos de Moro, prensión palmar y plantar, ¿falta uno de estos 3 reflejos? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. ¿Su hijo(a) tiene problemas para comer: se atraganta; se pone morado; presenta problemas para succionar? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 19)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

01 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su bebé está acostado(a) boca abajo, ¿puede voltear su cabeza para los dos lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cuando desviste a su bebé, ¿patea y mueve los brazos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

01 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su bebé mantiene las manos cerradas la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando le da en la mano una sonaja a su bebé ¿la retiene durante al menos 3 segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

01 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su bebé se tranquiliza cuando escucha su voz? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Hace algún ruido con la boca, llora cuando está incómodo(a) o quiere comer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

01 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cuando llora, ¿se tranquiliza al hablarle o levantarlo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando usted está frente a su bebé, ¿sigue con la mirada sus movimientos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

CALIFICACIÓN: Grupo A (página 11)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 21)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Están las manos de su niño(a) permanentemente empuñadas con el pulgar adentro? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. ¿Está el niño(a) frecuentemente irritable y cuesta trabajo tranquilizarlo(a) a pesar de haber satisfecho sus necesidades, y de forma más notoria que otros niño(as) de su edad? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. ¿Frecuentemente se encuentra aletargado(a) y no muestra interés por lo que sucede a su alrededor? ¿cuesta trabajo mantenerlo(a) despierto(a)? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 22)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (01 mes). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

02 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando acuesta a su bebé boca abajo, ¿levanta su cabeza durante al menos 3 segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando carga a su bebé con la cabeza hacia arriba, ¿logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 01 Mes | | | | | | |
| **01 1. Cuando su bebé está acostado(a) boca abajo, ¿puede voltear su cabeza para los dos lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 01 2. Cuando desviste a su bebé, ¿patea y mueve los brazos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

02 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Puede seguir con la vista el movimiento de objetos de colores vivos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. ¿Se lleva la mano a la boca? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 01 Mes | | | | | | |
| **01 1. ¿Su bebé mantiene las manos cerradas la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **01 2. Cuando le da en la mano una sonaja a su bebé ¿la retiene durante al menos 3 segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

02 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su bebé oye un ruido, ¿voltea hacia la fuente del sonido? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. ¿Hace sonidos como “a”, “e”, “u”? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 01 Mes | | | | | | |
| 01 1. ¿Su bebé se tranquiliza cuando escucha su voz? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 01 2. ¿Hace algún ruido con la boca, llora cuando está incómodo(a) o quiere comer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

02 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Hace sonidos con la boca cuando le hablan? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Reconoce los rostros que le son familiares y sonrío? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 01 Mes | | | | | | |
| 01 1. Cuando llora, ¿se tranquiliza al hablarle o levantarlo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **01 2. Cuando usted está frente a su bebé, ¿sigue con la mirada sus movimientos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 23)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. Al evaluar el tono muscular de su niño(a), ¿lo siente totalmente flácido o presenta rigidez en sus extremidades? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. ¿El reflejo del Moro está ausente o es asimétrico? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. ¿Su hijo(a) tiene problemas para comer: Se atraganta, se pone morado(a) o presenta problemas para succionar? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo B (página 12)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 25)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Logra mantener su cabeza firme sin que caiga bruscamente hacia enfrente, atrás o a los lados, cuando lo sostiene por el tronco? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **2. ¿Sigue con la vista a las personas y a los objetos brillantes? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 3. ¿Sonríe al ver los gestos de la madre? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 25)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: Verde; 1 o ninguna respuesta acreditada: Amarillo. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como Amarillo con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (02 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: Amarillo; si acredita 1 o ninguna: Rojo. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

03 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su bebé está boca abajo y apoyado(a) en sus brazos, ¿logran sostener la cabeza al menos tres segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando sienta a su bebé, ¿ha observado si logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 02 Meses | | | | | | |
| **02 1. Cuando acuesta a su bebé boca abajo, ¿levanta su cabeza durante al menos 3 segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **02 2. Cuando carga a su bebé con la cabeza hacia arriba, ¿logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

03 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha fijado si su bebé observa sus manos durante al menos 3 segundos mientras las está moviendo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. ¿Tiene su bebé las manos abiertas la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 02 Meses | | | | | | |
| **02 1. ¿Puede seguir con la vista el movimiento de objetos de colores vivos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **02 2. ¿Se lleva la mano a la boca? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

03 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cuando le hablan a su bebé, ¿hace sonidos con la boca o sonríe? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cuando balbucea, ¿pronuncia algunas consonantes como "agu" o "ga"? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 02 Meses | | | | | | |
| **02 1. Cuando su bebé oye un ruido, ¿vuelve hacia la fuente del sonido? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 2. ¿Hace sonidos como "á", "é", "u"? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

03 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Es fácil que su bebé sonría? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando usted le habla, ¿Voltea la cabeza y trata de ubicar el origen de su voz? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 02 Meses | | | | | | |
| 02 1. ¿Hace sonidos con la boca cuando le hablan? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 2. ¿Reconoce los rostros que le son familiares y sonríe? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 27)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. Al evaluar el tono muscular de su niño(a), ¿lo siente totalmente flácido o presenta rigidez en sus extremidades? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. ¿El reflejo de Moro está ausente o es asimétrico? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo B (página 12)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 28)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Hay asimetría en los movimientos de las manos? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. ¿Muestra interés por los objetos y trata de tomarlos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **3. ¿Persiste en reflejo de Galant o de encurvación? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 29)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (03 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

04 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su bebé está sentado(a) y le sostiene suavemente de la espalda, ¿mantiene su cabeza, sin dejarla caer hacia ningún lado? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando su bebé está acostado(a) boca arriba, ¿se voltea hacia los lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 03 Meses | | | | | | |
| **03 1. Cuando su bebé está boca abajo y apoyado(a) en sus brazos, ¿lograr sostener la cabeza al menos tres segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **03 2. Cuando sienta a su bebé ¿ha observado si logra sostener la cabeza sin que se le vaya bruscamente hacia atrás o hacia alguno de los lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

04 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Extiende su bebé alguno de sus brazos para tratar de tomar un objeto que está a su alcance? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. ¿Puede mantener en la mano un objeto al menos 10 segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 03 Meses | | | | | | |
| **03 1. ¿Se ha fijado si su bebé observa sus manos durante al menos 3 segundos mientras las está moviendo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **03 2. ¿Tiene su bebé las manos abiertas la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

04 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Balbucea o grita para llamar su atención? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Emite sonidos como “le”, “be”, “pa”, “gu”? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 03 Meses | | | | | | |
| 03 1. Cuando le hablan a su bebé, ¿hace sonidos con la boca o sonríe? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 2. Cuando balbucea, ¿pronuncia algunas consonantes como “agu” o “ga”? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

04 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Piensa usted que cuando su bebé ve su pecho, ¿sabe que en poco tiempo le va a dar de comer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Le gusta jugar con otras personas y llora cuando dejan de jugar con él(ella)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 03 Meses | | | | | | |
| 03 1. ¿Es fácil que su bebé sonría? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **03 2. Cuando usted le habla, ¿voltea la cabeza y trata de ubicar el origen de su voz? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 30)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿El reflejo del Moro está ausente o es asimétrico? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **2. ¿Logra mantener su cabeza firme sin que caiga bruscamente hacia enfrente, atrás o a los lados, cuando lo sostiene por el tronco? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |

CALIFICACIÓN: Grupo B (página 12)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 31)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Presenta interés por sus manos, las observa? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 2. ¿Balbucea o emite sonidos guturales? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **3. ¿Sostiene objetos con las manos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **4. Cuando está acostado(a) y usted lo (la) toma de las manos para sentarlo(a), ¿se impulsa para ayudarlo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **5. ¿Cuando está boca arriba puede girar su cuerpo hacia los lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 6. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 32)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (04 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

05-06 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando usted toma a su bebé de los brazos para sentarlo, ¿él (ella) le ayuda jalando y elevando la cabeza? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando usted para a su bebé sobre una superficie plana, ¿aguanta su peso sobre las piernas y tiende a saltar? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 04 Meses | | | | | | |
| **04 1. Cuando su bebé está sentado(a) y le sostiene suavemente de la espalda, ¿mantiene su cabeza, sin dejarla caer hacia ningún lado? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **04 2. Cuando su bebé está acostado(a) boca arriba, ¿se voltea hacia los lados? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

05-06 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su bebé agarra algún objeto, ¿se le pasa de una mano a otra? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando sienta a su bebé encima de usted, ¿intenta insistentemente agarrar un objeto cercano a él (ella), aunque no pueda alcanzarlo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 04 Meses | | | | | | |
| **04 1. ¿Extiende su bebé alguno de sus brazos para tratar de tomar un objeto que está a su alcance? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **04 2. ¿Puede mantener en la mano un objeto al menos 10 segundos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

05-06 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Si llama a su bebé cuando él (ella) no lo puede ver, ¿mueve la cabeza en dirección de su voz? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Si usted imita los sonidos que su bebé emite, ¿vuelve él (ella) a repetirlos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 04 Meses | | | | | | |
| 04 1. ¿Balbucea o grita para llamar su atención? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 2. ¿Emite sonidos como "le", "be", "pa", "gu"? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

05-06 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se pone intranquilo(a) cuando una persona desconocida trata de cargarlo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando usted se tapa la cabeza con una tela, ¿se ríe cuando usted se destapa? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 04 Meses | | | | | | |
| 04 1. Piensa usted que cuando su bebé ve su pecho ¿sabe que en poco tiempo le va a dar de comer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 2. ¿Le gusta jugar con otras personas y llora cuando dejan de jugar con él (ella)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 34)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Hay asimetría en los movimientos de las manos? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. ¿Persiste el reflejo de Galant o de encurvación? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 35)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Puede mantener un objeto en cada mano? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **2. ¿Busca o sigue con la mirada un objeto que se cayó? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **3. ¿Puede mantenerse sentado(a) sin apoyo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **4. ¿Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 5. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 36)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (05-06 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rajo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

07-09 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Al sentar a su bebé en el suelo, ¿se apoya en sus manos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. Cuando su bebé quiere ir de un lado a otro, ¿se arrastra sobre el estómago y puede voltearse estando boca arriba a quedar boca abajo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 05-06 Meses | | | | | | |
| **05-06 1. Cuando usted toma a su bebé de los brazos para sentarlo, ¿él (ella) le ayuda jalando y elevando la cabeza? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **05-06 2. Cuando usted para a su bebé sobre una superficie plana, ¿aguanta su peso sobre las piernas y tiende a saltar? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

07-09 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando quiere agarrar las cosas, ¿utiliza sus dedos como si fuera rastrillo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Le gusta golpear objetos contra la mesa o el suelo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 05-06 Meses | | | | | | |
| **05-06 1. Cuando su bebé agarra algún objeto, ¿se lo pasa de una mano a otra? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **05-06 2. Cuando sienta a su bebé encima de usted, ¿intenta insistentemente agarrar un objeto cercano a él (ella), aunque no pueda alcanzarlo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

07-09 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Puede hacer dos sonidos iguales como “ba-ba”, “da-da”, “ta-ta”? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Hace gestos para decir lo que quiere? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 05-06 Meses | | | | | | |
| <i>**05-06 1. Si llama a su bebé cuando él (ella) no lo puede ver, ¿mueve la cabeza en dirección de su voz?</i> | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>05-06 2. Si usted imita los sonidos que su bebé emite, ¿vuelve él (ella) a repetirlos?</i> | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

07-09 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cuando está con otras personas conocidas, ¿reacciona ante sus expresiones y parece contento(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cuando le da de beber líquidos, ¿le ayuda a detener el biberón o la taza? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 05-06 Meses | | | | | | |
| <i>05-06 1. ¿Se pone intranquilo(a) cuando una persona desconocida trata de cargarlo?</i> | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>**05-06 2. Cuando usted se tapa la cabeza con una tela, ¿se ríe cuando usted se destapa?</i> | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 37)

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Persiste el reflejo de Moro? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. ¿Presenta reflejo de paracaídas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 39)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Hace esfuerzos por desplazarse o gatea? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **2. ¿Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 3. ¿Juega con sus juguetes? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 40)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (07-09 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

10-12 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su bebé se desplaza de un lado a otro, ¿utiliza sus manos y rodillas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **2. ¿Puede su niño(a) caminar agarrado(a) de los muebles? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses | | | | | | |
| **07-09 1. Al sentar a su bebé en el suelo, ¿se apoya en sus manos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **07-09 2. Cuando su bebé quiere ir de un lado a otro, ¿se arrastra sobre el estómago y puede voltearse estando boca arriba a quedar boca abajo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10-12 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Puede sujetar un objeto pequeño con los dedos y mantenerlo en el centro de la mano? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sabe aplaudir? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses | | | | | | |
| **07-09 1. Cuando quiere agarrar las cosas, ¿utiliza sus dedos como si fuera rastrillo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07-09 2. ¿Le gusta golpear objetos contra la mesa o el suelo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10-12 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su niño(a) está jugando en una actividad que lo tiene entretenido(a) y usted le dice “no” “no”, ¿deja de hacerla? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Dice papá o mamá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses | | | | | | |
| 07-09 1. ¿Puede hacer dos sonidos iguales como “ba-ba”, “da-da”, “ta-ta”? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07-09 2. ¿Hace gestos para decir lo que quiere? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10-12 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Empieza ya a comer por sí solo(a) con los dedos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cuando lo(a) viste, ¿puede ayudarlo terminando de meter el brazo por la manga? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses | | | | | | |
| 07-09 1. Cuando está con otras personas conocidas, ¿reacciona ante sus expresiones y parece contento(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07-09 2. Cuando le da de beber líquidos, ¿le ayuda a detener el biberón o la taza? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 41)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Puede mantenerse sentado(a) sin apoyo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 2. ¿Hace esfuerzos por comunicarse, ya sea balbuceando o con gestos? Por ejemplo: señalar lo que desea, mover la mano para saludar, hacer señas, jalar para llamar la atención. | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 42)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Se mantiene de pie mientras se le sostiene del tronco? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 2. ¿Hace esfuerzos por comunicarse de forma verbal? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 3. ¿Dejó de balbucear y ya se expresa con palabras? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 43)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 3 o 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (10-12 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

13-15 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Camina solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. Cuando su niño(a) está sentado(a), ¿puede pararse solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Puede su niño(a) agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse en algo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 10-12 Meses. | | | | | | |
| **10-12 1. Cuando su bebé se desplaza de un lado a otro, ¿utiliza sus manos y rodillas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **10-12 2. ¿Puede su niño(a) caminar agarrado(a) de los muebles? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

13-15 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Le gusta tirar o aventar juguetes u otros objetos al suelo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Le gusta sacar y meter cosas de las bolsas, cajas o botes? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede coger un pedazo pequeño de comida utilizando las yemas de los dedos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 10-12 Meses. | | | | | | |
| **10-12 1. ¿Puede sujetar un objeto pequeño con los dedos y mantenerlo en el centro de la mano? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10-12 2. ¿Sabe aplaudir? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

13-15 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Puede señalar su zapato o alguna parte del cuerpo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 2. ¿Puede decir otra palabra además de papá y mamá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cuando quiere algo, ¿se lo comunica con gestos y sonidos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 10-12 Meses. | | | | | | | |
| **10-12 1. Cuando su niño(a) está jugando en una actividad que lo tiene entretenido(a) y usted le dice "no" "no", ¿deja de hacerla? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10-12 2. ¿Dice papá o mamá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |

13-15 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Come solo(a), sin que alguien le ayude? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 2. ¿Le gusta abrazar o besar a sus papás? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Obedece órdenes sencillas como: ven, dámelo, trae tu pelota, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 10-12 Meses. | | | | | | | |
| 10-12 1. ¿Empieza ya a comer por sí solo(a) con los dedos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10-12 2. Cuando lo(a) viste, ¿puede ayudarlo terminando de meter el brazo por la manga? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 45)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Puede desplazarse solo(a) o gatear? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 46)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Sabe cómo se llaman las cosas y los nombres de las personas de su familia?, por ejemplo, si le preguntan ¿dónde está tu papá, puede señalarlo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **2. ¿Puede comprender órdenes sencillas, como trae la pelota? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 3. ¿Se enoja mucho y tiene dificultad para calmarse, comparado con otros niños(as) de su edad? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 47)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 3 o 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (13-15 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

16-18 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Puede su niño(a) sentarse solo(a) en una silla pequeña? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede su niño(a) patear una pelota? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Corre, aunque sea de forma torpe? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 13-15 Meses. | | | | | | |
| **13-15 1. ¿Camina solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **13-15 2. Cuando su niño(a) está sentado(a), ¿puede pararse solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **13-15 3. ¿Puede su niño(a) agacharse para agarrar un objeto del suelo y volverse a poner de pie sin apoyarse en algo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

16-18 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Sabe colocar cubos uno encima del otro? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede meter piedritas o semillas en un frasco que tenga la boca chica? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. Si usted le da un pedazo de papel y un lápiz o crayón ¿utiliza la punta para tratar de dibujar? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 13-15 Meses. | | | | | | |
| 13-15 1. ¿Le gusta tirar o aventar juguetes u otros objetos al suelo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **13-15 2. ¿Le gusta sacar y meter cosas de las bolsas, cajas o botes? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **13-15 3. Sin apoyar la mano o el brazo en la mesa, ¿puede coger un pedazo pequeño de comida utilizando las yemas de los dedos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

16-18 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| 1. ¿Sabe decir cuatro palabras además de papá y mamá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede señalar 2 o 3 partes de su cuerpo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Sabe el nombre de algunos objetos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 13-15 Meses. | | | | | | |
| **13-15 1. ¿Puede señalar su zapato o alguna parte del cuerpo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13-15 2. ¿Puede decir otra palabra además de papá y mamá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13-15 3. Cuando quiere algo, ¿se lo comunica con gestos y sonidos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

16-18 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| 1. ¿Utiliza la cuchara para comer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| 2. Cuando va a desvestirse a su niño(a), ¿le ayuda quitándose parte de su ropa, como son los zapatos o huaraches? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. A su hijo(a), ¿le gusta imitarla(o) en tareas de la casa como barrer o sacudir? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 13-15 Meses. | | | | | | |
| 13-15 1. ¿Come solo(a), sin que alguien le ayude? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13-15 2. ¿Le gusta abrazar o besar a sus papás? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **13-15 3. ¿Obedece órdenes sencillas como: ven, dámelo, trae tu pelota, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 49)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Dice alguna palabra clara como: mamá, papá o leche? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| **2. ¿Camina solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 3. ¿Muestra conductas repetitivas o estereotipadas, por ejemplo: balancearse sin parar en su silla o golpearse la cabeza con las manos? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 50)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Tiene dificultad para seguir instrucciones sencillas, como dame tu zapato? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. ¿Se le dificulta mucho relacionarse con personas que no le son familiares? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. ¿Muestra indiferencia excesiva al entorno, parece no interesarle nada de lo que sucede a su alrededor? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 50)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 3 o 2 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (16-18 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

19-24 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| 1. ¿Puede su niño(a) subir solo(a) a los muebles? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Corre su niño(a) sin caerse? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Patea la pelota sin perder el equilibrio? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 16-18 Meses. | | | | | | |
| 16-18 1. ¿Puede su niño(a) sentarse solo(a) en una silla pequeña? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **16-18 2. ¿Puede su niño(a) patear una pelota? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **16-18 3. ¿Corre, aunque sea de forma torpe? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

19-24 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| **1. ¿Intenta abrir un frasco girando la mano? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede desenvolver un dulce? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Puede comer ayudándose de una cuchara sin tirar la comida? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 16-18 Meses. | | | | | | |
| **16-18 1. ¿Sabe colocar cubos uno encima del otro? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **16-18 2. ¿Puede meter piedritas o semillas en un frasco que tenga la boca chica? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **16-18 3. Si usted le da un pedazo de papel y un lápiz o crayón ¿utiliza la punta para tratar de dibujar? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

19-24 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| 1. ¿Dice frases de dos palabras? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| 2. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de mamá y papá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Obedece órdenes sencillas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 16-18 Meses. | | | | | | |
| 16-18 1. ¿Sabe decir cuatro palabras además de papá y mamá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **16-18 2. ¿Puede señalar 2 o 3 partes de su cuerpo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **16-18 3. ¿Sabe el nombre de algunos objetos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

19-24 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| 1. ¿Trata de hacer las cosas solo(a) y se molesta cuando no lo dejan? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| 2. ¿Avisa cuando ha mojado el pañal? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Le pide ayuda cuando quiere algo que no alcanza? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 16-18 Meses. | | | | | | |
| 16-18 1. ¿Utiliza la cuchara para comer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16-18 2. Cuando va a desvestirse a su niño(a), ¿le ayuda quitándose parte de su ropa, como son los zapatos o huaraches? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16-18 3. A su hijo(a), ¿le gusta imitarla(o) en tareas de la casa como barrer o sacudir? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 53)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. Cuando camina, ¿presenta una forma inmadura de hacerlo, primero apoya los dedos y luego el talón o después de varios meses sólo apoya las puntas de los pies? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

10. DE DIECINUEVE MESES HASTA UN DÍA ANTES DE CUMPLIR LOS VEINTICINCO MESES O DOS AÑOS Y UN MES DE EDAD CORREGIDA (pág. 9)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 54)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Se le dificulta mucho relacionarse con personas que no le son familiares? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. ¿Se frustra mucho cuando se le dificulta hacer algo y deja de hacerlo o se pone a llorar? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 54)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 o 3 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (19-24 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

25-30 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. Cuando su niño(a) brinca, ¿levanta los dos pies del suelo a la vez? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| 2. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones con ayuda? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Puede el niño(a) pararse sobre un solo pie? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 19-24 Meses. | | | | | | |
| 19-24 1. ¿Puede su niño(a) subirse solo(a) a los muebles? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **19-24 2. ¿Corre su niño(a) sin caerse? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **19-24 3. ¿Patea la pelota sin perder el equilibrio? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

25-30 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Abre un frasco solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Lanza una pelota con la mano? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Hace hileras con juguetes, piedritas o semillas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 19-24 Meses. | | | | | | |
| **19-24 1. ¿Intenta abrir un frasco girando la mano? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **19-24 2. ¿Puede desenvolver un dulce? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19-24 3. ¿Puede comer ayudándose de una cuchara sin tirar la comida? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

25-30 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Sabe decir su nombre? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 2. ¿Utiliza palabras como yo, mío, él, tú? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Usa oraciones de 3 palabras, por ejemplo: “quiero mi pelota”, “dame mi leche”? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 19-24 Meses. | | | | | | | |
| 19-24 1. ¿Dice frases de dos palabras? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 19-24 2. ¿Sabe decir ocho o más palabras además de mamá y papá? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **19-24 3. ¿Obedece órdenes sencillas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25-30 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Le ayuda a guardar las cosas de la casa en su lugar? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 2. ¿Juega a simular cosas que vió? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se lava solo(a) las manos y la cara? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 19-24 Meses. | | | | | | | |
| 19-24 1. ¿Trata de hacer las cosas solo(a) y se molesta cuando no lo dejan? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 19-24 2. ¿Avisa cuando ha mojado el pañal? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19-24 3. ¿Le pide ayuda cuando quiere algo que no alcanza? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 56)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Muestra indiferencia excesiva al entorno? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 57)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Le cuesta trabajo manipular objetos pequeños como: cereal, chícharos o galletas de animalito? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| **2. ¿Le cuesta trabajo entender órdenes sencillas como: vé con tu mamá? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. ¿Hace contacto visual cuando alguien le habla? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 4. ¿Le cuesta mucho trabajo separarse de su mamá o de la persona que lo cuida y cuando se aleja de él(ella) se pone a llorar? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5. ¿Tiene interés por sus juguetes, es decir los ocupa para jugar o como cosas, por ejemplo: juega rodando sus carritos o muñecas, o sólo los ocupa para ordenarlos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 58)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 o 3 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (25-30 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

31-36 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Puede su niño(a) agacharse fácilmente hacia delante sin caerse? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede su niño(a) caminar sobre la punta de sus pies? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Puede caminar hacia atrás? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 25-30 Meses. | | | | | | |
| **25-30 1. Cuando su niño(a) brinca, ¿levanta los dos pies del suelo a la vez? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| 25-30 2. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones con ayuda? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **25-30 3. ¿Puede el niño(a) pararse sobre un solo pie? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31-36 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Puede abrochar un botón de una prenda de vestir? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede levantar una canica del suelo tomándola con dos dedos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. Cuando dibuja en un papel con lápices o crayones, ¿hace líneas de arriba hacia abajo y de un lado a otro? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 25-30 Meses. | | | | | | |
| **25-30 1. ¿Abre un frasco solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **25-30 2. ¿Lanza una pelota con la mano? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **25-30 3. ¿Hace hileras con juguetes, piedritas o semillas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31-36 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| **1. ¿Sabe decir su edad? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| 2. Cuando está con personas que no conoce, ¿estas entienden la mayoría de las palabras que dice? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **3. Cuando habla, ¿utiliza el plural de las palabras: perros, juguetes, niños, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 25-30 Meses. | | | | | | |
| **25-30 1. ¿Sabe decir su nombre? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25-30 2. ¿Utiliza palabras como yo, mío, él, tú? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25-30 3. ¿Usa oraciones de 3 palabras, por ejemplo: "quiero mi pelota", "dame mi leche"? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

31-36 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| 1. ¿Juega con otros niños(as)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| 2. ¿Entiende la diferencia entre mío y tuyo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se separa fácilmente de sus padres? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 25-30 Meses. | | | | | | |
| 25-30 1. ¿Le ayuda a guardar las cosas de la casa en su lugar? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25-30 2. ¿Juega a simular cosas que vio? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25-30 3. ¿Se lava solo(a) las manos y la cara? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 60)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Babea constantemente o habla de manera poco entendible? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. ¿Se comunica con palabras aisladas es decir, no forma oraciones como: mamá quiero leche, y sólo dice leche? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. ¿Se cae frecuentemente y le cuesta trabajo subir y bajar escaleras? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 61)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Le cuesta trabajo tomar un lápiz o un crayón con los dedos índice y pulgar? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 2. ¿Es muy apegado(a) a los padres y llora cuando se alejan, y es más notorio que en los otros niños(as) de su edad? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 3. Cuando está con otros niños(as), ¿los ignora y prefiere jugar solo(a)? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 61)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 o 3 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (31-36 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

37-48 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Salta su niño(a) en un solo pie? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. Cuando le avientan a su niño(a) una pelota grande ¿puede cazarla? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Sube y baja las escaleras sin apoyarse de la pared o el barandal? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 31-36 Meses. | | | | | | |
| **31-36 1. ¿Puede su niño(a) agacharse fácilmente hacia delante sin caerse? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **31-36 2. ¿Puede su niño(a) caminar sobre la punta de sus pies? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **31-36 3. ¿Puede caminar hacia atrás? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

37-48 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Puede meter una agujeta o cordón por los agujeros de una cuenta o de un zapato? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede dibujar una persona con 2 o más partes del cuerpo: ojos, nariz, boca, pelo, tronco, brazos, piernas, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Puede dibujar un círculo o una cruz? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 31-36 Meses. | | | | | | |
| 31-36 1. ¿Puede abrochar un botón de una prenda de vestir? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **31-36 2. ¿Puede levantar una canica del suelo tomándola con dos dedos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **31-36 3. Cuando dibuja en un papel con lápices o crayones, ¿hace líneas de arriba hacia abajo y de un lado a otro? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |

37-48 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Le dice lo que quiere con palabras? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| **2. ¿Puede platicarle algo de lo que hizo ayer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Frecuentemente pregunta, ¿por qué? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 31-36 Meses. | | | | | | | |
| **31-36 1. ¿Sabe decir su edad? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 31-36 2. Cuando está con personas que no conoce, ¿éstas entienden la mayoría de las palabras que dice? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| **31-36 3. Cuando habla, ¿utiliza el plural de las palabras: perros, juguetes, niños, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37-48 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Puede vestirse y desvestirse solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 2. ¿Puede ir al baño solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Juega con otros niños(as) al papá y a la mamá, al doctor, y/o a policías y ladrones? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 31-36 Meses. | | | | | | | |
| 31-36 1. ¿Juega con otros niños(as)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 31-36 2. ¿Entiende la diferencia entre mío y tuyo? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31-36 3. ¿Se separa fácilmente de sus padres? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37-48 Área de Desarrollo: Conocimiento

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| **1. ¿Conoce los nombres de cuatro colores? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 2. ¿Puede decir los nombres de dos o más números? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Puede contarle una parte del cuento que le hayan contado o leído previamente? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 31-36 Meses. | | | | | | | |
| **31-36 1. ¿Sabe decir si es niño o niña? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | | |
| 31-36 2. ¿Dice cosas como tengo sueño, me quiero ir a dormir? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31-36 3. Hace preguntas como: ¿quién? ¿cuándo? ¿dónde? ¿por qué? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SEÑALES DE ALARMA (página 64)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Puede copiar un círculo en una hoja de papel? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 2. ¿Puede decir una oración con más de 3 palabras, por ejemplo: mamá dame leche? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 3. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)

SEÑALES DE ALERTA (página 65)

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. Cuando habla, ¿usa correctamente los plurales y el tiempo pasado?, por ejemplo, dice palabras como: tazas, cucharas; ayer vino mi abuelita? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 2. ¿Puede desvestirse solo(a), por ejemplo: abotonar, amarrar agujetas, ponerse o quitarse una playera, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 3. ¿Se distrae fácilmente y le cuesta mucho trabajo concentrarse en alguna actividad por más de 5 minutos? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 4. ¿Actúa tímidamente o se muestra demasiado asustado(a)? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 5. Cuando sus padres se separan de él(ella) ¿llora y protesta mucho? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 6. Cuando está con otros niños(as) ¿los (las) ignora y prefiere jugar solo(a)? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 7. ¿Expresa de manera pobre sus emociones? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |
| 8. ¿Constantemente se le ve inactivo(a) y poco interesado(a) en lo que pasa a su alrededor? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

ÁREAS DEL DESARROLLO (página 66)

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 o 3 respuestas acreditadas: *Verde*; 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (37-48 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

49-60 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| 1. ¿Sabe su niño(a) darse marometas? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Puede su niño(a) brincar hacia adelante cayendo con los pies juntos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Puede su niño(a) brincar con un sólo pie hacia adelante tres veces cayendo con el mismo pie? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 37-48 Meses. | | | | | | |
| **37-48 1. ¿Salta su niño(a) en un solo pie? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **37-48 2. Cuando le avientan a su niño(a) una pelota grande ¿puede cazarla? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **37-48 3. ¿Sube y baja las escaleras sin apoyarse de la pared o el barandal? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

49-60 Área de Desarrollo: Motriz Fina

| | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|---|
| **1. ¿Puede dibujar un cuadrado? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | |
| **2. ¿Sabe escribir 2 o más letras? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Puede dibujar una persona con 4 o más partes del cuerpo: ojos, nariz, boca, pelo, tronco, brazos, piernas, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 37-48 Meses. | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| **37-48 1. ¿Puede meter una agujeta o cordón por los agujeros de una cuenta o de un zapato? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | |
| **37-48 2. ¿Puede dibujar una persona con 2 o más partes del cuerpo: ojos, nariz, boca, pelo, tronco, brazos, piernas, etc.? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **37-48 3. ¿Puede dibujar un círculo o una cruz? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

49-60 Área de Desarrollo: Lenguaje

| | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| **1. ¿Sabe usar el tiempo futuro? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | |
| **2. ¿Puede contar cuentos? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| **3. ¿Dice "dame más" cuando algo le gusta mucho? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 37-48 Meses.

| | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| 37-48 1. ¿Le dice lo que quiere con palabras? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | |
| **37-48 2. ¿Puede platicarle algo de lo que hizo ayer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 37-48 3. Frecuentemente pregunta, ¿por qué? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

49-60 Área de Desarrollo: Social

| | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| 1. ¿Puede decir el nombre de dos de sus amigos(as)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | |
| 2. ¿Le gusta jugar al papá y a la mamá o actuar como otra persona de la familia? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se puede bañar solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 37-48 Meses.

| | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| 37-48 1. ¿Puede vestirse y desvestirse solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | |
| 37-48 2. ¿Puede ir al baño solo(a)? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 37-48 3. ¿Juega con otros niños(as) al papá y a la mamá, al doctor y/o a policías y ladrones? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

49-60 Área de Desarrollo: Conocimiento

| | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| **1. ¿Puede decir el nombre correcto de los 4 colores y los puede reconocer? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | |
| **2. ¿Puede contar correctamente hasta 10? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Cuando habla ¿utiliza las palabras ayer, hoy y mañana? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si respondió NO en TRES preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 37-48 Meses.

| | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| **37-48 1. ¿Conoce los nombres de cuatro colores? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | |
| 37-48 2. ¿Puede decir los nombres de dos o más números? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 37-48 3. ¿Puede contarle una parte del cuento que le hayan contado o leído previamente? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

SENALES DE ALARMA (página 68)

| | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| **1. ¿Puede decir correctamente su nombre y apellido? | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | SI |
| 2. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo? | <input type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | NO |

CALIFICACIÓN: Grupo C (pag. 13)

Este manual se terminó de imprimir y encuadernar
en el mes de julio de 2013 en los talleres de Talleres Gráficos de México
Av. Canal del Norte #80, Col. Felipe Pescador, Del. Cuauhtémoc, México D.F.
C.P. 06280. Se tiraron 6,000 ejemplares.

