
Santa Cruz County
Behavioral Health Services

Necesidades y fortalezas
de niños y adolescentes:
primera infancia
versión 2.0

Del nacimiento a los 5 años

Praed Foundation 2022, 1999

2022
Guía de
referencia

AGRADECIMIENTOS

La herramienta de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes: primera infancia (CANS-EC) de Santa Cruz County Behavioral Health Services procede en gran medida de la versión estándar integral de las necesidades y fortalezas de niños y adolescentes: primera infancia. Esta herramienta de integración de la información está diseñada para apoyar la planificación de casos individuales y la planificación y la evaluación de los sistemas de servicios. La CANS es una herramienta de dominio abierto para utilizar en diversos sistemas de servicios para niños que abordan las necesidades y fortalezas de niños, adolescentes y sus familias. Los derechos de autor pertenecen a Praed Foundation para garantizar que continúen siendo de uso libre. Para un uso adecuado, se espera que se realice una capacitación y una certificación anuales.

En Praed Foundation, estamos comprometidos a crear un entorno diverso e inclusivo. Es importante considerar cómo estamos usando las palabras individuales de manera precisa e inclusiva. Por ello, en esta guía de referencia se utiliza el pronombre masculino neutral.

Además, se utiliza “niño” para referirse a “bebé”, “niño pequeño” o “niño”. El objetivo de esto es facilitar el uso de la guía.

Para obtener un permiso específico de uso de esta herramienta, comuníquese con Praed Foundation. Para obtener más información sobre la herramienta CANS-EC, comuníquese con:

John S. Lyons, PhD

Director, Centro de Innovación en Salud de la Población
Profesor, Salud, Gestión y Política
Universidad de Kentucky
Facultad de Salud Pública
John.Lyons@uky.edu

April D. Fernando, PhD

Directora adjunta, Centro de Innovación en Salud de la Población
Profesora adjunta, Salud, Comportamiento y Sociedad
Universidad de Kentucky
Facultad de Salud Pública
April.Fernando@uky.edu

Praed Foundation

info@praedfoundation.org
<http://praedfoundation.org>

Santa Cruz County Behavioral Health

Lauren Fein, MFT
Jefa del programa, Salud Conductual Infantil
HSACANSA@santacruzcounty.us



ÍNDICE

| | |
|--|----|
| AGRADECIMIENTOS | 1 |
| ÍNDICE | 3 |
| CANS..... | 4 |
| SEIS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CANS..... | 4 |
| HISTORIA Y ANTECEDENTES DE LA CANS..... | 4 |
| HISTORIA..... | 5 |
| PROPIEDADES DE MEDICIÓN | 5 |
| VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES Y FORTALEZAS..... | 6 |
| ¿CÓMO SE UTILIZA LA CANS?..... | 7 |
| ES UNA ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN | 7 |
| ORIENTA LA ATENCIÓN Y LA PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS O SERVICIOS | 8 |
| FACILITA LA MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS | 8 |
| ES UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN | 8 |
| CANS: UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO | 8 |
| CÓMO APROVECHAR AL MÁXIMO LA CANS | 8 |
| CÓMO ESCUCHAR UTILIZANDO LA CANS | 9 |
| REDIRIGIR LA CONVERSACIÓN A LOS SENTIMIENTOS Y OBSERVACIONES DE LOS PADRES/CUIDADORES | 9 |
| RECONOCER LOS SENTIMIENTOS | 9 |
| CONCLUSIÓN | 9 |
| REFERENCIAS | 11 |
| ESTRUCTURA BÁSICA DE LA CANS-EC DEL SANTA CRUZ COUNTY | 13 |
| DOMINIO DE FORTALEZAS | 14 |
| MÓDULO ASPECTO MÉDICO/FÍSICO | 31 |
| DOMINIO DE FACTORES CULTURALES FAMILIARES | 42 |
| DOMINIO DE LOS CUIDADORES..... | 45 |
| INTENSIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS | 45 |
| RECURSOS Y NECESIDADES DE LOS CUIDADORES..... | 48 |
| DOMINIO DE NECESIDADES Y PROBLEMAS EMOCIONALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DE SALUD MENTAL | 60 |
| DOMINIO DE EXPERIENCIAS INFANTILES POSIBLEMENTE TRAUMÁTICAS/ADVERSAS..... | 72 |
| DOMINIO DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO..... | 78 |

INTRODUCCIÓN

CANS

La herramienta de **necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS)** es un instrumento de integración de información con funciones múltiples que se diseñó para ser el resultado de un proceso de evaluación. El propósito de la herramienta CANS es representar con precisión la visión compartida del sistema de servicios a los niños: niños, jóvenes y familias. Como tal, esta herramienta se completa para permitir la comunicación eficaz de esta visión compartida para su uso en todos los niveles del sistema. Dado que su propósito principal es la comunicación, la herramienta CANS está diseñada sobre la base de la teoría de la comunicación y no de las teorías psicométricas que han influido en la mayor parte del desarrollo de las mediciones. Existen seis principios fundamentales de una medición comunimétrica que se aplican para comprender la CANS.

SEIS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CANS

1. **Los elementos fueron seleccionados porque cada uno de ellos es relevante para la planificación de la medida/tratamiento.** Un elemento existe porque puede conducirlo por un camino diferente en términos de la planificación de medidas.
2. **Cada elemento utiliza un sistema de valoración de cuatro niveles.** Estos niveles están diseñados para traducirse inmediatamente en niveles de acciones. Existen diferentes niveles de acción para las necesidades y fortalezas. Para ver una descripción de estos niveles de acción, consulte el texto más adelante.
3. **La valoración debe describir al niño, no al niño en los servicios.** Si existe una intervención que oculta una necesidad, pero debe mantenerse, esto se debería tener en cuenta en la consideración de la valoración y daría lugar a una necesidad cuya valoración “requiere acción” (es decir, 2 o 3).
4. **Antes de establecer los niveles de acción, se deben contemplar la cultura y el desarrollo.** La sensibilidad cultural implica analizar si los factores culturales influyen en la expresión de las necesidades y las fortalezas. Las valoraciones se deben completar teniendo en cuenta la edad cronológica o de desarrollo del niño, en función del elemento. En otras palabras, el control de la ira no es relevante para un niño de muy corta edad, pero sí lo sería para un niño de mayor edad o para un joven independientemente de su edad de desarrollo. Opcionalmente, el rendimiento escolar debería considerarse en el marco de las expectativas basadas en la edad de desarrollo del niño.
5. **Por lo general, las valoraciones son “agnósticas en cuanto a la etiología”.** En otras palabras, consiste en una herramienta descriptiva; se trata del qué y no del porqué. Aunque la mayoría de los elementos son totalmente descriptivos, hay algunos elementos que tienen en cuenta la causa y el efecto. Consulte las descripciones de los elementos individuales para obtener más información sobre cuándo se tiene en cuenta el porqué en las valoraciones de estos elementos.
6. Con el fin de garantizar que las evaluaciones **sigan siendo relevantes para las circunstancias actuales del niño, se utiliza un margen de 30 días para las valoraciones.** El margen de 30 días debe entenderse como que el elemento es una necesidad durante ese período, NO de si una conducta específica ocurrió durante ese período. Los niveles de acción ayudan a entender si una necesidad es actual o no, incluso cuando no haya ocurrido una conducta específica durante este período.

HISTORIA Y ANTECEDENTES DE LA CANS

La herramienta CANS es un instrumento multifuncional que se desarrolló para apoyar la planificación de la atención y la toma de decisiones sobre el nivel de atención, facilitar las iniciativas de mejora de la calidad y permitir la supervisión de los resultados de los servicios. La CANS se elaboró desde una perspectiva de comunicación a fin de facilitar la vinculación entre el proceso de evaluación y el diseño de planes de servicios individualizados, incluida la aplicación de prácticas basadas en la evidencia.

La CANS recopila información sobre las necesidades y fortalezas de los niños y los padres/cuidadores. Las fortalezas son los recursos del niño: las áreas de la vida en las que le va bien o tiene un interés o capacidad. Las necesidades son áreas en las que un niño requiere ayuda o intervención. Los proveedores de atención utilizan un proceso de evaluación para conocer al niño y a las familias con los que trabajan y para comprender sus fortalezas y necesidades. La CANS ayuda a los proveedores de atención a decidir cuáles de las necesidades de un niño son las más importantes para abordar en una planificación de tratamiento o servicios. La CANS también ayuda a identificar las fortalezas, que pueden ser la base de un

plan de tratamiento o servicios. Al trabajar con el niño y la familia durante el proceso de evaluación y al conversar sobre la CANS, los proveedores de atención pueden desarrollar un plan de tratamiento o servicios que aborde las fortalezas y necesidades del niño, mientras desarrollan un sólido compromiso.

La CANS está compuesta por dominios que se centran en varias áreas de la vida de un niño, y cada dominio se compone de un grupo de elementos específicos. Hay dominios que abordan la forma en la que el niño actúa en la vida diaria, cuestiones específicas emocionales o del desarrollo, comportamientos de riesgo, fortalezas y habilidades necesarias para crecer y desarrollarse. También hay un dominio donde se indaga sobre las creencias y preferencias de la familia y sobre las inquietudes generales de la familia. El proveedor de atención, junto con el niño y la familia, así como otras partes implicadas, otorgan una valoración numerada a cada uno de estos elementos. Estos niveles de acción ayudan al proveedor, al niño y a la familia a comprender en qué áreas es más necesaria una medida intensiva o inmediata, y también en qué áreas un niño tiene recursos que podrían ser una parte importante del plan de tratamiento o servicios.

Sin embargo, las valoraciones de la CANS no revelan todo sobre sus fortalezas y necesidades. Cada sección de la CANS es meramente el resultado de un proceso de evaluación integral y se documenta junto con narraciones en las que un proveedor de atención puede aportar más información sobre el niño.

HISTORIA

La herramienta de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes surgió del trabajo de John Lyons en la modelación de la toma de decisiones para los servicios de psiquiatría. A fin de evaluar el uso adecuado de los servicios de tratamiento en hospitales y centros psiquiátricos, se creó la herramienta de gravedad de las enfermedades psiquiátricas en la infancia (CSPI). Esta medida evalúa las dimensiones fundamentales para una buena toma de decisiones clínicas para las intervenciones de los servicios intensivos de salud mental y fue la base de la CANS. La herramienta CSPI demostró su utilidad para fundamentar la toma de decisiones para el tratamiento en centros psiquiátricos (Lyons, Mintzer, Kisiel y Shallcross, 1998) y para mejorar la calidad de los servicios de evaluación de crisis (Lyons, Kisiel, Dulcan, Chesler y Cohen, 1997; Leon, Uziel-Miller, Lyons y Tracy, 1998). La fortaleza de este enfoque de medición ha sido que tiene una validez aparente y es fácil de usar, y a su vez proporciona información integral sobre el estado clínico.

La CANS se basa en el enfoque metodológico de la CSPI, pero lo amplía para incluir una conceptualización más amplia de las necesidades y una evaluación de las fortalezas, tanto del niño como del cuidador, que considera principalmente el período de 30 días anterior a la realización de la herramienta CANS. Es una herramienta desarrollada con el objetivo principal de apoyar la toma de decisiones en todos los niveles de atención: niños, jóvenes y familias, programas y agencias, y sistemas de servicios para niños. Ofrece una comunicación estructurada y un pensamiento crítico sobre los niños y su contexto. La CANS está diseñada para su uso como una herramienta de evaluación anticipada para el apoyo de las decisiones y la planificación de la recuperación, o como un dispositivo retrospectivo para la mejora de la calidad que demuestra el progreso de un niño en particular. También se puede utilizar como una herramienta de comunicación que proporciona un lenguaje común para todas las entidades que prestan servicios a los niños a fin de analizar las necesidades y fortalezas del niño. Una revisión del registro del caso en función de la herramienta de evaluación CANS proporcionará información sobre la idoneidad del plan de recuperación y sobre el cumplimiento de los objetivos y resultados individuales.

Se requiere una capacitación y una certificación anuales para los proveedores que administran la CANS y sus supervisores. Hay disponible capacitación adicional para los superusuarios de la CANS como expertos en la administración de la CANS, la valoración y el uso en el desarrollo de planes de servicios o de recuperación.

PROPIEDADES DE MEDICIÓN

Confiabilidad

Existen pruebas sólidas de diversos estudios de confiabilidad que indican que las personas que trabajan con niños y familias pueden completar la CANS con confianza. Varias personas de diferentes orígenes han recibido la capacitación y certificación para utilizar la CANS de manera confiable, entre ellas, proveedores de salud y salud mental, trabajadores sociales de servicios infantiles, agentes de libertad condicional y defensores de familia. Con una capacitación aprobada, cualquier persona con un título de grado puede aprender a completar la herramienta de manera confiable, aunque algunas aplicaciones o versiones más complejas de la CANS requieren un título superior de educación o experiencia relevante. La confiabilidad media de la CANS es de 0.78 con viñetas en una muestra de más de 80,000 aprendices. La confiabilidad es mayor (0.84) con los registros de casos, y puede ser superior a 0.90 con los casos reales (Lyons, 2009). La CANS es auditable y la confiabilidad de las auditorías demuestra que es confiable en términos de los elementos (Anderson et al., 2001). Para un uso ético, se requiere una capacitación y certificación con una confiabilidad mínima de 0.70 en una viñeta de un caso de prueba. En la mayoría de las jurisdicciones, la recertificación es anual. Se puede encontrar un análisis completo de la confiabilidad de la evaluación de CANS en *Communitrics: A Communication*

Theory of Measurement in Human Service Settings (Comunimétrica: teoría de la comunicación de las mediciones en los contextos de servicios humanos) de Lyons (2009).

Validez

Los estudios han demostrado la validez de la CANS, o su capacidad para medir las necesidades y fortalezas de los niños y sus cuidadores. En una muestra de más de 1,700 casos en 15 tipos de programas diferentes en el estado de Nueva York, las puntuaciones totales en las dimensiones relevantes de la sección de salud mental de la CANS distinguieron de manera retrospectiva el nivel de atención (Lyons, 2004). También se ha utilizado esta evaluación para distinguir las necesidades de los niños en contextos urbanos y rurales (Anderson y Estle, 2001). En numerosas jurisdicciones, la CANS se ha utilizado para predecir la utilización y los costos de los servicios, y para evaluar los resultados de las intervenciones y los programas clínicos (Lyons, 2004; Lyons y Weiner, 2009; Lyons, 2009). Cinco grupos de investigación independientes de cuatro estados han demostrado la confiabilidad y la validez de los algoritmos de apoyo de las decisiones utilizando la CANS (Chor, et al., 2012, 2013, 2014; Cardall, et al., 2016; Epstein, et al., 2015; Israel, et al., 2015; Lardner, 2015).

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES Y FORTALEZAS

La CANS es fácil de aprender y es muy apreciada por niños, jóvenes, familias, proveedores y otros colaboradores del sistema de servicios porque es fácil de entender y no requiere necesariamente una puntuación para que sea significativa para el joven y su familia.

Los elementos centrales, agrupados por dominio, se valoran para todas las personas. Una valoración de 1, 2 o 3 en las preguntas básicas fundamentales activa los módulos de ampliación. Las preguntas del módulo de evaluación individual proporcionan información adicional en un área específica.

Cada valoración de CANS implica diferentes posibilidades para la planificación de las medidas. Hay cuatro niveles de valoración para cada elemento con definiciones de referencia específicas. Sin embargo, estas definiciones de niveles de los elementos están diseñadas para traducirse en los siguientes niveles de acción (distintos para las necesidades y las fortalezas):

Diseño básico para la valoración de las necesidades

| Valora- ción | Nivel de necesidad | Medida adecuada |
|-----------------|---|--|
| 0 | Sin evidencia de necesidades | Sin necesidad de tomar medidas |
| 1 | Antecedentes significativos o posible necesidad que no interfieren en el funcionamiento | Conducta expectante/prevenición/evaluación adicional |
| 2 | Necesidad que interfiere en el funcionamiento | Medida/intervención necesaria |
| 3 | Necesidad peligrosa o incapacitante | Medida inmediata/intensiva necesaria |

Diseño básico para la valoración de las fortalezas

| Valora- ción | Nivel de fortaleza | Medida adecuada |
|-----------------|--------------------------|--|
| 0 | Fortaleza central | Fundamental para la planificación |
| 1 | Fortaleza predeterminada | Útil para la planificación |
| 2 | Fortaleza identificada | Ampliar o desarrollar la fortaleza |
| 3 | Ninguna fortaleza | Posibilidad de indicar la creación o identificación de una fortaleza |

La valoración "N/A" para "no aplicable" está disponible para algunos elementos en circunstancias específicas (ver descripciones de la guía de referencia). En el caso de los elementos en los que está disponible la valoración "N/A", esta debe utilizarse solo en los casos excepcionales en los que un elemento no se aplica a ese niño en particular.

Para completar la CANS, un coordinador de atención, trabajador social, médico clínico u otro proveedor de atención capacitado y certificado en CANS debe leer las descripciones de referencia para cada elemento y luego registrar la valoración adecuada en el formulario de la CANS integral (o registro electrónico). Este proceso debe realizarse en colaboración con el niño, la familia y otras partes implicadas.

Recuerde que las descripciones de referencia de los elementos son ejemplos de circunstancias que se ajustan a cada valoración (0, 1, 2 o 3). Sin embargo, las descripciones no son inclusivas y las valoraciones de los niveles de acción deben ser las principales descripciones de valoración que se tengan en cuenta (ver las tablas anteriores). El evaluador debe considerar el significado básico de cada nivel para determinar la valoración adecuada de un elemento para una persona.

La CANS es una herramienta de integración de información destinada a incluir diversas fuentes de información (por ejemplo, el niño y la familia, la fuente de referencia, los proveedores de tratamiento, la escuela y la observación del evaluador). Como un enfoque basado en las fortalezas, la CANS promueve la creencia de que los niños y las familias tienen talentos, habilidades y acontecimientos de vida únicos, además de necesidades específicas insatisfechas. Los enfoques basados en las fortalezas para la evaluación y la planificación del tratamiento o los servicios se centran en la colaboración con los niños y sus familias para descubrir el funcionamiento y las fortalezas individuales y familiares. La incapacidad de demostrar la habilidad de un niño se debe ver en primer lugar como una oportunidad para adquirir la habilidad y no como un problema. Centrarse en las fortalezas del niño en lugar de en las debilidades con sus familias puede provocar una mayor motivación y un mejor rendimiento. Hacer partícipes a la familia y al niño en el proceso de valoración y obtener información (evidencia) de diversas fuentes es necesario y mejora la precisión de la valoración. El uso significativo de la CANS y la información relacionada como herramientas (para llegar a un consenso, planificar intervenciones, controlar el progreso, la psicoeducación y la supervisión) respalda los servicios eficaces para los niños, los jóvenes y las familias.

Como actividad de mejora de la calidad, en varios contextos se ha utilizado un enfoque de modelo de fidelidad para examinar la planificación de servicios/tratamientos/medidas en función de la CANS. Una valoración de 2 o 3 en una necesidad de CANS implica que esta área debe abordarse en el plan. Una valoración de 0 o 1 identifica una fortaleza que puede ser utilizada para la planificación basada en las fortalezas y una de 2 o 3 identifica una fortaleza que debe ser el foco de las actividades de desarrollo de fortalezas, cuando sea apropiado. Es importante recordar que, cuando se desarrollan planes para las trayectorias de niños saludables, es fundamental equilibrar el plan para abordar las necesidades/los comportamientos de riesgo y las fortalezas/los factores de protección. Existen publicaciones que demuestran que las estrategias diseñadas para fortalecer las capacidades de los niños son un medio de desarrollo prometedor y desempeñan un papel en la reducción de los comportamientos de riesgo.

Finalmente, la CANS puede utilizarse para controlar los resultados. Esto se puede lograr de dos maneras. En primer lugar, los elementos de la CANS que inicialmente se valoran con 2 o 3 se controlan a lo largo del tiempo para determinar el porcentaje de personas que pasan a una valoración de 0 o 1 (necesidad satisfecha, fortaleza desarrollada). Las puntuaciones de las dimensiones también pueden generarse sumando elementos dentro de cada uno de los dominios (necesidades emocionales/del comportamiento, comportamientos de riesgo, funcionamiento, etc.). Estas puntuaciones se pueden comparar a lo largo del tratamiento. Las puntuaciones de las dimensiones/los dominios de CANS han demostrado ser medidas de resultado válidas en programas de tratamiento en centros psiquiátricos, tratamiento intensivo en la comunidad, cuidado de crianza y cuidado de crianza terapéutico, programas de salud mental en la comunidad y de justicia de menores.

La CANS es una herramienta de dominio abierto gratuita para que cualquier persona con capacitación y certificación la use. Existe una comunidad de personas que utilizan las diversas versiones de la CANS y comparten experiencias, elementos adicionales y herramientas complementarias.

¿CÓMO SE UTILIZA LA CANS?

La CANS se utiliza de muchas maneras para transformar la vida de los niños y sus familias, y para mejorar nuestros programas. Esperamos que esta guía lo ayude a utilizar la CANS también como una herramienta multifuncional.

ES UNA ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN

Al reunirse inicialmente con los clientes y sus cuidadores, esta guía puede ser útil para garantizar que se recopile toda la información necesaria. La mayoría de los elementos incluyen “preguntas para considerar” que pueden ser útiles al indagar sobre las necesidades y fortalezas. No es obligatorio hacer estas preguntas, pero están a disposición como sugerencias. Muchos profesionales clínicos han descubierto que es útil durante las sesiones iniciales, ya sea en persona o por teléfono, si es necesario realizar sesiones de seguimiento para obtener un

panorama completo de las necesidades antes de la planificación del tratamiento o los servicios, y del inicio de la terapia u otros servicios.

ORIENTA LA ATENCIÓN Y LA PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS O SERVICIOS

Cuando un elemento de la CANS se valora con 2 o 3 (“necesidad de tomar medidas” o “necesidad de tomar medidas inmediatas”) estamos indicando no solo que es una necesidad importante para nuestro cliente, sino que intentaremos trabajar en ella durante el transcurso de nuestro tratamiento. Por lo tanto, cuando elabore su plan de tratamiento, debe hacer todo lo posible para abordar cualquier necesidad, efecto en el funcionamiento o factores de riesgo que valore con un 2 o más en ese documento.

FACILITA LA MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS

La CANS suele completarse cada 6 meses para medir el cambio y la transformación. Trabajamos con niños, jóvenes y familias, y sus necesidades tienden a cambiar con el tiempo. Las necesidades pueden cambiar en respuesta a muchos factores, incluido el apoyo clínico de calidad proporcionado. Un modo de determinar la forma en la que nuestros apoyos están ayudando a aliviar el sufrimiento y restaurar el funcionamiento es reevaluando las necesidades, ajustando los planes de tratamiento o de servicios, y haciendo un seguimiento de los cambios.

ES UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN

Cuando un cliente abandona un programa de tratamiento, se puede completar una CANS de cierre para definir el progreso, medir las necesidades continuas y ayudarnos a tomar decisiones sobre la continuidad de la atención. Hacer una CANS de cierre, algo muy similar a un informe de alta integrado con las valoraciones de la CANS, ofrece un panorama de los progresos realizados y permite formular recomendaciones para la atención futura que se ajusten a las necesidades actuales. Por último, da lugar a un lenguaje común para hablar de nuestros niños y crea oportunidades de colaboración. Esperamos que esta guía lo ayude a sacar el máximo provecho de la CANS y lo oriente para poder completarla de una manera precisa que le permita tomar buenas decisiones clínicas.

CANS: UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

La CANS es una excelente estrategia para abordar el bienestar de los niños. Como está destinada a ser el resultado de una evaluación, puede utilizarse para organizar e integrar la información recopilada a partir de las entrevistas clínicas, revisiones de registros e información de herramientas de detección y otras mediciones.

Es recomendable conocer la CANS y utilizar los dominios y elementos para ayudar en el proceso de evaluación y en las sesiones de recopilación de información/entrevistas clínicas con el niño y la familia. Esto no solo contribuirá a la organización de sus entrevistas, sino que facilitará la conversación si no está leyendo de un formulario. Una conversación tiene más probabilidades de aportar buena información, así que tenga una idea general de los elementos. Los dominios de CANS pueden ser una buena manera de entender cómo captar la información. Puede comenzar su evaluación con cualquiera de las secciones: el dominio de funcionamiento de la vida diaria o las necesidades emocionales/del comportamiento, los comportamientos de riesgo o las fortalezas del niño, o las necesidades y los recursos de los cuidadores. Esa es su decisión. A veces, las personas necesitan hablar de sus necesidades antes de reconocer sus fortalezas. Otras veces, después de hablar de las fortalezas, pueden explicar mejor las necesidades. Confíe en su juicio y, cuando tenga dudas, siempre consulte: “Podemos empezar hablando de lo que siente que usted y el niño necesitan, o podemos empezar hablando de las cosas que marchan bien y sobre las que quieren trabajar. ¿Tiene alguna preferencia?”.

Es posible que algunas personas “partan” de un tema. Estar familiarizado con los elementos de la CANS puede ayudar a tener conversaciones más naturales. Así que, si la familia está hablando de situaciones relacionadas con el control de la ira del niño y luego pasan a algo como “ya sabe, solo se enoja cuando está en la clase del Sr. S”, puede continuar con eso y hacer algunas preguntas sobre la ira situacional, y luego explorar otros temas relacionados con la escuela.

CÓMO APROVECHAR AL MÁXIMO LA CANS

Los niños tienen familias que participan en su vida, y la familia puede ser un gran recurso para su tratamiento. Para aumentar la participación y la comprensión de la familia, es importante hablar con ellos sobre el proceso de evaluación y describir la CANS y cómo se utilizará. La descripción de la CANS debe implicar enseñar al niño y a la familia las escalas de valoración de las necesidades y fortalezas, e identificar los dominios y los elementos, así como la forma en la que los elementos que requieren acción se utilizarán en la planificación del tratamiento o los servicios. Cuando sea posible, comparta con el niño y la familia los dominios y elementos de la CANS (ver la lista de elementos centrales de la CANS en la página 12) y anime a la familia a examinar los elementos antes de reunirse

con ellos. El mejor momento para hacerlo es su decisión: se dará cuenta de cuál es el momento oportuno a medida que trabaje con cada familia. Las familias suelen sentirse respetadas como colaboradoras cuando están preparadas para una reunión o un proceso. Se debe revisar con cada familia una copia de las valoraciones de la CANS completada. Anime a las familias a comunicarse con usted si desean cambiar sus respuestas en cualquier área en la que consideren que se debe hacer más o menos hincapié.

CÓMO ESCUCHAR UTILIZANDO LA CANS

Escuchar es la habilidad más importante que usted le aporta al empleo de esta herramienta. Cada uno tiene un estilo individual al escuchar. Cuanto mejor sea su capacidad para escuchar, mejor será la información que recibirá. Estos son algunos puntos para tener en cuenta que le permitirán escuchar mejor y le proporcionarán la mejor información:

- ★ **Use indicaciones no verbales e indicaciones verbales mínimas.** Asentir con la cabeza, sonreír y hacer comentarios breves como “sí” o “y” son cosas que animan a la gente a continuar.
- ★ **No juzgue y evite dar consejos.** Es posible que piense: “si yo fuera esta persona, haría X” o “es igual a mi situación, y yo hice X”. Pero, como usted no es esa persona, lo que usted haría no es especialmente relevante. Evite hacer declaraciones críticas o decirles lo que usted haría. No se trata de usted.
- ★ **Sea empático.** La empatía es ser cálido y comprensivo. Es comprender a la otra persona desde el punto de vista de esa persona y reconociendo sus sentimientos. Manifiesta una escucha empática cuando sonríe, asiente o mantiene el contacto visual. También demuestra una escucha empática cuando sigue el hilo de la persona y reconoce cuando algo puede ser complicado o cuando algo es estupendo. Demuestra empatía cuando resume la información correctamente. Todo esto les demuestra a los niños que los acompaña.
- ★ **Siéntase cómodo con el silencio.** Algunas personas necesitan un poco de tiempo para ordenar sus pensamientos. A veces, les cuesta encontrar las palabras adecuadas. Tal vez estén decidiendo cómo quieren responder a una pregunta. Si le preocupa que el silencio signifique algo más, siempre puede preguntar: “¿Eso tiene sentido para usted?” o “¿necesita que se lo explique de otra manera?”.
- ★ **Parafrasee y aclare (evite la interpretación).** La interpretación es cuando va más allá de la información proporcionada e infiere algo, a partir de las motivaciones inconscientes de una persona, su personalidad, etc. La CANS integral no es una herramienta para encontrar causas. Al contrario, identifica los aspectos sobre los que se debe actuar. En lugar de hablar de la causalidad, concéntrese en parafrasear y aclarar. Parafrasear es reformular un mensaje muy claramente en una forma diferente, usando palabras diferentes. Una paráfrasis lo ayuda a (1) averiguar si realmente comprendió una respuesta, (2) aclarar lo que se dijo, a veces dejar las cosas más claras, y (3) demostrar empatía. Por ejemplo, usted hace preguntas sobre la salud y la persona con la que habla da una larga descripción. Usted parafrasea diciendo: “Bien, suena como..., ¿es correcto? ¿Diría que es algo que cree que necesita observación o que se necesita ayuda?”.

REDIRIGIR LA CONVERSACIÓN A LOS SENTIMIENTOS Y OBSERVACIONES DE LOS PADRES/CUIDADORES

A menudo, la gente hace comentarios sobre las observaciones de otras personas como: “Bueno, mi madre piensa que su comportamiento es realmente insoportable”. Es importante redirigir a las personas para que hablen de sus observaciones: “Así que su madre siente que cuando él hace X, es insoportable. ¿Y qué piensa USTED?”. La CANS es una herramienta para organizar todos los puntos de observación, pero la perspectiva de los padres o cuidadores puede ser la más importante. Una vez que tenga su perspectiva, puede trabajar para organizar y fusionar los demás puntos de vista.

RECONOCER LOS SENTIMIENTOS

Las personas hablarán de asuntos complicados, y es importante reconocerlo. Un simple reconocimiento como: “Lo escucho decir que puede ser complicado cuando...” demuestra empatía.

CONCLUSIÓN

Al final de la evaluación, recomendamos el uso de dos preguntas abiertas. Con estas preguntas, se averigua si existen experiencias pasadas que las personas quieran compartir que podrían ser beneficiosas para la planificación para el niño, y si hay algo que deseen añadir. Este es un buen momento para ver si quedó algo pendiente: sentimientos o pensamientos que les gustaría compartir con usted.

Tómese el tiempo para resumir con la persona y la familia esas áreas de fortalezas y de necesidades. Ayúdelas a obtener un panorama completo de la persona y de la familia, y ofrézcales la oportunidad de cambiar las valoraciones a medida que resume o les da ese panorama completo.

Tómese unos minutos para hablar de cuáles serán los próximos pasos. Ahora tiene la información organizada en un marco que pasa a la siguiente etapa: la planificación.

Así que podría cerrar con un enunciado como: “Bien, el siguiente paso ahora es una ‘lluvia de ideas’ en la que tomamos esta información que hemos organizado y empezamos a elaborar un plan; ahora está mucho más claro qué necesidades se deben satisfacer y sobre qué podemos trabajar. Así que comencemos”.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed. (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, R.L., & Estle, G. (2001). Predicting level of mental health care among children served in a delivery system in a rural state. *Journal of Rural Health, 17*, 259-265.
- Chor, B.K.H., McClelland, G.M., Weiner, D.A., Jordan, N., & Lyons, J.S. (2012). Predicting outcomes of children in residential treatment: A comparison of a decision support algorithm and a multidisciplinary team decision model. *Child and Youth Services Review, 34*, 2345-2352.
- Chor, B.K.H., McClelland, G.M., Weiner, D.A., Jordan, N., & Lyons, J.S. (2013). Patterns of out of home decision making. *Child Abuse & Neglect 37*, 871-882.
- Chor, B.K.H., McClelland, G.M., Weiner, D.A., Jordan, N., & Lyons, J.S. (2014). Out of home placement decision making and outcomes in youth welfare: A longitudinal study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 41*, published online March 28.
- Cordell, K.D., Snowden, L.R., & Hosier, L. (2016). Patterns and priorities of service need identified through the Child and Adolescent Needs and Strengths (CANS) assessment. *Child and Youth Services Review, 60*, 129-135.
- Epstein, R.A., Schlueter, D., Gracey, K.A., Chandrasekhar, R., & Cull, M.J. (2015). Examining placement disruption in Child Welfare, *Residential Treatment for Children & Youth, 32*(3), 224-232.
- Israel, N., Accomazzo, S., Romney, S., & Zlatevski, D. (2015). Segregated care: Local area tests of distinctiveness and discharge criteria. *Residential Treatment for Children & Youth, 32*(3), 233-250.
- Lardner, M. (2015). Are restrictiveness of care decisions based on youth level of need? A multilevel model analysis of placement levels using the Child and Adolescent Needs and Strengths assessment. *Residential Treatment for Children & Youth, 32*(3), 195-207.
- Lyons, J.S. (2004). *Redressing the emperor: Improving the children's public mental health system*. Westport, CT: Praeger Publishing.
- Lyons, J.S. (2009). *Communimetrics: A communication theory of measurement in human service settings*. New York: Springer.
- Lyons, J.S., & Weiner, D.A. (2009). (Eds.) *Strategies in Behavioral Healthcare: Assessment, Treatment Planning, and Total Clinical Outcomes Management*. New York: Civic Research Institute.

Otras referencias sobre primera infancia

- Ages and Stages Questionnaire. (2014). Tips for screening children from diverse cultures. Recuperado de: <https://agesandstages.com/free-resources/articles/tips-screening-children-diverse-cultures/>.
- Bornstein, Marc H. (2015). Culture, parenting, and zero-to-threes. *Zero to Three*, vol. 35,4: 2-9.
- Buss, K. E., Warren, J. M., & Horton, E. (2015). Trauma and treatment in early childhood: A review of the historical and emerging literature for counselors. *Professional Counselor, 5*(2).
- Center for Disease Control & Prevention (2019). Disability and Safety: Information on Wandering (Elopement).
- Center for Speech, Language, and Occupational Therapy. Self-care Skills.
- Doubet, S. & Ostrosky, M. (2014). The impact of challenging behavior on families: I don't know what to do. *Topics in Early Childhood Special Education*. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0271121414539019>.
- Gavin, Mary. (2015). Safe Exploring for Toddlers. Nemours KidsHealth.

- Grow by WebMD. (2020). How Much Sleep Do Children Need? Recuperado de: <https://www.webmd.com/parenting/guide/slee>
- Keller, H. (2018). Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(45), 11414-11419.
- Kellogg, N. D. (2009). Clinical report—the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, 124(3), 992-998. Reaffirmed Oct 2018.
- Kim SH, Lord C. (2010). Restricted and repetitive behaviors in toddlers and preschoolers with autism spectrum disorders based on the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). *Autism Res.*, 3(4):162-173.
- Kurtz, P. F., Chin, M. D., Huete, J. M., & Cataldo, M. F. (2012). Identification of emerging self-injurious behavior in young children: A preliminary study. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(3-4), 260–285.
- Lerner, C., & Parlakian, R. (2016). Aggressive behavior in toddlers. ZERO TO THREE.
- Levy, T. M., & Orlans, M. (1998). Attachment, Trauma, and Healing: Understanding and Treating Attachment Disorder in Children and Families. Child Welfare League of America.
- Meyer, D. & Holl, E. (2020). Young Siblings of Individuals with Intellectual/Developmental Disabilities: Common Experiences. Institute on Community Integration.
- National Center for Early Childhood Development, Teaching, & Learning (2017). BabyTalks: Playing to Learn – Benefits of Play in Early Childhood.
- National Center for Parent, Family, and Community Engagement (2013). Positive Parent-Child Relationships.
- National Child Traumatic Stress Network (2009). Understanding Sexual Behavior Problems in Children.
- National Council on Disability. (2012). The Impact of Disability on Parenting.
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). Young Children Develop in an Environment of Relationships: Working Paper No. 1.p-children.
- Rosanbalm, K. D., & Murray, D. W. (2017). Promoting Self-Regulation in the First Five Years: A Practice Brief. OPRE Brief 2017-79. Administration for Children & Families.
- Thompson, S., & Raisor, J. (2013). Meeting the Sensory Needs of Young Children. *YC Young Children*, 68(2), 34-43. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/42731196>.
- Wittmer, D. (2011). Attachment: What Works? Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning (CSEFEL).
- Zero to Three. (2016). DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood
- Zero to Three. (2021). Early Development & Well-Being: Challenging Behaviors. Zero to Three Resources. Recuperado de: <https://www.zerotothree.org/early-development/challenging-behaviors>.
- Zero to Three. (s. f.). Sleep Challenges: Why It Happens, What to Do. Recuperado de: <https://www.zerotothree.org/resources/331-sleep-challenges-why-it-happens-what-to-do#chapter-237>.

ESTRUCTURA BÁSICA DE LA CANS-EC DEL SANTA CRUZ COUNTY

A continuación, podrá encontrar los elementos de la herramienta de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes: primera infancia (CANS-EC) de Santa Cruz County Behavioral Health Services.

Dominio de fortalezas

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| Familia | Curiosidad | Espiritualidad/religión (familia) |
| Relaciones con familia extendida | Aspecto lúdico | Apoyos naturales |
| Relaciones interpersonales/sociales | Creatividad/imaginación | Resiliencia (perseverancia y adaptabilidad) |
| Permanencia de las relaciones | Habilidades/talentos especiales e intereses | Autoestima/confianza en sí mismo |

Dominio de funcionamiento de la vida diaria

| | | |
|---|---|--|
| Aspecto intelectual/del desarrollo (CI)* <i>Funcionamiento cognitivo</i> <i>Comunicación</i> <i>Cuidado personal/habilidades para la vida diaria</i> | Aspecto médico/físico* <i>Médico de atención primaria</i> Aspecto sensorial Funcionamiento familiar Funcionamiento social y emocional | Sueño Interacciones entre el niño y los padres Educación inicial Transporte |
|---|---|--|

Dominio de factores culturales familiares

| | | |
|--------|------------------------|------------------|
| Idioma | Tradiciones y rituales | Tensión cultural |
|--------|------------------------|------------------|

Dominio de los cuidadores

| | | |
|--|---|--|
| Intensidad y organización de los cuidados Intensidad de los servicios Coordinación de los servicios Acceso/disponibilidad del servicio Adecuación cultural de los servicios | Recursos y necesidades de los cuidadores (cont.) Conocimiento Organización Recursos económicos Recursos sociales Estabilidad residencial/de vivienda Seguridad Estrés familiar Empatía hacia el niño Relación familiar con el sistema | Recursos y necesidades de los cuidadores (cont.) Salud mental Consumo de sustancias Desarrollo Conocimiento de opciones de servicios Acceso a servicio de cuidado infantil Respuesta emocional del cuidador Capacidad de usar recursos del cuidador Adaptación del cuidador a experiencias traumáticas Vinculación legal |
| Recursos y necesidades de los cuidadores Supervisión Participación en la atención Aspecto médico/de salud física | | |

Dominio de necesidades y problemas emocionales, del comportamiento y de salud mental

| | | |
|--|---|--|
| Apego Impulsividad/hiperactividad Agresión | Comportamientos atípicos Depresión Ansiedad | Comportamientos de oposición Regulación Adaptación al trauma |
|--|---|--|

Experiencias infantiles posiblemente traumáticas/adversas

| | | |
|---|---|--|
| Desatención Abuso emocional Abuso físico Abuso sexual Testigo de violencia familiar | Interrupción en el cuidado/pérdida de conexiones Comportamiento delictivo de los padres Enfermedad mental de padres/cuidadores Abuso de sustancias de padres/cuidadores Trauma médico | Testigo de violencia en la comunidad/escuela Traumas de terrorismo/guerra Desastres naturales o causados por el hombre Víctima/testigo de actividad delictiva |
|---|---|--|

Dominio de comportamientos de riesgo

| | | |
|---|--|---|
| Autolesión Atención prenatal Peso de nacimiento | Trabajo de parto y parto Exposición | Victimización/explotación Retraso en el desarrollo |
|---|--|---|

Una valoración de 1, 2 o 3 en este elemento activa la realización de los Módulos de evaluación individualizada específicos.

DOMINIO DE FORTALEZAS

Este dominio describe los recursos del niño que pueden usarse para impulsar un desarrollo saludable. Es importante recordar que las fortalezas NO son lo opuesto de las necesidades. Incrementar las fortalezas de un niño y a su vez tratar sus necesidades emocionales/del comportamiento permite un mejor funcionamiento, y mejores resultados, que solo concentrarse en sus necesidades. La identificación de áreas en las que se pueden desarrollar fortalezas es un elemento importante de la planificación del servicio. En estos elementos, los “mejores” recursos y herramientas disponibles para el niño se valoran según la accesibilidad y utilidad de esas fortalezas. Estos son los únicos elementos que usan la escala de valoración de fortalezas con niveles de acción.

Pregunta para considerar en este dominio: ¿Qué fortalezas del niño pueden usarse para respaldar una necesidad?

Para el **dominio de fortalezas**, se utilizan las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.
- 1 Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.
- 2 Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.
- 3 Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.

FAMILIA

Este elemento hace referencia a la presencia de un sentido de identidad familiar y amor y comunicación entre los miembros de la familia. Incluso las familias con problemas a menudo tienen una base firme que consiste en un sentido positivo de la familia y un sólido amor y compromiso subyacente entre sí. Estos son los constructos que esta fortaleza pretende identificar. Al igual que en el funcionamiento familiar, la definición de familia proviene de la perspectiva del niño (es decir, a quiénes considera familia). Si no se conoce esta información, entonces recomendamos una definición de familia que incluya a los familiares biológicos/adoptivos y sus parejas con los cuales el niño aún tenga contacto. **Aquí debe valorarse a la familia extendida que tenga una relación importante con el niño.**

| | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se lleva el niño con los hermanos u otros niños en el hogar? • ¿Cómo se lleva con los cuidadores u otros adultos en el hogar? • ¿El niño tiene una cercanía especial con uno o más familiares? | 0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i> La familia tiene relaciones sólidas y fortalezas familiares considerables. Este nivel identifica a una familia con mucho amor y respeto entre sí. Al menos un miembro de la familia tiene una relación afectiva sólida con el niño y puede proporcionar un apoyo emocional o concreto importante. El niño está completamente incluido en las actividades familiares. |
| | 1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i> La familia tiene algunas buenas relaciones y buena comunicación. Los miembros de la familia pueden disfrutar de la compañía entre sí. Al menos un miembro de la familia tiene una relación afectiva sólida con el niño y puede proporcionar un apoyo emocional o concreto limitado. (continúa) |

FAMILIA (continuación)

- 2 *Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.*
La familia necesita cierta ayuda para desarrollar las relaciones o la comunicación. Los miembros de la familia son conocidos, pero actualmente ninguno puede proporcionar un apoyo emocional o concreto.
- 3 *Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.*
La familia necesita una ayuda importante para desarrollar relaciones y comunicaciones, o el niño no tiene una familia identificada. No está incluido en las actividades familiares normales.

RELACIONES CON FAMILIA EXTENDIDA

En este elemento, se describen las relaciones estrechas que el niño tenga con miembros de la familia extendida. Estos pueden ser familiares o amigos cercanos de la familia que viven fuera del hogar del niño.

| | |
|---|---|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿La familia extendida forma parte de la vida del niño?• ¿Qué tipo de actividades hacen juntos el niño y los miembros de la familia extendida?• ¿Cómo describiría la importancia de estas relaciones para la familia y el niño? | <p>Valoraciones y descripciones</p> <p>0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i> El niño tiene al menos una relación con un miembro de la familia extendida que brinda su apoyo de forma continua al cuidador y al desarrollo del niño de forma positiva.</p> <p>1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i> En general, el niño tiene una relación positiva con un miembro de la familia extendida, pero podría ser beneficioso para la relación que esta persona brindara más apoyo al cuidador o al niño.</p> <p>2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i> Existe una relación entre el niño y un miembro de la familia extendida, y esta relación es positiva ocasionalmente, pero es necesario desarrollarla para que sea la base de un plan basado en las fortalezas.</p> <p>3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i> No existe una relación con miembros de la familia extendida o sí existe una relación, pero podría describirse como dañina para el cuidador o el niño.</p> |
|---|---|

RELACIONES INTERPERSONALES/SOCIALES

Este elemento se utiliza para identificar las habilidades sociales y de conexiones de un niño. Para los niños pequeños y bebés, esta fortaleza indica que el niño está desarrollando habilidades y comportamientos útiles para empezar a interactuar con los demás y para relacionarse con ellos.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo interactúa el niño con otros niños y adultos?• ¿Cómo se desempeña el niño en ambientes sociales? | <p>0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i></p> <p>Considerables fortalezas interpersonales. El niño tiene un temperamento prosocial o “fácil” y tiene interés en empezar relaciones con los demás. Si es un bebé, muestra un comportamiento anticipatorio cuando lo alimentan o cargan.</p> |
| | <p>1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i></p> <p>El niño entabló una relación interpersonal positiva con al menos una persona aparte del cuidador. Responde de manera positiva a los acercamientos sociales de los adultos, pero es posible que no inicie esas interacciones por su cuenta.</p> |
| | <p>2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i></p> <p>Es necesario desarrollar esta fortaleza para que el niño aprenda buenas habilidades interpersonales. Puede ser tímido o no estar interesado en entablar relaciones con otras personas o, si todavía es un bebé, puede tener un temperamento que dificulte el apego.</p> |
| | <p>3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i></p> <p>No hay evidencia de habilidades interpersonales observables. No exhibe ningún gesto social adecuado para su edad (p. ej., sonrisa social, juego cooperativo, etc.) Aquí se valoraría a un bebé que constantemente demuestra aversión al contacto visual.</p> |

PERMANENCIA DE LAS RELACIONES

Esta valoración se refiere a la estabilidad y coherencia de las relaciones significativas en la vida del niño. Es probable que esto incluya a los miembros de la familia, pero también puede incluir a otros adultos o niños.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño tiene una relación que haya estado presente continuamente desde su nacimiento?• ¿Existen otros adultos significativos en la vida del niño?• ¿El niño ha sido colocado en diferentes viviendas? | <p>0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i></p> <p>Niño con relaciones muy estables. Los miembros de la familia, sus amigos y la comunidad han sido estables durante la mayor parte de su vida y es probable que sigan siéndolo en un futuro próximo. Se relaciona con sus padres.</p> |
| | <p>1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i></p> <p>Ha tenido relaciones estables, pero existe cierta preocupación por la inestabilidad en el futuro cercano (un año) debido a transiciones, enfermedades o la edad. Aquí se podría valorar una relación estable con solo uno de los padres.</p> |
| | <p>2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i></p> <p>Niño que ha tenido al menos una relación estable durante su vida, pero ha experimentado otra inestabilidad por factores como un divorcio, una mudanza, el retiro del hogar y la muerte.</p> |
| | <p>3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i></p> <p>Niño sin estabilidad en sus relaciones. Se debe considerar la vida independiente o la adopción.</p> |

Información complementaria: los niños pequeños experimentan el mundo como un entorno de relaciones, y estas relaciones afectan prácticamente todos los aspectos de su desarrollo: intelectual, social, emocional, físico, comportamental y moral. La calidad y la estabilidad de las relaciones humanas de un niño en sus primeros años de vida se convierten en la base de una amplia variedad de resultados de desarrollo posteriores que son muy importantes. En palabras sencillas, las relaciones son los “ingredientes activos” de la influencia del ambiente en el desarrollo humano saludable. Las relaciones incorporan las cualidades que fomentan mejor la aptitud y el bienestar: respuesta individualizada, acción e interacción mutua y una conexión emocional con otra persona, ya sean padres, otros niños, abuelos, tíos, vecinos, profesores, entrenadores o cualquier otra persona que haya tenido una influencia importante en el desarrollo temprano del niño. Aunque los niños pequeños ciertamente pueden entablar relaciones saludables con más de uno o dos adultos, las separaciones prolongadas de los cuidadores con los que están familiarizados y los ciclos repetidos de apego y reapego con personas importantes puede producir malestar emocional y provocar problemas a largo plazo (National Scientific Council on the Developing Child, 2004).

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje IV: información recopilada como parte de la evaluación de la permanencia de las relaciones que puede usarse como parte del proceso de registro de las inquietudes en el eje IV: estresantes psicosociales.

CURIOSIDAD

Con este elemento, se describe si el niño está interesado en su entorno, y en aprender y experimentar cosas nuevas.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño parece interesado en el mundo que lo rodea?• ¿Parece estar al tanto de los cambios en el entorno en el que se encuentra?• ¿Está ansioso por explorar?• ¿Muestra interés en probar una nueva tarea o actividad? | 0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i> El niño constantemente demuestra curiosidad y actúa para explorar su entorno. |
| | 1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i> Demuestra curiosidad la mayor parte del tiempo y actúa para explorar su entorno algunas veces. |
| | 2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i> Con estímulo, explora y demuestra interés en las novedades o los cambios. |
| | 3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i> No demuestra curiosidad por su entorno ni lo explora. |

ASPECTO LÚDICO

Con este elemento, se valora el grado de participación de un niño en juegos adecuados para su edad. El juego debe entenderse en términos de desarrollo. Al valorar este elemento, debe tener en cuenta si el niño está interesado en jugar, si necesita el apoyo de adultos durante el juego o si tiene la oportunidad de participar en juegos adecuados para su edad. Aquí podrían valorarse los problemas con el juego solitario o en grupo (p. ej., en paralelo).

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño participa con facilidad en los juegos?• ¿Inicia el juego? ¿Puede mantenerlo?• ¿Necesita el apoyo de adultos para iniciar y mantener el juego más de lo que es adecuado desde el punto de vista del desarrollo?• ¿Cuenta con oportunidades de juego con regularidad? | 0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i> El niño demuestra constantemente la capacidad de hacer uso del juego para promover su desarrollo. Sus juegos son constantemente adecuados desde el punto de vista del desarrollo, espontáneos, de iniciativa propia y agradables. |
| | 1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i> Demuestra un juego que es adecuado desde el punto de vista del desarrollo, de iniciativa propia, espontáneo y agradable la mayor parte del tiempo. Necesita algo de ayuda para aprovechar al máximo el juego. |
| | 2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i> Demuestra la capacidad de disfrutar del juego y utilizarlo para promover su desarrollo algunas veces o con el apoyo de un cuidador. Incluso ante esta situación, no parece haber compromiso y disfrute en el niño. |
| | 3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i> No demuestra la capacidad de jugar de una manera adecuada desde el punto de vista del desarrollo o de calidad. |

CREATIVIDAD/IMAGINACIÓN

Con este elemento, se valora la capacidad del niño para resolver problemas y desarrollar nuevas ideas.

Preguntas para considerar

- ¿Al niño le gusta contar historias o tiene amigos imaginarios?
- ¿El niño encuentra soluciones creativas a los problemas?
- Mientras juega, ¿el niño solo utiliza los juguetes de la forma en que está pensado usarlos o los usa de otras formas (por ejemplo, toma un bloque y lo utiliza como si fuera un teléfono)?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.*
El niño demuestra continuamente un nivel significativo de creatividad. Esta se observa en sus rutinas normales y sus actividades preferidas.
-
- 1 *Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.*
El niño demuestra un nivel de creatividad que puede serle útil. Podría beneficiarse de un mayor desarrollo en esta área antes de que se considere una fortaleza significativa.
-
- 2 *Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.*
El niño muestra creatividad o imaginación cuando los cuidadores lo ayudan.
-
- 3 *Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.*
No demuestra creatividad ni imaginación.

HABILIDADES/TALENTOS ESPECIALES E INTERESES

Este elemento se refiere a talentos especiales o intereses específicos que le brindan al niño experiencias positivas.

Preguntas para considerar

- ¿El niño muestra un interés especial en determinadas actividades?
- ¿Parece que tiene una capacidad natural para hacer bien ciertas cosas?
- ¿Usa habilidades o talentos especiales al jugar o en la escuela?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.*
El niño tiene un talento que le aporta placer o autoestima. Aquí se valoraría a un niño con fortalezas creativas, artísticas o deportivas considerables.
-
- 1 *Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.*
Tiene un talento, interés o pasatiempo que puede aportarle placer y autoestima. Este nivel identifica a un niño con un talento notable. Por ejemplo, aquí se valoraría a un niño que le encante cantar, leer, dibujar o practicar deportes.
-
- 2 *Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.*
Ha manifestado interés en un área determinada (p. ej., lectura, música, actividad física, dibujo), pero se requieren esfuerzos para ayudarlo a que esta actividad le aporte placer o autoestima.
-
- 3 *Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.*
No existe evidencia de que se hayan identificado talentos, intereses o pasatiempos por el momento.

ESPIRITUALIDAD/RELIGIÓN (FAMILIA)

Este elemento se refiere a la experiencia de la familia de recibir consuelo y apoyo mediante la participación religiosa o espiritual. Con este elemento, se valora la presencia de creencias que podrían ser útiles para la familia; sin embargo, la ausencia de creencias espirituales/religiosas no representa una necesidad para la familia. **En el caso de los bebés y los niños pequeños, esta fortaleza se valora en relación con su familia.**

| | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿La familia tiene creencias espirituales que le den consuelo?• ¿Participa en alguna comunidad religiosa?• ¿Está interesada en explorar la espiritualidad? | <p>0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i></p> <p>Este nivel identifica a una familia con grandes fortalezas morales y espirituales. Es posible que la familia esté muy involucrada en una comunidad religiosa o tenga creencias espirituales o religiosas muy arraigadas que puedan brindarle apoyo o consuelo en momentos difíciles.</p> |
| | <p>1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i></p> <p>La familia participa y recibe cierto consuelo o apoyo de la comunidad, las creencias o las prácticas espirituales o religiosas.</p> |
| | <p>2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i></p> <p>Ha expresado cierto interés en las creencias y prácticas espirituales o religiosas, y puede tener poco contacto con las instituciones religiosas.</p> |
| | <p>3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i></p> <p>No existe evidencia de que se hayan identificado creencias espirituales o religiosas, y la familia no muestra ningún interés en estas actividades por el momento.</p> |

APOYOS NATURALES

Este elemento se refiere a los ayudantes no remunerados del entorno natural del niño. Se trata de las personas que prestan apoyo social al niño y a la familia en cuestión. No se incluyen los familiares ni los cuidadores remunerados.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿A quién consideran los familiares un apoyo?• ¿Existen en su vida personas que no son de la familia que sean influencias o apoyos positivos? | <p>0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i></p> <p>El niño cuenta con apoyos naturales importantes que contribuyen a promover su desarrollo saludable.</p> |
| | <p>1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i></p> <p>Cuenta con apoyos naturales identificados que brindan cierta ayuda para promover su desarrollo saludable.</p> |
| | <p>2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i></p> <p>Cuenta con algunos apoyos naturales identificados, sin embargo, no contribuyen activamente a su desarrollo saludable.</p> |
| | <p>3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i></p> <p>No se conoce que tenga apoyos naturales (aparte de la familia y los cuidadores remunerados).</p> |

RESILIENCIA (PERSEVERANCIA Y ADAPTABILIDAD)

Este elemento se refiere a cómo el niño reacciona a situaciones o experiencias nuevas, cómo responde a los cambios en las rutinas, y también a su capacidad para seguir probando una nueva tarea/habilidad, incluso cuando le resulta difícil.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño demuestra capacidad para resistir incluso cuando se siente frustrado por una tarea difícil?• ¿Requiere habitualmente el apoyo de adultos para probar una nueva habilidad/actividad?• ¿Puede hacer una transición fácil y voluntaria entre las actividades?• ¿Qué tipo de apoyo requiere para adaptarse a los cambios de horario? | <p>0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i></p> <p>El niño tiene sistemáticamente una gran capacidad para adaptarse a los cambios y transiciones, y continúa una actividad cuando se encuentra con desafíos u obstáculos. Esto promueve un mayor crecimiento y desarrollo, y puede incorporarse a un plan de servicios como fortaleza central.</p> |
| | <p>1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i></p> <p>Tiene cierta capacidad para continuar una actividad que es difícil. Aquí se valoraría a un niño que camina y no se acerca a objetos interesantes, pero los explora activamente cuando se le presentan. Demuestra un nivel de adaptabilidad y capacidad para continuar con una actividad que es difícil. Podría beneficiarse de un mayor desarrollo en esta área antes de que se considere una fortaleza significativa.</p> |
| | <p>2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i></p> <p>Tiene una capacidad limitada para continuar una tarea difícil con el apoyo principal de los cuidadores.</p> |
| | <p>3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i></p> <p>Tiene dificultades para afrontar los problemas y esto pone en riesgo su desarrollo. Puede verse asustado ante la nueva información, los cambios o los entornos.</p> |

AUTOESTIMA/CONFIANZA EN SÍ MISMO

Este elemento hace referencia a cómo el niño se siente con respecto a sí mismo y sus capacidades.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo describiría la confianza que el niño tiene en sí mismo y sus capacidades?• ¿Se muestra entusiasmado por sus logros?• ¿Cómo responde a los elogios? | <p>N/A El niño no es un niño pequeño ni un niño de edad preescolar.</p> |
| | <p>0 <i>Fortaleza central o bien desarrollada; puede utilizarse como un factor de protección y una pieza central en un plan basado en las fortalezas.</i></p> <p>El niño demuestra sistemáticamente un nivel significativo de autoestima/confianza en sí mismo. Esta confianza en sí mismo promueve continuamente su desarrollo y funcionamiento.</p> |
| | <p>1 <i>Fortaleza identificada y útil. Se utilizará, mantendrá o desarrollará la fortaleza como parte del plan. Puede que sea necesario algo de esfuerzo para desarrollarla hasta que sea una fortaleza central.</i></p> <p>Demuestra una autoestima/confianza en sí mismo que le es beneficiosa. Esta área debe potenciarse más para considerarla una fortaleza central.</p> |
| | <p>2 <i>Se han identificado fortalezas, pero es necesario realizar actividades de desarrollo de las fortalezas antes de que se puedan utilizar con eficacia como parte de un plan. Fortaleza identificada, pero no es útil.</i></p> <p>Muestra autoestima/confianza en sí mismo cuando sus cuidadores lo apoyan.</p> |
| <p>3 <i>Área en la que no se identifica ninguna fortaleza actual; se deben realizar esfuerzos para identificar posibles fortalezas.</i></p> <p>No demuestra autoestima/confianza en sí mismo.</p> | |

DOMINIO DE FUNCIONAMIENTO DE LA VIDA DIARIA

Los dominios de la vida diaria son las diferentes áreas de interacción social que se encuentran en la vida de los niños, los jóvenes y sus familias. Este dominio valora la forma en la que funcionan en los ámbitos individual, familiar, escolar, comunitario y de pares. Esta sección se valora utilizando la escala de necesidades y, por lo tanto, destacará cualquier dificultad que la persona y la familia estén experimentando.

Pregunta para considerar en este dominio: ¿Cómo funciona el niño en los ámbitos individual, familiar, escolar, comunitario y de pares?

Para el **dominio de funcionamiento de la vida diaria**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.
- 2 Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.
- 3 La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.

ASPECTO INTELECTUAL/DEL DESARROLLO (CI)*

Con este elemento, se describe el desarrollo del niño en comparación con los hitos del desarrollo estándar y se valora la presencia de cualquier discapacidad o retraso intelectual o del desarrollo. Incluye el trastorno del desarrollo intelectual (IDD) y los trastornos del espectro autista.

Preguntas para considerar

- ¿Demuestra el niño comportamientos adecuados para su edad con respecto a la alimentación, la higiene, el uso del baño y otras tareas de cuidado personal?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.*
Sin evidencia de retraso en el desarrollo o el niño no tiene problemas del desarrollo o discapacidad intelectual.
- 1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.*
Existen preocupaciones sobre un posible retraso del desarrollo. El niño puede tener un coeficiente intelectual (CI) bajo, un retraso documentado o una discapacidad intelectual límite documentada (es decir, un coeficiente intelectual total [CIT] de 70-85). Se informan deficiencias leves en el funcionamiento adaptativo o del desarrollo.
- 2 *Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.*
El niño tiene retrasos leves del desarrollo (p. ej., deficiencias en el funcionamiento social, comportamiento inflexible que ocasiona problemas funcionales en uno o más contextos) o discapacidad intelectual/trastorno de discapacidad intelectual de leve a moderado. (Si está disponible, un CIT de 55-69). La IDD afecta la comunicación, el funcionamiento social, las habilidades de la vida diaria, el juicio o el riesgo de manipulación externa.
- 3 *La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.*
El niño tiene una discapacidad intelectual de grave a profunda (CIT, si está disponible, inferior a 55) o un trastorno del espectro autista con deficiencias de marcadas a profundas en el funcionamiento adaptativo en una o más áreas: comunicación, funcionamiento social y cuidado personal en varios entornos.

Una valoración de 1, 2 o 3 en este elemento activa la realización del módulo de aspecto intelectual/del desarrollo.

MÓDULO DE ASPECTO INTELECTUAL/DEL DESARROLLO

Complete esta sección si se valoró con 1, 2 o 3 el elemento de aspecto intelectual/del desarrollo (anterior).

En el **módulo de aspecto intelectual/del desarrollo**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.
- 2 Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.
- 3 La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Con este elemento, se valoran las necesidades relacionadas con el funcionamiento cognitivo o intelectual del niño. Las funciones cognitivas incluyen la comprensión y conciencia que tiene el niño del mundo que lo rodea y la capacidad de los niños pequeños para aprender, pensar y recordar.

| Valoraciones y descripciones | |
|------------------------------|--|
| | 0 No tiene retrasos cognitivos aparentes. |
| Preguntas para considerar | 1 Existen algunos indicadores de que las habilidades cognitivas no son adecuadas para su edad o están en el límite superior de las expectativas para la edad. Es posible que los bebés no demuestren constantemente familiaridad con las rutinas y comportamientos anticipatorios. Por momentos, puede parecer que los bebés no son conscientes de su entorno. Algunas veces, los niños mayores pueden tener problemas para recordar las rutinas y completar tareas como clasificar o reconocer colores. |
| | 2 Existen indicadores claros de que el desarrollo cognitivo no se encuentra en el nivel esperado e interfiere en el funcionamiento la mayor parte del tiempo. Es posible que los bebés no tengan la capacidad para indicar sus deseos/necesidades. Los bebés quizás no demuestren un comportamiento anticipatorio todo o la mayor parte del tiempo. Los niños mayores quizás no puedan demostrar la comprensión de rutinas simples o la capacidad para completar tareas simples. |
| | 3 Tiene retrasos importantes en el funcionamiento cognitivo que interfieren en gran medida en su funcionamiento. El niño depende por completo del cuidador para desenvolverse. |

Información complementaria: es importante evaluar esta área de desarrollo debido a su influencia en todas las demás áreas del desarrollo. Un niño que tenga deficiencias de funcionamiento cognitivo presentará límites en otras áreas del desarrollo, especialmente en su desarrollo del lenguaje y de habilidades de autosuficiencia. Esta es un área en la que la atención temprana es fundamental.

Evaluación del funcionamiento cognitivo en la primera infancia: en la siguiente tabla, se presenta una lista de hitos del desarrollo con respecto al funcionamiento (ZTT, 2016). Es importante recordar que la siguiente tabla enumera solo algunos ejemplos de hitos generales del desarrollo. Aunque los hitos pueden proporcionar un margen de tiempo general en el que ciertos aspectos del desarrollo pueden presentarse, cada niño se desarrolla a su propio ritmo.

Además, el margen de desarrollo “normal” se ve muy influido por la cultura de la familia y la comunidad. Algunos elementos de la tabla a continuación podrían no ser indicadores adecuados de desarrollo normal en todas las familias o comunidades, y podría ser útil crear adaptaciones culturales de hitos específicos, en función del contexto cultural. Por ejemplo, un elemento que trate sobre la capacidad del niño de alimentarse solo con un tenedor podría no ser relevante en culturas donde los palillos son el principal cubierto. Una sustitución evidente para algunas familias podrían ser los palillos. Sin embargo, es posible que los niños no dominen esta habilidad hasta una edad posterior a la edad en la que se consigue comer con una cuchara debido a que las familias podrían no animar a los niños a comer solos hasta que tengan más edad y porque comer con palillos podría exigir habilidades motoras finas y habilidades cognitivas más avanzadas que comer con una cuchara (ASQ, 2014). (continúa)

RETRASO DEL DESARROLLO/COGNITIVO: información complementaria (continuación)

| | |
|----------------|---|
| A los 3 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Sigue con la mirada a las personas y a los objetos. • Pierde interés o protesta si la actividad no cambia. |
| A los 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Sigue con la mirada objetos que se desplazan de un lado a otro. • Experimenta con causa y efecto (p. ej., golpea la mesa con una cuchara). • Sonríe y vocaliza en respuesta al reflejo de su cara en un espejo. • Reconoce a personas conocidas y objetos a distancia. • Demuestra anticipación de ciertas actividades del día a día (p. ej., muestra entusiasmo en anticipación a recibir alimento). |
| A los 9 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Mordisquea o golpea con los objetos. • Intenta agarrar objetos que están fuera de su alcance. • Busca objetos que ve cómo otros ocultan (p. ej., un juguete debajo de una manta). |
| A los 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Observa la trayectoria de un objeto a medida que cae. • Tiene objetos favoritos (p. ej., juguetes, una manta). • Explora objetos y sus distintas formas de funcionar (p. ej., los mordisquea, los toca, los deja caer). • Llena y vacía recipientes. • Juega con dos objetos a la vez. |
| A los 15 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos complejos (p. ej., señas). • Encuentra objetos ocultos fácilmente. • Usa los objetos según su función prevista (p. ej., bebe de un vaso, se peina el cabello con un cepillo). |
| A los 18 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Realiza secuencias de juego con objetos según su función (p. ej., empuja un camión volquete y vuelca su contenido). • Muestra interés en un muñeco o animal de peluche. • Identifica señalando al menos una parte del cuerpo. • Se señala a sí mismo cuando se lo piden. • Realiza juegos simbólicos (p. ej., da de comer a una muñeca). • Garabatea con un crayón, marcador y demás. • Pasa las páginas de un libro. • Se reconoce a sí mismo en el espejo. |
| A los 2 años | <ul style="list-style-type: none"> • Encuentra los objetos, incluso si están ocultos debajo de dos o tres capas, o cuando se esconden los objetos en un lugar y posteriormente se pasan a otro. • Empieza a clasificar formas y colores. • Completa las frases y rimas de los libros, historias y canciones que conoce. • Realiza juegos simulados (p. ej., hace como que está comiendo). • Construye torres de cuatro o más bloques. • Sigue instrucciones de dos pasos (p. ej., “recoge los zapatos y ponlos en el armario”). |
| A los 3 años | <ul style="list-style-type: none"> • Nombra algunos colores correctamente. • Realiza juegos simulados temáticos con objetos, animales y personas. • Responde a preguntas con “por qué” (p. ej., “¿por qué necesitamos un abrigo cuando hace frío afuera?”). • Muestra que es consciente de los límites de sus habilidades. • Entiende las expresiones “más grande” y “más pequeño”. • Entiende el concepto de “dos”. • Realiza rutinas complejas de comportamientos que observa en la vida diaria de cuidadores, hermanos y otros niños. • Resuelve problemas sencillos (p. ej., abre un recipiente para obtener un objeto que quiere). • Presta atención a una historia por 5 minutos. • Juega de forma independiente por 5 minutos. |
| A los 4 años | <ul style="list-style-type: none"> • Nombra varios colores y algunos números. • Cuenta hasta cinco. • Tiene una comprensión rudimentaria del tiempo. • Habla de experiencias pasadas. • Recuerda partes de una historia. • Realiza juegos simulados con capacidad para crear y desarrollar temáticas en el juego. • Relaciona las acciones con las emociones. • Responde a preguntas que requieren entender los conceptos de “igual” y “diferente”. • Dibuja a una persona que tiene de dos a cuatro partes del cuerpo. • Entiende que las acciones pueden afectar las emociones de los demás (p. ej., intenta hacer reír a otras personas contando un chiste). (continúa) |

RETRASO DEL DESARROLLO/COGNITIVO (continuación)

| | |
|--------------|--|
| A los 4 años | <ul style="list-style-type: none"> • Espera su turno en un juego sencillo. • Juega a juegos de mesa o de cartas con reglas sencillas. • Describe qué va a pasar a continuación en un libro. • Habla sobre lo que es bueno y malo. |
| A los 5 años | <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta 10 o más cosas. • Cuenta historias con un inicio, un desarrollo y un final. • Dibuja a una persona con al menos seis partes del cuerpo. • Reconoce sus errores o cuando se ha comportado mal y puede pedir disculpas. • Distingue la fantasía de la realidad la mayor parte del tiempo. • Nombra cuatro colores correctamente. • Sigue reglas en juegos sencillos. • Conoce las funciones de los objetos cotidianos de la casa (p. ej., dinero, utensilios de cocina). • Presta atención por 15 minutos en actividades grupales (p. ej., actividades en círculo, escuchar historias). |

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

Una valoración de 2 o 3 podría coincidir con los síntomas de un **retraso global del desarrollo (RGD)** si existen niveles parecidos de funcionamiento en el resto de los dominios del desarrollo, lo que incluye habilidades motoras, lenguaje/comunicación, aspecto social-relacional y funcionamiento adaptativo/autosuficiencia.

Eje V

Los niveles de acción de la CANS para el elemento de retraso del desarrollo/cognitivo puede corresponder con el dominio de competencia cognitiva del eje V de la clasificación DC: 0-5 (consulte la tabla de correspondencia a continuación).

| Valoración del dominio de competencia de la DC: 0-5 | Categoría/nivel de acción de la CANS |
|---|--|
| Supera lo que se espera para su nivel de desarrollo | 0: Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas. |
| Funciona a un nivel adecuado para su edad | |
| Las competencias son emergentes o están presentes de forma esporádica | 1: Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. |
| No cumple con lo que se espera para su nivel de desarrollo (retraso o desviación) | 2: Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento. |
| | 3: La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas. |

COMUNICACIÓN

Con este elemento, se valora la capacidad del niño para comunicarse mediante cualquier medio, lo que incluye todo tipo de vocalizaciones y articulaciones espontáneas. Este elemento hace referencia a retrasos o problemas en el lenguaje expresivo y receptivo. **Este elemento no hace referencia a los problemas del niño para expresar lo que siente.**

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo hace el niño para comunicar a los demás lo que quiere o necesita? ¿Les demuestra a los demás que entiende lo que le dicen? ¿Alguien tiene preocupaciones sobre esta área? | 0 Sin evidencia de problemas del lenguaje receptivo o expresivo. |
| | 1 Existen antecedentes de problemas del lenguaje receptivo o expresivo o de un desarrollo lento en alguna de las dos áreas o en ambas. |
| | 2 Presenta retrasos en el desarrollo del lenguaje receptivo o expresivo, o en ambos. |
| | 3 El niño presenta problemas considerables en el desarrollo del lenguaje receptivo o expresivo. |

Información complementaria: la capacidad del niño para procesar lo que se le dice y expresar sus ideas es la base de las relaciones interpersonales y se relaciona estrechamente con la experiencia de satisfacción de sus necesidades. Evidentemente, esto afecta la capacidad del niño de confiar en su cuidador y es una experiencia inicial de las relaciones que se convierte en la base para el desarrollo de todas las demás relaciones. Un niño que se frustra por su capacidad de comunicarse, ya sea en recepción o expresión, usualmente demuestra esta frustración de distintas formas. El niño puede hacerse agresivo, retraerse, aislarse, estar hipervigilante o desconfiar de los adultos y otros niños. A veces, el niño podría golpearse a sí mismo o a otros objetos debido a la frustración. Algunas veces, golpearse la cabeza u otros comportamientos autolesivos tienen su origen en una comunicación deficiente.

Evaluación del desarrollo de la comunicación en la primera infancia: en la siguiente tabla, se presenta una lista de hitos del desarrollo con respecto a la comunicación (ZTT, 2016). Es importante recordar que la siguiente tabla enumera solo algunos ejemplos de hitos generales del desarrollo. Aunque los hitos pueden proporcionar un margen de tiempo general en el que ciertos aspectos del desarrollo pueden presentarse, cada niño se desarrolla a su propio ritmo.

Además, el margen de desarrollo “normal” se ve muy influido por la cultura de la familia y la comunidad. Algunos elementos de la tabla a continuación podrían no ser indicadores adecuados de desarrollo normal en todas las familias o comunidades, y podría ser útil crear adaptaciones culturales de hitos específicos, en función del contexto cultural. Por ejemplo, un elemento que trate sobre la capacidad del niño de alimentarse solo con un tenedor podría no ser relevante en culturas donde los palillos son el principal cubierto. Una sustitución evidente para algunas familias podrían ser los palillos. Sin embargo, es posible que los niños no dominen esta habilidad hasta una edad posterior a la edad en la que se consigue comer con una cuchara debido a que las familias podrían no animar a los niños a comer solos hasta que tengan más edad y porque comer con palillos podría exigir habilidades motoras finas y habilidades cognitivas más avanzadas que comer con una cuchara (ASQ, 2014).

| | |
|---------------|---|
| A los 3 meses | <ul style="list-style-type: none"> Sigue el sonido (p. ej., gira la cabeza en respuesta a un sonido). Emite murmullos y gorjea. |
| A los 6 meses | <ul style="list-style-type: none"> Imita los sonidos. Vocaliza el entusiasmo y el disgusto (p. ej., se ríe y gorjea). Tiene llantos distintos que indican hambre, dolor y cansancio. |
| A los 9 meses | <ul style="list-style-type: none"> Responde a los sonidos al emitir sonidos o mover el cuerpo. Imita sonidos del habla cuando se le anima. Empieza a emitir sonidos que no son de llanto (sonidos de habla) para llamar y mantener la atención. Encadena vocales cuando balbucea (a, e, o). Emite sonidos para mostrar alegría o descontento. Empieza a usar gestos para comunicar sus deseos y necesidades (p. ej., estira los brazos para que lo carguen). Sigue algunas órdenes comunes cuando se acompañan de gestos. Muestra que comprende palabras de uso frecuente. (continúa) |

COMUNICACIÓN (continuación)

| | |
|----------------|---|
| A los 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Entiende “no”. • Responde a su propio nombre. • Busca a su alrededor en respuesta a las preguntas con “dónde” (p. ej., “¿dónde está el perrito?”). • Emite diferentes sonidos con consonantes como “mamama” y “bababa”. • Señala objetos cercanos. • Imita gestos convencionales (p. ej., se despide con la mano, aplaude). • Responde a órdenes sencillas acompañadas de gestos como “ven”. • Dice algunas palabras (p. ej., “mamá”, “papá”, “hola”, “chau” o “pan”). |
| A los 15 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Usa gestos sencillos como negar con la cabeza para decir “no” o mover la mano para despedirse. • Responde a los gestos de los demás. • Emite sonidos con cambios en la entonación (suena más como si hablara). • Usa habilidades complejas de comunicación que integran gestos, vocalizaciones y contacto visual (p. ej., mira a uno de los padres mientras lo toma de la mano y lo guía hasta el juguete que quiere). • Identifica la imagen o el objeto correcto cuando se nombra. • Sigue órdenes sencillas (p. ej., “recoge el juguete” o “patea la pelota”). |
| A los 18 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Usa al menos 20 palabras o aproximaciones de palabras como “peta” para “pelota”. • Demuestra un aumento continuo del vocabulario mes a mes. • Niega con la cabeza y dice “no”. • Es capaz de seguir órdenes verbales de un paso sin gestos (p. ej., se sienta cuando se le dice “siéntate”). • Combina palabras, gestos y contacto visual para comunicar lo que siente y pedir cosas. |
| A los 2 años | <ul style="list-style-type: none"> • Disfruta que le lean. • Nombra las acciones. • Sabe los nombres de personas conocidas y muchas partes del cuerpo. • Usa dos palabras juntas (p. ej., “más galleta” o “papi, ¿chau?”). • Repite las palabras que escucha en las conversaciones. • Nombra objetos en los libros de dibujos (p. ej., gato, vaso, pelota o perro). • Imita sonidos de animales como “miau”, “guau guau”, “pío pío” y “muu”. • Usa algunos pronombres posesivos como “mío”. |
| A los 3 años | <ul style="list-style-type: none"> • Usa claramente las consonantes b, c, m, n, p y t. • Usa relaciones lógicas entre ideas con palabras como “pero” y “porque”. • Hace preguntas con palabras como “por qué” o “cómo”. • Dice su nombre cuando se le pregunta. • Nombra la mayoría de objetos conocidos. • Entiende palabras como “dentro”, “fuera” y “debajo”. • Conoce sus datos de identificación (p. ej., nombre, edad). • Identifica a otros niños por su nombre. • Usa algunos plurales (p. ej., “autos”, “perros”, “gatos”). • Usa pronombres como “mío”, “yo”, “tú”, “mi”, “suyo” correctamente. • Habla suficientemente bien para que, la mayor parte del tiempo, lo entiendan personas conocidas. • Mantiene conversaciones con dos o tres frases. • Usa frases que tienen al menos tres o cuatro palabras. <p>(continúa)</p> |

COMUNICACIÓN (continuación)

| | |
|--------------|---|
| A los 4 años | <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta experiencias que tiene en la escuela o fuera de casa. • Describe eventos o cosas con cuatro o más frases a la vez. • Identifica palabras que riman como “pato” y “zapato” o “rana” y “sana”. • Reconoce y entiende reglas básicas de gramática (p. ej., plurales, tiempos verbales). • Se sabe una canción o poema de memoria (p. ej., “Un elefante se balanceaba”, “Arroz con leche”). • Cuenta historias. • Dice su nombre y apellido cuando se lo preguntan. • Usa palabras o adjetivos para describir o hablar sobre sí mismo. • Entiende, usa y responde a preguntas con “cómo” o “cuándo”. • Usa palabras para hablar del paso del tiempo. • Al hablar, por lo general, le entienden personas que no son familiares. |
| A los 5 años | <ul style="list-style-type: none"> • Domina todos los fonemas. Puede cometer errores con sonidos más difíciles como <i>str</i>, <i>gr</i>, <i>fl</i>, <i>fr</i>, <i>rr</i>, y <i>dr</i>. • Entiende las palabras que indican orden como “primero”, “segundo”, “tercero”, “siguiente” y “último”. • Usa “hoy”, “ayer”, “mañana”, “la semana pasada” y “antes” correctamente. • Diferencia las palabras que riman de las que no riman. • Reconoce las palabras que empiezan por el mismo sonido. • Identifica sonidos individuales dentro de las palabras (p. ej., “gato”: g-a-t-o). • Cuenta historias sencillas con frases completas. • Usa el tiempo futuro (“La abuelita va a venir”, “Mañana lloverá”). • Dice su nombre y apellido completo, y su dirección. |

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 podría coincidir con el diagnóstico de **trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)**.
- Una valoración de 2 o 3 podría coincidir con los síntomas de un **retraso global del desarrollo (RGD)**, si existen niveles parecidos de funcionamiento en el resto de los dominios del desarrollo, lo que incluye habilidades motoras, funcionamiento cognitivo, aspecto social-relacional y funcionamiento adaptativo/autosuficiencia.
- Los niños que están en capacidad de hablar y no tienen dificultades generalizadas con la expresión o la comprensión, pero que presentan un fracaso constante para hablar en situaciones sociales podrían cumplir los criterios para un diagnóstico de **mutismo selectivo** (*consulte el elemento de ansiedad*).

Eje V

Los niveles de acción de la CANS para el elemento de comunicación, comprensión y expresión pueden corresponder con la valoración del dominio de competencia lingüística y comunicación del eje V de la clasificación DC: 0-5, según juicio del profesional clínico (consulte la tabla de correspondencia a continuación).

| Valoración del dominio de competencia de la DC: 0-5 | Categoría/nivel de acción de la CANS |
|---|--|
| Supera lo que se espera para su nivel de desarrollo | 0: Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas. |
| Funciona a un nivel adecuado para su edad | 1: Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. |
| Las competencias son emergentes o están presentes de forma esporádica | 2: Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento. |
| No cumple con lo que se espera para su nivel de desarrollo (retraso o desviación) | 3: La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas. |

CUIDADO PERSONAL/HABILIDADES PARA LA VIDA DIARIA

En este elemento se valora el nivel de habilidad del niño para comer, bañarse, vestirse, asearse y otras tareas relacionadas con el cuidado personal.

Preguntas para considerar

- ¿Demuestra el niño comportamientos adecuados para su edad con respecto a la alimentación, la higiene, el uso del baño y otras tareas de cuidado personal?

Valoraciones y descripciones

- | | |
|---|---|
| 0 | Sin evidencia de problemas con el cuidado personal o las habilidades para la vida diaria. |
| 1 | Hay antecedentes de problemas de cuidado personal o habilidades para la vida diaria, o desarrollo lento en esta área. |
| 2 | El niño no alcanza los hitos del desarrollo relacionados con el cuidado personal o las habilidades para la vida diaria y tiene problemas en el funcionamiento en esta área. |
| 3 | El niño presenta problemas significativos en el cuidado personal o las habilidades para la vida diaria y requiere ayuda intensiva o inmediata en esta área. |

Información complementaria: el cuidado personal hace referencia a varias tareas que son un reflejo de la capacidad en formación del niño para atender sus propias necesidades físicas y hacerse responsable de vestirse, encargarse de tareas domésticas, comer, usar el baño y prepararse para dormir. En algunos ámbitos, las habilidades de cuidado personal se conocen como habilidades adaptativas o actividades de la vida diaria (AVD). El cuidado personal suele ser un reflejo de las capacidades cognitivas y motoras, así como del temperamento y el procesamiento sensorial. Es importante evaluar y llevar un control de las habilidades de cuidado personal debido a cómo limita a los niños cuando estas no se desarrollan al ritmo esperado. A veces, los niños se ven excluidos de algunos contextos si no tienen habilidades en esta área. Si está poco desarrollada, esta área puede ocasionar problemas en la crianza de los hijos que suelen ser abrumadores. Sin embargo, es importante recordar que, al igual que todas las áreas de desarrollo infantil, las perspectivas sobre un desarrollo sano de las habilidades de cuidado personal dependen en gran medida de la familia y la cultura de la comunidad. Así que, los hitos de cuidado personal “normal” en una cultura no serán iguales en todas las culturas (Bornstein, 2015).

Evaluación del cuidado personal y el funcionamiento en la vida diaria en la primera infancia: en la siguiente tabla, se presenta una lista de hitos del desarrollo con respecto al cuidado personal y el funcionamiento en la vida diaria (CSLOT). Es importante recordar que la siguiente tabla enumera solo algunos ejemplos de hitos generales del desarrollo. Aunque los hitos pueden proporcionar un margen de tiempo general en el que ciertos aspectos del desarrollo pueden presentarse, cada niño se desarrolla a su propio ritmo.

Además, el margen de desarrollo “normal” se ve muy influido por la cultura de la familia y la comunidad. Algunos elementos de la tabla a continuación podrían no ser indicadores adecuados de desarrollo normal en todas las familias o comunidades, y podría ser útil crear adaptaciones culturales de hitos específicos, en función del contexto cultural. Por ejemplo, un elemento que trate sobre la capacidad del niño de alimentarse solo con un tenedor podría no ser relevante en culturas donde los palillos son el principal cubierto. Una sustitución evidente para algunas familias podrían ser los palillos. Sin embargo, es posible que los niños no dominen esta habilidad hasta una edad posterior a la edad en la que se consigue comer con una cuchara debido a que las familias podrían no animar a los niños a comer solos hasta que tengan más edad y porque comer con palillos podría exigir habilidades motoras finas y habilidades cognitivas más avanzadas que comer con una cuchara (ASQ, 2014).

Hitos del desarrollo de cuidado personal y funcionamiento en la vida diaria (CSLOT)

| | |
|----------|--|
| 12 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Coopera para vestirse al ofrecer los brazos y las piernas. • Come con los dedos pequeños pedazos de comida y empieza a beber de un vasito para sorber. • Muestra incomodidad cuando está húmedo o sucio, tiene movimientos intestinales regulares y se queda sentado en el inodoro con supervisión. |
| 24 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Se quita las chaquetas desabrochadas, las camisas, las medias y los pantalones elásticos; desabotona botones grandes. • Come con cuchara, bebe con una pajilla/popote y empieza a beber de un vaso sin tapa de forma independiente. • Va al baño con control de un adulto y es posible que necesite ayuda para subirse al inodoro. • Se lava las manos y se cepilla los dientes con ayuda. |
| 36 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Se viste con ayuda para identificar la dirección de la ropa, se baja los pantalones independientemente, abre los cierres/zipers separados, se desabotona botones grandes, usa botones a presión en la parte delantera de la ropa, se desabrocha zapatos o cinturones. • Empieza a usar el tenedor con los alimentos. • Va al baño solo, pero puede necesitar ayuda para limpiarse y abrocharse la ropa. • Se lava las manos solo y empieza a lavarse la cara. |
| 48 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Se desviste solo, identifica la dirección de la ropa, se amarra los cordones, se abrocha zapatos y cinturones, pasa los cinturones por las trabillas, abre los cierres/ziper separados. • Se lava la cara y se cepilla los dientes solo, empieza a peinarse y cepillarse el cabello, se baña con ayuda. |
| 60 meses | <ul style="list-style-type: none"> • Se viste sin supervisión y aprende a atar y desatar nudos. • Empieza a usar un cuchillo para cortar los alimentos. • Es totalmente independiente en el uso del baño. • Se peina y se cepilla el cabello solo. |

CUIDADO PERSONAL/HABILIDADES PARA LA VIDA DIARIA (continuación)

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 relacionada con problemas en la coordinación motora podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de coordinación del desarrollo (DCD)**.
- Una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de un **retraso global del desarrollo (RGD)**, si existen niveles parecidos de funcionamiento en el resto de los dominios del desarrollo, lo que incluye funcionamiento cognitivo, habilidades motoras, lenguaje/comunicación y aspecto social-relacional.

Fin del módulo de aspecto intelectual/del desarrollo

ASPECTO MÉDICO/FÍSICO*

Con este elemento, se describen problemas de salud y afecciones o impedimentos físicos crónicos/agudos.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño es saludable en términos generales?• ¿Tiene algún problema médico?• ¿Con qué intensidad interfiere este problema médico o de salud en la vida del niño? | 0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de que el niño tenga un problema médico o físico, o es saludable. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Tiene problemas físicos o médicos leves, transitorios o bien controlados. Estos incluyen afecciones crónicas bien controladas como asma o diabetes de tipo 1. |
| | 2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Tiene problemas médicos o físicos que requieren intervención o tratamiento médico. O tiene una enfermedad crónica o un problema físico que requiere intervención médica constante. |
| | 3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Tiene una enfermedad o afección médica/física que pone en peligro su vida. Se deben tomar medidas inmediatas o intensivas debido a un peligro inminente para su seguridad, salud o desarrollo. |

Una valoración de 1, 2 o 3 en este elemento activa la realización del módulo de aspecto médico/físico.

Información complementaria: la mayoría de afecciones pasajeras y tratables se valoran con 1. La mayoría de enfermedades crónicas (como la diabetes, el asma grave o el VIH) se valoran con 2. La valoración de 3 se reserva para problemas de salud potencialmente mortales. Si el niño padece de cualquier problema de salud, y con el objetivo de determinar cómo valorar este elemento, es necesario obtener información tanto del efecto que tiene en el niño como en el cuidador en cuanto al control y tratamiento de esta afección. Un niño podría tener un problema de salud que se considere una enfermedad crónica, pero el niño y su familia lo manejan bien y, por lo tanto, no representa un problema para su funcionamiento. En esta valoración, también debe tenerse en cuenta el estado físico y de nutrición del niño. Es posible que un niño no tenga un problema de salud, pero que parezca cansado, exprese malestar o se ausente de las clases con frecuencia.

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje III: la información recopilada como parte de la evaluación del elemento de aspecto médico/físico puede usarse como parte del eje III: estado y consideraciones de salud física.

MÓDULO ASPECTO MÉDICO/FÍSICO

Complete esta sección si se valoró con 1, 2 o 3 el elemento de aspecto médico/físico (anterior).

En el **módulo de aspecto médico/físico**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.
- 2 Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.
- 3 La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En este elemento, se valora si el niño es atendido por un médico de atención primaria.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño es atendido por un médico de atención primaria? | 0 El niño tiene un médico de atención primaria y ha acudido a este en los últimos 180 días. |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto fue la última que acudió a su médico de atención primaria? | 1 Tiene un médico de atención primaria, pero no ha acudido a este en los últimos 180 días. |
| | 2 Tiene un médico de atención primaria, pero no conoce su nombre ni cuándo fue la última vez que acudió. |
| | 3 No tiene un médico de atención primaria. |

Fin del módulo de aspecto médico/físico

ASPECTO SENSORIAL

Con este elemento, se describe la capacidad del niño para usar todos los sentidos, incluidos el oído, la visión, el tacto, el gusto y el olfato.

Preguntas para considerar

- ¿Alguien ha mencionado algún problema con la visión o el oído del niño?
- ¿Fue evaluado por terapia ocupacional o recibió estos servicios?
- ¿Tiene problemas para comer o vestirse que podrían indicar un retraso sensorial?

Valoraciones y descripciones

- | | |
|---|--|
| 0 | <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Los sentidos del oído, la vista, el tacto, el gusto y el olfato funcionan y se desarrollan de forma normal. |
| 1 | <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Tiene una deficiencia de un solo sentido (p. ej., déficit auditivo leve, problemas de visión corregibles). |
| 2 | <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Tiene una deficiencia que afecta su funcionamiento en al menos un dominio de la vida diaria, por ejemplo, una deficiencia moderada de un solo sentido o una deficiencia leve de varios sentidos. |
| 3 | <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Tiene una deficiencia significativa de uno o más sentidos (p. ej., pérdida profunda de la audición o la visión) que podría ser peligrosa o debilitante sin intervención. |

Información complementaria: el procesamiento sensorial hace referencia a la captación de información por medio de los sentidos. Todos los niños tienen procesos neurológicos que les ayudan a organizar la información que les llega desde el ambiente junto con las sensaciones del cuerpo. La capacidad del niño de usar esta información para reaccionar adecuadamente a su ambiente (lo que incluye sonidos, luces, texturas, movimientos y gravedad) se conoce como integración sensorial. Los niños muestran diferencias en esta capacidad de procesar y responder a información del ambiente mientras llevan a cabo sus actividades. Por ejemplo, un niño podría tener dificultades para permanecer sentado durante las actividades grupales y otro podría moverse poco durante el período de juego en exterior. Ambos niños reaccionan distinto porque integran de forma diferente la información que entra por sus sentidos desde el ambiente. La mayoría de los niños procesan sus experiencias diarias y regulan sus respuestas con facilidad. Pero cuando un niño tiene problemas continuos para mantener un estado emocional estable o participar adecuadamente en las actividades, podría tener dificultades de procesamiento o integración sensorial (Thompson & Raisor, 2013).

Evaluación de respuestas sensoriales en la primera infancia (ZTT, 2016):

- **Hiperreactividad:** reacciones emocionales o comportamentales intensas cuando se expone a estímulos que provoquen sensaciones (y que sean desproporcionales a la intensidad del estímulo) o evitación del contacto con estímulos sensoriales comunes.
- **Hiporreactividad:** reacción comportamental o emocional insuficiente a estímulos intensos o ausencia de reacción a estímulos sensoriales comunes que se espera que provoquen una reacción intensa (p. ej., no reacciona incluso cuando se hace daño).
- **Reactividad atípica:** reacción atípica a estímulos que podría caracterizarse por una mayor exploración sensorial de los estímulos que no es la observada usualmente (p. ej., lamer las paredes o los pomos de las puertas).

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 relacionada con *hiperreactividad*, *hiporreactividad* o *reactividad atípica* podría corresponder con síntomas de **trastorno del espectro autista (TEA)** o **trastorno temprano atípico del espectro autista (EAASD)**.
- Para los niños que **NO** tienen un diagnóstico de TEA o EAASD, una valoración de 2 o 3 relacionada con *hiperreactividad* podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de hiperreactividad sensorial**. Una valoración de 2 o 3 en el elemento de aspecto sensorial podría ser resultado de una *hiporreactividad*, que podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de hiporreactividad sensorial**.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Con este elemento, se valora las relaciones del niño con los integrantes de su familia. Se recomienda que la descripción de la familia provenga de la perspectiva del niño (es decir, a quiénes considera familia). Si no existe esta información, tenga en cuenta los familiares biológicos y adoptivos y sus parejas con los cuales el niño aún tiene contacto. En el caso de niños que participen en programas de protección infantil, la familia hace referencia a las personas que hacen cumplir el plan de permanencia. Al valorar este elemento, tenga en cuenta la relación y las interacciones del niño con su familia y la relación de la familia en conjunto.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo se lleva el niño con los hermanos u otros niños en el hogar?• ¿Cómo se lleva con los padres u otros adultos en el hogar?• ¿El niño tiene una cercanía especial con uno o más familiares? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de problemas en las relaciones con los familiares, o el niño tiene buenas relaciones con los familiares.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Antecedentes o sospecha de problemas, o el niño tiene relaciones adecuadas con los familiares, aunque pueden existir algunos problemas. Por ejemplo, algunos familiares pueden tener problemas en sus relaciones. El estrés por las relaciones puede ser común, pero no ocasiona problemas importantes.</p> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Los problemas del niño con los padres, hermanos u otros familiares afectan su funcionamiento. Estrés frecuente por las relaciones, se puede observar una dificultad para mantener relaciones positivas.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Los problemas del niño con los padres, hermanos u otros familiares resultan debilitantes y lo ponen en riesgo. Esto incluiría problemas de violencia doméstica, ausencia de relaciones positivas, etc.</p> |

Información complementaria: el funcionamiento familiar debe valorarse de manera independiente de los problemas que el niño actualmente evaluado experimentó o generó.

Para un niño, la estabilidad, la predictibilidad y la calidad emocional de las relaciones entre familiares son factores importantes que predicen su funcionamiento. Los niños desarrollan relaciones importantes no solo con sus cuidadores principales, sino también con otros familiares que es posible que tengan una relación de coparentalidad o que afecten la calidad del funcionamiento de los cuidadores principales. Los bebés y niños pequeños observan atentamente cómo los adultos que son importantes en su vida se relacionan entre ellos y con los demás, incluidos otros niños en la familia o personas fuera de esta. A menudo aprenden por imitación al copiar los comportamientos que observan. A su vez, el tono emocional y las interacciones adultas de las que son testigos influyen en la regulación emocional, la confianza en las relaciones y la libertad de exploración de los bebés o niños pequeños (ZTT, 2016).

Evaluación del funcionamiento familiar y de los cuidadores en la primera infancia: las dimensiones clave de funcionamiento familiar y de los cuidadores pueden incluir los siguientes aspectos (ZTT, 2016).

- Solución de problemas
- Resolución de conflictos
- Asignación de roles
- Comunicación
- Implicación emocional
- Regulación y coordinación de la conducta
- Armonía entre hermanos (continúa)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (continuación)

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje II: los niveles del eje II de entorno de cuidados pueden corresponder con los niveles de acción para el elemento de familia de la CANS, según juicio del profesional clínico (consulte la tabla de correspondencia a continuación).

| Eje II de entorno de cuidados de la DC: 0-5 | Categoría/nivel de acción de la CANS |
|---|--|
| Nivel 1: de bien adaptado a aceptable | 0: Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas. |
| Nivel 2: de difícil a preocupante | 1: Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. |
| Nivel 3: de complicado a alterado | 2: Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento. |
| Nivel 4: de trastornado a peligroso | 3: La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas. |

Eje IV: se podrían incluir aspectos específicos del constructo del elemento de familia como parte del eje IV de factores de riesgo psicosocial, entre los que se incluyen: violencia doméstica, maltrato o desatención, hostilidad o conflicto entre padres o cuidadores, situación grave de hostilidad o conflicto entre hermanos, entorno familiar impredecible o configuración familiar inestable.

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y EMOCIONAL

Con este elemento, se valora el funcionamiento social y relacional del niño. Esto incluye el comportamiento adecuado para la edad y la capacidad para relacionarse e interactuar con los demás. Para valorar este elemento, tenga en cuenta el nivel de desarrollo del niño.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">¿Cómo se lleva el niño con los demás?Si es un bebé, ¿interactúa y responde a los adultos? Si es un niño pequeño, ¿interactúa de forma positiva con otros niños?¿El niño interactúa con otros de una forma adecuada para su edad? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de problemas con el funcionamiento social; el niño tiene relaciones sociales positivas.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Tiene algunos problemas con las relaciones sociales. Los bebés pueden demorar en responder a los adultos, los niños pequeños pueden necesitar ayuda para interactuar con sus pares y los niños de preescolar pueden resistirse a situaciones sociales.</p> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Tiene problemas con sus relaciones sociales. Los bebés pueden no responder a los adultos y no ser conscientes de otros bebés. Los niños pequeños pueden ser agresivos y resistirse al juego en paralelo. Los niños de preescolar pueden discutir excesivamente con los adultos y pares, y no tener la capacidad para jugar en grupos, incluso con el apoyo de adultos.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Experimenta alteraciones en sus relaciones sociales. Los bebés muestran incapacidad para interactuar de una manera significativa. Los niños pequeños son excesivamente retraídos y no pueden relacionarse con adultos conocidos. Los niños en preescolar no muestran felicidad o interacción sostenida con pares o adultos, o su agresividad puede poner a otros en riesgo.</p> |

Información complementaria: en la siguiente tabla, se presenta una lista de hitos del desarrollo con respecto al funcionamiento social (ZTT, 2016). Es importante recordar que la siguiente tabla enumera solo algunos ejemplos de hitos generales del desarrollo. Aunque los hitos pueden proporcionar un margen de tiempo general en el que ciertos aspectos del desarrollo pueden presentarse, cada niño se desarrolla a su propio ritmo.

Además, el margen de desarrollo “normal” se ve muy influido por la cultura de la familia y la comunidad. Algunos elementos de la tabla a continuación podrían no ser indicadores adecuados de desarrollo normal en todas las familias o comunidades, y podría ser útil crear adaptaciones culturales de hitos específicos, en función del contexto cultural. Por ejemplo, un elemento que trate sobre la capacidad del niño de alimentarse solo con un tenedor podría no ser relevante en culturas donde los palillos son el principal cubierto. Una sustitución evidente para algunas familias podrían ser los palillos. Sin embargo, es posible que los niños no dominen esta habilidad hasta una edad posterior a la edad en la que se consigue comer con una cuchara debido a que las familias podrían no animar a los niños a comer solos hasta que tengan más edad y porque comer con palillos podría exigir habilidades motoras finas y habilidades cognitivas más avanzadas que comer con una cuchara (ASQ, 2014). (continúa)

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y EMOCIONAL (continuación)**Hitos del desarrollo para el funcionamiento social**

| | |
|----------------|--|
| A los 3 meses | <ul style="list-style-type: none">• Sonríe como respuesta (es decir, sonrisa social).• Imita expresiones faciales sencillas (p. ej., sonríe, saca la lengua).• Mira la cara del cuidador.• Gorjea como respuesta.• Localiza las voces y sonidos conocidos.• Muestra interés en las expresiones faciales.• Le consuela la cercanía de un cuidador. |
| A los 6 meses | <ul style="list-style-type: none">• Imita algunos movimientos y expresiones faciales (p. ej., sonríe, frunce el ceño).• Participa en interacciones sociales recíprocas (p. ej., juegos sencillos recíprocos).• Busca la interacción social con vocalizaciones, expresiones emocionales o contacto físico.• Observa las caras atentamente.• Responde al afecto sonriendo, gorjeando o calmándose.• Se le pasa el malestar cuando un cuidador lo consuela. |
| A los 9 meses | <ul style="list-style-type: none">• Diferencia entre voces conocidas y desconocidas.• Muestra algo de desconfianza ante los extraños.• Demuestra preferencia por los cuidadores.• Protesta cuando se le separa de los cuidadores.• Disfruta jugando por largos períodos con los demás.• Participa en una comunicación recíproca y bidireccional mediante vocalizaciones y movimientos oculares.• Imita gestos sencillos de los demás.• Mira hacia donde los demás miran y señalan. |
| A los 12 meses | <ul style="list-style-type: none">• Mira al cuidador a modo de obtener información sobre nuevas situaciones y ambientes.• Mira al cuidador para compartir experiencias emocionales.• Responde a las emociones de las demás personas (p. ej., pone una expresión decaída o seria en respuesta a la tristeza de los padres, sonríe cuando los padres se ríen).• Ofrece objetos para iniciar una interacción (p. ej., le da al cuidador un libro para que le lea una historia).• Participa en juegos interactivos (p. ej., escondidas, juegos de palmas).• Mira a las personas conocidas cuando se las nombra.• Entrega un objeto para pedir ayuda (p. ej., le da un zapato al padre).• Ofrece el brazo o la pierna para ayudar a que lo vistan. |
| A los 15 meses | <ul style="list-style-type: none">• Busca y disfruta de la atención que recibe de los demás, especialmente de los cuidadores.• Demuestra afecto con besos (sin fruncir los labios).• Demuestra comportamientos de cautela o miedo como apegarse al cuidador o esconderse detrás de este.• Juega en paralelo con otros niños.• Ofrece un libro o juguete cuando quiere escuchar una historia o jugar.• Repite sonidos o acciones para llamar la atención.• Disfruta mirando los libros de dibujos con el cuidador.• Inicia interacciones de atención conjunta (p. ej., señala para mostrar algo interesante o llamar la atención de los demás). |
| A los 18 meses | <ul style="list-style-type: none">• Comparte el humor con otros niños o adultos (p. ej., se ríe de caras graciosas o de rimas sin sentido y las hace).• Le gusta pasarle cosas a los demás mientras juegan.• Participa en muestras recíprocas de afecto (p. ej., abrazos o besos con labios fruncidos).• Afirma su autonomía (p. ej., “yo solo”).• Reacciona con preocupación cuando parece que alguien se hizo daño.• Se aparta del cuidador para explorar objetos o ambientes cercanos.• Realiza comportamientos de provocación como mirar al cuidador y hacer algo “prohibido”.• Cuando señala, mira al cuidador para confirmar que hay atención conjunta. (continúa) |

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y EMOCIONAL (continuación)

Hitos del desarrollo para el funcionamiento social

| | |
|----------------|--|
| A los 24 meses | <ul style="list-style-type: none">• Muestra empatía (p. ej., consuela a los demás cuando se hacen daño).• Intenta afirmar su independencia con frecuencia.• Imita acciones complejas de otras personas, especialmente adultos y niños mayores (p. ej., pone platos en una mesa, posturas o gestos).• Disfruta de estar con otros niños pequeños.• Se enorgullece y siente agrado por sus logros.• Juega principalmente cerca de niños pequeños, observa e imita el juego de otros niños pequeños.• Responde cuando se le corrige o elogia. |
| A los 36 meses | <ul style="list-style-type: none">• Expresa su afecto de forma abierta y verbal.• Muestra afecto a sus compañeros sin que se le pida.• Comparte sin que se le pida.• Puede esperar su turno al jugar.• Muestra preocupación e interviene cuando otro niño llora.• Participa en juegos asociativos con otros niños (p. ej., participa en actividades parecidas sin que haya una organización formal, pero con algo de interacción).• Comparte sus logros con los demás.• Ayuda en tareas domésticas sencillas. |
| A los 48 meses | <ul style="list-style-type: none">• Juega al papá o a la mamá o a ser otros cuidadores importantes.• Pregunta o habla sobre el cuidador cuando están separados.• Participa en juegos cooperativos con otros niños pequeños.• Tiene un amigo preferido.• Expresa intereses, gustos y disgustos. |
| A los 60 meses | <ul style="list-style-type: none">• Muestra más confianza relacionada con una mayor independencia y autonomía.• Quiere complacer a sus amigos.• Imita a personas que son modelos a seguir, tanto reales como imaginarias.• Valora las reglas en las interacciones sociales.• Participa en actividades grupales en las que es necesario tomar un rol (p. ej., Simón dice).• Modula o modifica la voz correctamente en función de la situación o el receptor (adulto, otro niño, niño pequeño). |

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Después de una experiencia traumática, una valoración de 2 o 3 que representa un cambio negativo en el funcionamiento social habitual (p. ej., menos interés en las interacciones sociales) podría corresponder con síntomas de **trastorno de estrés postraumático (TEPT)** (*consulte el elemento de adaptación al trauma*).
- Una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas en el aspecto social y comunicativo de **trastorno del espectro autista (TEA)** y **trastorno temprano atípico del espectro autista (EAASD)**. La DC: 0-5 especifica tres síntomas del aspecto social y comunicativo, que incluyen:
 - Reacción social o comunicativa, atención social sostenida o reciprocidad social que son limitadas o atípicas.
 - Deficiencias en los comportamientos sociales y comunicativos no verbales.
 - Dificultades en la interacción con otros niños.

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 relacionada con demostraciones de problemas de funcionamiento social debido a miedo o ansiedad (quedarse paralizado, aislarse, esconderse, evitar, negarse a hablar) en situaciones con desconocidos podría corresponder con síntomas de distintos trastornos de ansiedad, entre los que se incluyen el **trastorno de ansiedad social**, el **mutismo selectivo** y el **trastorno de inhibición ante la novedad** (*consulte el elemento de ansiedad*).
- Para los niños que han sufrido una situación grave de desatención o han estado bajo cuidados institucionales, una valoración de 3 relacionada con comportamientos de aislamiento e inhibición con cuidadores adultos (p. ej., ningún interés o un interés considerablemente reducido en la interacción, reacción limitada a los intentos de consolarlo) podría corresponder con síntomas de **trastorno de apego reactivo (RAD)**. Este trastorno es muy poco frecuente y usualmente se da en entornos institucionalizados (*consulte el elemento de apego*).

Eje V: la valoración del dominio de competencia sociorrelacional del eje V de la clasificación DC: 0-5 podría corresponder con la valoración de los niveles de acción del elemento de funcionamiento social de la CANS (*consulte la tabla de correspondencia a continuación*). (continúa)

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y EMOCIONAL (continuación)

| Valoración del dominio de competencia de la DC: 0-5 | Categoría/nivel de acción de la CANS |
|---|--|
| Supera lo que se espera para su nivel de desarrollo | 0: Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas. |
| Funciona a un nivel adecuado para su edad | |
| Las competencias son emergentes o están presentes de forma esporádica | 1: Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. |
| No cumple con lo que se espera para su nivel de desarrollo (retraso o desviación) | 2: Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento. |
| | 3: La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas. |

SUEÑO

Con este elemento, se valoran los patrones de sueño del niño. Este elemento se usa para describir los problemas del sueño, independientemente de la causa, incluidas las dificultades para quedarse dormido o permanecer dormido, y también dormir demasiado. Tanto la enuresis nocturna como las pesadillas deben considerarse problemas del sueño. **El niño debe tener 12 meses de edad para que se valore este elemento.**

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ¿El niño parece descansado? ¿Suele tener sueño durante el día? ¿Tiene pesadillas frecuentes o tiene problemas para dormir? ¿Cuántas horas duerme cada noche? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> El niño duerme toda la noche todas las noches.</p> <hr/> <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Tiene algunos problemas para dormir. Por lo general, duerme toda la noche, pero al menos una vez por semana tiene problemas. Esto puede incluir despertarse ocasionalmente o tener enuresis nocturna o pesadillas.</p> <hr/> <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Tiene problemas para dormir. Se despierta a menudo y rara vez duerme toda la noche.</p> <hr/> <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Generalmente no duerme. Dormir casi siempre le resulta difícil y no puede dormir toda la noche.</p> <hr/> <p>N/A El niño tiene menos de 12 meses de edad.</p> |

Información complementaria: el sueño es uno de los principales motivos por los que las familias buscan intervenciones. Esto suele deberse al efecto que tiene el sueño en los padres, los cuidadores y los hermanos. Las rutinas para dormir y la cantidad de tiempo propiamente dicho que el niño duerme pueden ser preocupantes para los cuidadores. Varios factores distintos pueden influir en los hábitos de sueño, como la cultura de la familia y la comunidad, el temperamento del niño, los factores ambientales y la etapa del desarrollo (Grow by WebMD, 2020). Los cambios en los hábitos de sueño son frecuentes cuando los niños pequeños están creciendo (físicamente) o desarrollándose, por ejemplo, cuando están aprendiendo una nueva habilidad, como caminar o hablar (ZTT, s. f.).
(continúa)

SUEÑO (continuación)

| Edad | Hábitos de sueño comunes |
|-------------|---|
| 1-4 semanas | Por lo general, los recién nacidos duermen de 15 a 18 horas diarias, pero solo en períodos breves de 2 a 4 horas. Es posible que los bebés prematuros duerman más tiempo y que los bebés que sufren de cólicos duerman menos. Como los recién nacidos todavía no tienen un reloj biológico interno, o ritmo circadiano, sus hábitos de sueño no están vinculados con los ciclos de mañana-noche. De hecho, tienden a no tener un hábito marcado de sueño. |
| 1-4 meses | A las 6 semanas, los bebés empiezan a estabilizarse un poco y podrían empezar a verse hábitos de sueño más consolidados. Los períodos más prolongados de sueño pueden durar entre 4 y 6 horas y ahora tienden a ser con mayor frecuencia de noche. |
| 4-12 meses | Aunque es ideal dormir hasta 15 horas, la mayoría de bebés de hasta 11 meses solo duermen alrededor de 12 horas. Los bebés usualmente toman tres siestas y pasan a dos alrededor de los 6 meses, ya que en ese momento (o antes) tienen la capacidad física de dormir toda la noche. La toma de siestas periódicas usualmente ocurre hacia la última parte de este período, a medida que maduran los ritmos biológicos. |
| 1-3 años | A medida que el niño sale del primer año de vida, hacia los 18-21 meses, probablemente dejarán de tomar la siesta de la mañana y de la tarde, y solo conservarán una siesta al día. Aunque los niños pequeños necesitan hasta 14 horas de sueño diarias, usualmente solo duermen unas 10. La mayoría de los niños de alrededor de 21 a 36 meses siguen necesitando una siesta al día, que podría durar entre 1 y 3 horas. |
| 3-6 años | Los niños de esta edad suelen dormir unas 10-12 horas al día. A los 3 años, la mayoría de los niños sigue tomando siestas, mientras que a los 5 años, la mayoría ya no lo hace. Además, las siestas se van haciendo poco a poco más breves. |

Evaluación del sueño en la primera infancia: los problemas de sueño que pueden presentarse en la infancia incluyen los siguientes (ZTT, 2016):

- **Hiposomnía** (dormir demasiado).
- **Negarse a dormir.**
- **Alteraciones del sueño**, tales como:
 - *Problemas para conciliar el sueño:* el niño necesita más de 30 minutos para dormirse.
 - *Despertarse de noche:* despertares múltiples o prolongados que se acompañan de búsqueda de atención.
 - *Pesadillas:* pesadillas o despertares repentinos con malestar que suelen ocurrir con más frecuencia en la segunda fase del sueño. Es posible o no que el niño pueda recordar o comunicar el contenido del sueño.
 - *Terrores nocturnos:* episodios recurrentes de activación repentina durante el sueño, aunque sin llegar totalmente a despertarse. Los episodios se relacionan con gritos y signos de malestar, y, por lo general, ocurren en las primeras horas del sueño. Los niños no responden inmediatamente a intentos de despertarlos.
 - *Sonambulismo:* episodios de levantarse de la cama y caminar por la casa.

Referencia: Zero to Three. (2016). DC:0-5: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE**Eje I**

- Después de una situación estresante o traumática (lo que incluye la pérdida permanente del cuidador principal), una valoración de 2 o 3 relacionada con negarse a dormir y alteraciones del sueño podría corresponder con síntomas de **trastorno de estrés postraumático, trastorno de adaptación o trastorno de duelo complejo en la primera infancia** (*consulte el elemento de adaptación al trauma*).
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con la hiposomnía y otras alteraciones del sueño podría corresponder con síntomas de **trastorno depresivo de la primera infancia** (*consulte el elemento de depresión*).
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con alteraciones del sueño podría corresponder con síntomas de **trastorno de ansiedad generalizada** (*consulte el elemento de ansiedad*).
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con negarse a dormir específicamente sin que esté un cuidador podría corresponder con síntomas de **trastorno de ansiedad por separación** (*consulte el elemento de apego*).
- Como parte de un patrón más amplio de desobediencia generalizada y persistente, una valoración de 2 o 3 relacionada con negarse a dormir podría ser un síntoma de **trastorno de ira y agresión desregulada en la primera infancia (DDAA)** o, si se expresa solamente en una relación con un cuidador, de **trastorno de relación específica**.
- Cuando las alteraciones del sueño no se explican mejor por otros trastornos o problemas médicos y efectos secundarios de medicamentos, una valoración de 2 o 3 relacionada con alteraciones del sueño podría corresponder con un diagnóstico de trastornos del sueño, lo que incluye **trastorno de conciliación del sueño, trastorno de mantenimiento del sueño, trastorno de activación parcial en el sueño o trastorno de pesadillas en la primera infancia**.

INTERACCIONES ENTRE EL NIÑO Y LOS PADRES

En este elemento, se valora la forma en que la díada padres-niño interactúa y su efecto en el crecimiento y el desarrollo del niño.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo describiría la forma en la que el niño llama la atención de los padres? ¿Qué actividades les gusta y no les gusta hacer a los padres con el niño? ¿Los padres sienten que pasan suficientes momentos agradables con el niño? ¿Existen preocupaciones sobre la forma en la que el niño se relaciona con los padres? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de problemas en la interacción entre los padres y el niño.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Existen antecedentes de problemas o funcionamiento subóptimo en la interacción entre los padres y el niño. Es posible que actualmente no sean continuos o que haya indicaciones de que la interacción no es óptima, pero que todavía no haya ocasionado problemas.</p> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> La díada padres-niño interactúa de una forma problemática y esto ha interferido en el crecimiento y el desarrollo del niño.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> La díada padres-niño está teniendo problemas considerables que pueden caracterizarse como de maltrato o desatención.</p> |

Información complementaria: las interacciones cotidianas entre los bebés o los niños pequeños y sus padres ayudan a promover su desarrollo emocional, físico e intelectual. Cuando los padres son sensibles a las señales de los niños y responden a estas, contribuyen a una forma de comunicación recíproca y coordinada entre los padres y el niño. Estas interacciones ayudan a que el niño desarrolle un autoconcepto y habilidades de regulación emocional (p. ej., habilidades para calmarse a sí mismo y de autocontrol).

Los padres no tienen que estar perfectamente en sintonía con el niño en todo momento. Cuando los padres y el niño malinterpretan las señales del otro, cosa que sucederá de vez en cuando, se interrumpirá temporalmente la interacción. Esto les da a ambos lados la oportunidad de aprender cómo manejar los momentos breves de malestar y buscar al otro para volver a interactuar. Sin embargo, cuando estas malinterpretaciones se convierten en la norma y el niño no puede contar con la respuesta de los padres, el desarrollo del niño podría desviarse.

Las interacciones entre los padres y los niños se ven afectadas por las cualidades personales de cada niño y por la forma en que el temperamento de este se ajusta a los padres. Por ejemplo, un niño muy activo puede ser agotador para cualquier padre, especialmente uno que ya esté estresado. Además, las interacciones positivas entre los padres y el niño pueden verse distintas dependiendo de la familia. Una amplia variedad de estilos de cuidado, interacciones lúdicas y respuestas emocionales promueven el desarrollo de un niño saludable. Las respuestas de los padres a las señales y los comportamientos de los niños pueden ser diferentes. Esto puede depender de su temperamento, antecedentes personales, momento de vida actual y sus objetivos y creencias culturales (NCPFCE, 2013).

Evaluación de la relación entre los padres y el niño en la primera infancia:

Puede ser de utilidad evaluar los siguientes aspectos de las interacciones entre los padres y el niño.

- ¿Qué emociones sienten los padres y el niño cuando interactúan?
- ¿Qué tipo de comunicación verbal y no verbal usan los padres y el niño?
- ¿Cuál es el “saldo” de interacciones positivas y negativas?
- ¿Cuáles son las rutinas y actividades usuales de los padres y el niño?
- En la díada padres-niño, ¿parece que ambos lados se sienten cómodos y expresan interés en el otro?
- ¿Las interacciones son fluidas y parecen estar en sintonía?
- ¿Los padres y el niño responden a las señales del otro?
- ¿Los padres se sienten cómodos cuando el niño toma la iniciativa en el juego?
- ¿Los padres y el niño tienen un contacto y comportamientos amorosos entre ellos?
- ¿Cómo responde el niño al establecimiento de límites?
- ¿La díada padres-hijo demuestra límites y expectativas adecuados de ambos lados?
- ¿Los padres consuelan al niño cuando está herido o molesto?
- ¿Los padres pueden aceptar la forma en que el niño expresa sus sentimientos, tanto positivos como negativos?
- ¿Los padres ayudan al niño a explorar? (continúa)

INTERACCIONES ENTRE EL NIÑO Y LOS PADRES (continuación)

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje II: el nivel del eje II de relación con el cuidador podría corresponder con los niveles de acción del elemento de interacciones entre el niño y los padres de la CANS (consulte la tabla de correspondencia a continuación).

| Eje II de la DC: 0-5 de relación con el cuidador | Categoría/nivel de acción de la CANS |
|--|--|
| Nivel 1: de bien adaptado a aceptable | 0: Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas. |
| Nivel 2: de difícil a preocupante | 1: Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. |
| Nivel 3: de complicado a alterado | 2: Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento. |
| | 3: La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas. |

EDUCACIÓN INICIAL

Con este elemento, se valora la experiencia del niño en los contextos educativos (como guardería y preescolar) y su capacidad para satisfacer sus necesidades en estos contextos. Con este elemento, también se considera la presencia de problemas dentro de estos entornos en términos de asistencia, progreso, apoyo del personal escolar para satisfacer las necesidades del niño y su respuesta conductual ante estos entornos. **Los niños menores de 5 años que no se encuentren en ningún contexto de aprendizaje grupal (programa Early Head Start, Head Start, preescolar, prejardín de infantes) aquí se valorarán con 0.**

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la experiencia del niño en preescolar/guardería? ¿Tiene dificultades con el aprendizaje de nuevas habilidades, las relaciones sociales o el comportamiento? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de problemas con el funcionamiento en el entorno educativo actual.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Antecedentes o evidencia de problemas con el funcionamiento en el entorno de guardería o preescolar actual. El niño puede estar inscrito en un programa especial.</p> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> El niño tiene dificultades para mantener su comportamiento, asistencia o progreso en este contexto.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Los problemas del niño con el funcionamiento en el entorno de guardería o preescolar lo ponen en un riesgo inmediato de ser retirado del programa debido a sus comportamientos, falta de progreso o necesidades insatisfechas.</p> |

Información complementaria: los bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar suelen pasar gran parte de su tiempo con cuidadores alternativos. Es fundamental que en estos entornos se cumplan sus necesidades. Existe un gran impulso en el ámbito de la salud mental de los bebés para fomentar las prácticas positivas de cuidados en estos entornos. Las mismas prácticas de crianza y técnicas de cuidados que se enseñan a los padres deben fomentarse en los entornos de cuidados/educación inicial. Estas experiencias suelen ser fundamentales para promover el crecimiento y el desarrollo y para permitir que el niño tenga experiencias positivas en las relaciones con los demás fuera de casa. Los entornos de cuidados y educación iniciales tienen el potencial de influir en el desarrollo del niño, en sus logros académicos y en el éxito de su vida en general.

Es importante tener en cuenta la calidad del entorno de guardería, así como la capacidad de esta de satisfacer las necesidades de la persona en un contexto de cuidados más amplio. Es importante que los bebés y los niños reciban atención de formas que valoren sus necesidades y fortalezas personales.

Indicadores de un entorno de cuidados/educación inicial de alta calidad:

- El bebé o el niño parece sentirse cómodo con los cuidadores y el entorno.
- El entorno tiene suficiente espacio y materiales para la cantidad de niños que se atienden.
- El entorno ofrece una gran variedad de experiencias y oportunidades (continúa)

EDUCACIÓN INICIAL (continuación)

Indicadores de un entorno de cuidados/educación inicial de alta calidad:

- Hay un margen de tolerancia para las diferencias, preferencias y necesidades personales.
- Los cuidadores pueden opinar sobre las experiencias y los sentimientos del niño.
- Los cuidadores estructuran adecuadamente el día del niño.
- Hay tiempos programados para comer, jugar y descansar.
- Los cuidadores ofrecen un nivel adecuado de supervisión y establecimiento de límites.
- Se observan, apoyan y supervisan las interacciones del niño con otros niños.
- Se corrige al niño de forma tranquila y comprensiva.
- Se anima al niño a aprender y explorar a su propio ritmo.
- Se utiliza una gran variedad de modalidades de enseñanza.
- Todas las áreas de desarrollo se valoran y se apoyan a la vez.
- Se manejan grupos pequeños.
- Hay pocos niños por adulto.
- El entorno es seguro y limpio.
- El entorno de atención/educación inicial se comunica de forma frecuente y abierta con los padres.

TRANSPORTE

En este elemento, se valora si el cuidador tiene preocupaciones con respecto el transporte del niño para asistir a los servicios.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo lleva el cuidador al niño a los servicios?• ¿Con qué frecuencia es el transporte un problema para el cuidador?• ¿El niño tiene alguna necesidad específica de transporte, como un vehículo especial? | 0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> No tiene necesidades de transporte. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Tiene necesidades de transporte ocasionales (p. ej., citas). Estas necesidades no se presentan más de una vez por semana y no necesita un vehículo especial. Aquí se valoraría a un niño con padres que requieren asistencia para el transporte para visitar al niño. |
| | 2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Tiene necesidades de transporte ocasionales que requieren un vehículo especial o necesidades de transporte frecuentes (p. ej., todos los días) que no requieren un vehículo especial. |
| | 3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El niño necesita transporte frecuente (p. ej., todos los días) en un vehículo especial. |

Información complementaria: los cuidadores necesitan contar con un medio de transporte por muchos motivos. Las familias necesitan tener la capacidad de satisfacer sus necesidades de, por ejemplo, alimentos, vestimenta y vivienda, así como respaldar la capacidad del niño de asistir a las actividades. Si el acceso al transporte es problemático, las familias también pueden estar limitadas en su capacidad de acceder a los servicios que el niño necesita. Al evaluar este elemento, es importante que no solo determine si la familia cuenta con o puede acceder al transporte, sino si este es confiable, está disponible de forma continua y si hay barreras económicas para usar el transporte.

DOMINIO DE FACTORES CULTURALES FAMILIARES

Con estos elementos, se identifican las cuestiones lingüísticas o culturales para las que los proveedores de servicios deben hacer adaptaciones (p. ej., proporcionar un intérprete, encontrar un terapeuta que hable el idioma principal de la familia o garantizar que el niño en colocación tenga la oportunidad de participar en los rituales culturales relacionados con su identidad cultural). Con los elementos del dominio de factores culturales, se describen las dificultades que los niños pueden experimentar o encontrar como resultado de su pertenencia a cualquier grupo cultural, o debido a la relación entre los miembros de ese grupo y los miembros de la sociedad dominante.

Las desigualdades en la atención de salud son diferencias en cuanto a la calidad, la asequibilidad, el acceso, la utilización y las consecuencias de la atención de la salud entre grupos. En este dominio, la cultura se describe de forma amplia e incluye grupos culturales de origen racial, étnico o religioso o que dependen de la edad, la orientación sexual, la identidad de género, la condición socioeconómica y la ubicación geográfica. En los estudios que han explorado la cuestión de la desigualdad en la atención de salud, se afirma que la pertenencia a una raza o grupo étnico puede ser una influencia primordial en las consecuencias de salud.

Al utilizar la CANS, es importante recordar que la familia debe definirse desde la perspectiva del niño (es decir, a quiénes considera parte de su familia). Cuando se valoran estos elementos y se crea un plan de tratamiento o servicios, las cuestiones culturales de este dominio deben considerarse en relación con el efecto que tienen en la vida de la persona.

Pregunta para considerar en este dominio: ¿Qué impacto tiene la pertenencia del niño o la familia a un grupo cultural específico en su estrés y bienestar?

Para el **dominio de factores culturales familiares**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.
- 2 Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.
- 3 La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.

IDIOMA

Con este elemento, se analiza si el niño o la familia necesitan ayuda con la comunicación para obtener las adaptaciones, los recursos y los apoyos necesarios (p. ej., un intérprete). Este elemento incluye el lenguaje oral, escrito y de señas, y también las cuestiones de alfabetización.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué idioma habla la familia en el hogar? • ¿La familia tiene alguna necesidad especial relacionada con la comunicación (p. ej., inglés como segundo idioma [ESL], lenguaje de señas americano [ASL], braille o tecnología asistida)? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i></p> <p>Sin evidencia de que se necesite o se prefiera un intérprete, o el niño y la familia hablan y leen el idioma principal del lugar donde viven.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i></p> <p>El niño o la familia hablan o leen el idioma principal del lugar donde viven, pero existen posibles problemas de comunicación debido a que tienen un vocabulario limitado o a que no comprenden los matices del idioma. (continúa)</p> |

IDIOMA (continuación)

2 *Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.*

El niño o los miembros importantes de la familia no hablan el idioma principal del lugar donde viven. Se necesita un traductor o un hablante nativo de la familia para que la intervención resulte exitosa; se puede identificar personas calificadas dentro de los apoyos naturales.

3 *La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.*

El niño o los miembros importantes de la familia no hablan el idioma principal del lugar donde viven. Se necesita un traductor o un hablante nativo de la familia para que la intervención resulte exitosa; no se dispone de tal persona entre los apoyos naturales.

Para la primera infancia: valore el elemento anterior desde la perspectiva de la familia.

TRADICIONES Y RITUALES

Con este elemento, se valora el acceso y la participación del niño o la familia en la tradición, los rituales y las prácticas culturales, incluida la celebración de festividades culturalmente específicas como Kwanza, Día de los Muertos, Yom Kippur, fiesta de 15, etc. Esto también puede incluir actividades diarias que son culturalmente específicas (p. ej., llevar un hijab, rezar hacia la Meca a horas específicas, tener una dieta específica, acceder a los medios de comunicación) y tradiciones y actividades para incluir nuevas identidades culturales.

Preguntas para considerar

- ¿Qué festividades celebra la familia?
- ¿Qué tradiciones son importantes para la familia?
- ¿La familia teme la discriminación por practicar sus tradiciones y rituales?

Valoraciones y descripciones

0 *Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.*

El niño o la familia pueden practicar constantemente las tradiciones y los rituales que han elegido de acuerdo con su identidad cultural.

1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.*

Por lo general, el niño o la familia pueden practicar las tradiciones y los rituales que han elegido de acuerdo con su identidad cultural; sin embargo, a veces experimentan algunos obstáculos para la realización de estas prácticas.

2 *Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.*

El niño o la familia experimentan obstáculos considerables y a veces se les impide practicar las tradiciones y los rituales que han elegido de acuerdo con su identidad cultural.

3 *La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.*

El niño o la familia no pueden practicar las tradiciones y los rituales que han elegido de acuerdo con su identidad cultural.

Para la primera infancia: valore el elemento anterior desde la perspectiva de la familia.

TENSIÓN CULTURAL

Con este elemento, se identifican las circunstancias en las que la identidad cultural del niño se enfrenta con hostilidad u otros problemas en su entorno debido a las diferencias en las actitudes, el comportamiento o las creencias de los demás (esto incluye las diferencias culturales que causan una tensión entre el niño y su familia). Aquí se valoraría el racismo, la negatividad en relación con la orientación sexual, identidad o expresión de género (SOGIE) y otras formas de discriminación.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál cree la familia que es su realidad de discriminación? ¿Cómo describen la discriminación o la opresión?• ¿Esto afecta su funcionamiento como familia? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de tensiones entre la identidad cultural del niño y su entorno o situación de vida actual.</p> <hr/> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Algunas tensiones ocasionales que se derivan de la fricción entre la identidad cultural del niño y su entorno o situación de vida actual.</p> <hr/> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> El niño experimenta una tensión cultural que causa problemas con el funcionamiento en al menos un dominio de la vida diaria. Necesita apoyo para aprender a manejar las tensiones culturales.</p> <hr/> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Experimenta un gran nivel de tensión cultural que dificulta su funcionamiento en cualquier dominio de la vida diaria en las circunstancias actuales. Necesita un plan inmediato para reducir la tensión cultural.</p> |

Para la primera infancia: valore el elemento anterior desde la perspectiva de la tensión cultural de la familia.

DOMINIO DE LOS CUIDADORES

Esta sección se centra en las fortalezas y necesidades del cuidador. Las valoraciones del cuidador deben ser completadas por los miembros del hogar. Si la planificación incluye varios núcleos familiares, entonces esta sección debe ser completada una vez por cada núcleo familiar que se tenga en cuenta (de ser posible). Si el niño se encuentra en cuidado de crianza o en una colocación fuera del hogar, valore a los padres identificados, otros familiares, padres adoptivos o cuidadores que planifiquen asumir la tutela o la responsabilidad del cuidado de este niño.

Pregunta para considerar en este dominio: ¿Cuáles son los recursos y las necesidades de los cuidadores del niño?

Para el **dominio de los cuidadores**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.
- 1 Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.
- 2 La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.
- 3 La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.

INTENSIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

INTENSIDAD DE LOS SERVICIOS

Con este elemento, se valora el nivel o la intensidad de los servicios necesarios para abordar las dificultades del niño y la frecuencia con la que estos se necesitan.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipos de servicios necesita el niño? • ¿Con qué frecuencia recibe los servicios, incluidos medicamentos? • ¿Qué se debe hacer para garantizar que reciba los servicios necesarios? | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El niño no tiene necesidades en cuanto a tratamiento comportamental, físico o médico que los padres o el cuidador principal deben gestionar. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El niño necesita tratamiento comportamental, físico o médico cada semana que los padres o el cuidador principal deben gestionar. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El niño necesita tratamiento comportamental, físico o médico diariamente que los padres o el cuidador principal deben gestionar. Esto incluiría asegurarse de que el niño se tome los medicamentos todos los días. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El niño necesita varios tratamientos comportamentales, físicos o médicos complejos diariamente que los padres o el cuidador principal deben gestionar (casos de tratamientos complicados). |

COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS

En este elemento, se valora si para el cuidador es difícil coordinar los servicios del niño.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">¿El horario en que se ofrecen los servicios se cruza o solapa con el horario del cuidador?¿El cuidador recibe información discrepante de parte de los proveedores de servicios con respecto a qué hacer para ayudar al niño?¿El cuidador tiene dificultades para coordinar los servicios que necesita el niño? | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El cuidador es capaz de coordinar los servicios del niño. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El cuidador ha tenido problemas para coordinar los servicios del niño en el pasado O actualmente el cuidador no es constante en su capacidad de coordinar los servicios del niño. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> Las dificultades del cuidador para coordinar los servicios del niño han afectado el funcionamiento del niño en al menos un dominio de su vida. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador no es capaz de coordinar los servicios del niño, lo que afecta el funcionamiento del niño y lo pone en riesgo o hace peligrar su desarrollo. |

ACCESO/DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO

En este elemento, se valoran las dificultades que el cuidador pudo haber tenido para que el niño accediera a los servicios. Esto no incluye la retención del cuidador a que el niño reciba los servicios.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">¿Hay servicios que el niño necesita y que no están disponibles para el cuidador?¿Qué tipo de problemas se encuentra el cuidador al intentar acceder a los servicios?¿El cuidador tenía los servicios a su disposición anteriormente y ahora ya no?¿Hay alguna restricción que el cuidador conozca que esté evitando que el niño reciba los servicios que necesita? | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El cuidador tiene acceso a los servicios y ha hecho posible que el niño los reciba. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Actualmente, el cuidador ha tenido algunas dificultades para acceder y garantizar que al niño se le presten los servicios O el cuidador ha tenido dificultades en el pasado para garantizar que al niño se le presten los servicios, lo que ha ocasionado que este no reciba los servicios que necesita. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador se ha topado con obstáculos para el acceso a servicios y para garantizar su prestación al niño. El funcionamiento del niño ha resultado afectado debido a no poder recibir los servicios y apoyos que necesita. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador no puede acceder a los servicios o garantizar su prestación al niño, lo que hace que esté en riesgo o que peligre su desarrollo. |

ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS

Este elemento describe si el cuidador cree que los servicios necesarios o prestados al niño respetan las creencias y prácticas culturales de la familia.

Preguntas para considerar

- ¿Los proveedores de servicio le muestran a la familia que entienden las creencias y las prácticas de la familia?
- ¿La familia ha estado insatisfecha con los servicios debido a una falta de sensibilidad cultural?
- ¿Las recomendaciones que la familia recibe se adecuan a sus creencias?
- ¿Hay algo en especial que la familia desearía que los proveedores de servicios supieran sobre su cultura, sus creencias o sus prácticas?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.*
El cuidador identifica que los servicios y los apoyos que recibe el niño son respetuosos con las creencias y prácticas culturales de la familia.
-
- 1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.*
Al cuidador le preocupa que los servicios y los apoyos que el niño recibe podrían no ser respetuosos con las creencias y las prácticas de la familia O el niño recibió servicios en el pasado que eran poco sensibles con las creencias y prácticas culturales de la familia, lo que dificultó que el niño participara o se beneficiara de la atención.
-
- 2 *La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.*
El cuidador considera que los servicios y los apoyos que recibe el niño no siempre se adecuan culturalmente a las creencias y prácticas de la familia. Las necesidades del niño no se abordan adecuadamente en este entorno de atención y se ve afectado el funcionamiento del niño.
-
- 3 *La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.*
El cuidador considera que los servicios y los apoyos que recibe el niño no se adecuan culturalmente, son irrespetuosos y poco sensibles a las creencias y prácticas culturales de la familia. El niño no puede participar en los servicios o beneficiarse de ellos y está en riesgo.

Información complementaria: cada familia vive su cultura de una manera singular. Es importante que vea la orientación cultural de la familia desde una perspectiva amplia, no solo en términos de origen étnico, sino también de la región de la que proviene la familia, su condición socioeconómica y cómo se aplican las prácticas y creencias sobre la crianza. Es importante que a las familias se les ofrezcan servicios que sean sensibles a la cultura y valoren las diferencias individuales.

RECURSOS Y NECESIDADES DE LOS CUIDADORES

SUPERVISIÓN

Con este elemento, se valora la capacidad del cuidador de brindar el nivel de supervisión y disciplina que necesita el niño. La disciplina se define en el sentido más amplio, e incluye todas las medidas que los padres/cuidadores pueden tomar para promover un comportamiento positivo de sus hijos.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo se siente el cuidador respecto de su capacidad para controlar y disciplinar al niño? | <p>0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Sin evidencia de que el cuidador necesite ayuda o apoyo para supervisar o disciplinar al niño, o el cuidador tiene buenas capacidades para hacerlo.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ¿Necesita algo de ayuda al respecto? | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Generalmente brinda una supervisión adecuada, pero no es regular. Quizás necesite ayuda o apoyo ocasional.</p> |
| | <p>2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> La supervisión y el control del cuidador son muy irregulares y con frecuencia inexistentes. El cuidador necesita ayuda para mejorar las capacidades de supervisión.</p> <p>3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> No puede controlar ni disciplinar al niño. Requiere ayuda inmediata y constante. El niño corre el riesgo de sufrir daños debido a la inexistencia de supervisión o control.</p> |

PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN

Con este elemento, se valora la participación del cuidador en la atención del niño y su capacidad de apoyarlo.

| Valoraciones y descripciones | |
|------------------------------|---|
| Preguntas para considerar | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Sin evidencia de problemas en la participación del cuidador en los servicios o intervenciones, o el cuidador participa activamente de la planificación y puede actuar en defensa del niño con eficacia. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Participa regularmente en la planificación o la implementación de los servicios para el niño, pero no es un defensor activo de este. Se encuentra predispuesto a recibir apoyo, capacitación e información. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> Participación mínima en los servicios o las intervenciones que se brindan como apoyo al niño. El cuidador puede llevar al niño a las citas e irse o visitar durante la colocación en servicios fuera de casa, pero no participa en la planificación ni en la implementación de los servicios. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador no está implicado en los servicios y desea que lo retiren del cuidado del niño. |

ASPECTO MÉDICO/DE SALUD FÍSICA

Este elemento hace referencia a los problemas médicos o físicos que el cuidador puede tener que obstaculizan o limitan su capacidad de ocuparse del niño. Con este elemento, no se valora la depresión ni otros problemas de salud mental.

| Valoraciones y descripciones | |
|------------------------------|--|
| Preguntas para considerar | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Sin evidencia de problemas médicos o físicos. En términos generales, el cuidador es saludable. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Existen antecedentes o sospecha de problemas médicos/físicos, o el cuidador se está recuperando de un problema de este tipo. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador tiene problemas médicos/físicos que interfieren en sus funciones parentales respecto del niño. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador tiene problemas médicos/físicos que imposibilitan sus funciones parentales respecto del niño en este momento. |

CONOCIMIENTO

Con este elemento, se identifica el conocimiento que tiene el cuidador sobre las fortalezas y necesidades del niño, y la capacidad del niño para comprender la justificación del tratamiento o el manejo de estos problemas.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿El cuidador entiende las necesidades del niño?• ¿Tiene la información necesaria para atender las necesidades del niño? | <p>0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Sin evidencia de problemas de conocimiento por parte del cuidador. Sabe todo sobre las fortalezas y las necesidades, los talentos y las limitaciones del niño.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Si bien en términos generales sabe sobre el niño, tiene algunas falencias leves en cuanto al conocimiento o la comprensión de las necesidades, los talentos, las habilidades y los recursos del niño.</p> |
| | <p>2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> No conoce ni comprende bien al niño y tiene falencias importantes en su capacidad de relacionarse con las necesidades y las fortalezas del niño.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Tiene escasa o nula comprensión de la condición actual del niño. La falta de conocimiento por parte del cuidador de las fortalezas y necesidades del niño lo ponen a este en riesgo de sufrir resultados negativos significativos.</p> |

Información complementaria: este elemento es quizá uno de los más sensibles a los problemas de sensibilidad cultural. Es natural pensar que lo que el evaluador sabe también debería saberlo la otra persona y, de lo contrario, se considera un problema de conocimiento. Para minimizar los problemas culturales, se recomienda considerar este elemento en términos de si existe información que pueda ponerse a disposición de los cuidadores para que mejoren su eficacia a la hora de interactuar con sus hijos. Además, el entendimiento que tengan los cuidadores del diagnóstico del niño y cómo se manifiesta en su conducta debe considerarse al valorar este elemento.

ORGANIZACIÓN

Este elemento se usa para valorar la capacidad del cuidador para organizar y manejar el hogar dentro del contexto de los servicios comunitarios intensivos.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Los cuidadores necesitan o desean ayuda para manejar el hogar?• ¿Tienen problemas para asistir a las citas o cumplir un cronograma?• ¿Tienen problemas para llevar al niño a las citas o a la escuela? | <p>0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El cuidador está bien organizado y es eficiente.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Tiene dificultades mínimas para organizar y mantener el hogar a fin de apoyar los servicios necesarios. Por ejemplo, tiende a olvidarse de las citas o en ocasiones no devuelve las llamadas del administrador de casos.</p> |
| | <p>2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> Tiene dificultades moderadas para organizar y mantener el hogar a fin de apoyar los servicios necesarios.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> No puede organizar el hogar para apoyar los servicios necesarios.</p> |

RECURSOS ECONÓMICOS

Con este elemento, se valora la situación económica de la familia.

Preguntas para considerar

- ¿El cuidador ha tenido problemas económicos?
- ¿Le preocupa que el dinero no alcance para atender las necesidades de su familia?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.*
El cuidador tiene suficientes recursos económicos para criar al niño.
-
- 1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.*
El cuidador tiene algunos recursos financieros que le ayudan activamente con la crianza del niño. Aquí se valoraría si tiene antecedentes de problemas para conseguir suficientes recursos económicos.
-
- 2 *La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.*
El cuidador tiene recursos financieros limitados que podrían ayudarle con la crianza del niño.
-
- 3 *La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.*
El cuidador no tiene recursos financieros que le ayuden con la crianza del niño. El cuidador necesita recursos financieros.

Información complementaria: en este elemento, se muestra si los padres tienen o no la capacidad de confiar en recursos económicos para cubrir las necesidades del niño. Esto no indica que las familias que tengan ingresos limitados no tengan fortalezas en esta área, ya que podrían demostrar una gran capacidad de limitar sus gastos y hacer rendir sus recursos. Una familia que gasta por encima de sus posibilidades y luego no tiene la capacidad de cubrir las necesidades económicas del niño y la familia no obtendrían una puntuación alta en esta área. El objetivo es determinar si la familia tiene los recursos para cubrir las necesidades del niño y qué tan bien los manejan.

RECURSOS SOCIALES

Con este elemento, se valoran los recursos sociales (p. ej., familia extendida) y los recursos que el cuidador puede usar para abordar las diferentes necesidades del niño y la familia.

Preguntas para considerar

- ¿La familia tiene una familia extendida o amigos que brindan apoyo emocional?
- ¿Pueden pedir ayuda a sus apoyos sociales para que cuiden del niño ocasionalmente?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.*
Tiene redes sociales y familiares significativas que ayudan activamente con el cuidado.
-
- 1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.*
Tiene algunas redes sociales, familiares o de amigos que ayudan activamente con el cuidado.
-
- 2 *La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.*
Se requiere tomar medidas para que una red familiar, social o de amigos participe y ayude con el cuidado.
-
- 3 *La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.*
No tiene redes sociales o familiares que ayuden con el cuidado.

ESTABILIDAD RESIDENCIAL/DE VIVIENDA

Con este elemento, se valora la estabilidad de vivienda de los cuidadores y no incluye la posibilidad de que el niño sea retirado del hogar.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El cuidador se ha mudado varias veces en el pasado?• ¿Es estable la situación de vivienda actual del cuidador?• ¿La vivienda actual satisface adecuadamente las necesidades del cuidador?• ¿Existen preocupaciones de una posible mudanza en el futuro cercano? | <p>0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El cuidador tiene una situación de vivienda estable sin riesgos conocidos de inestabilidad.</p> <hr/> <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El cuidador tiene una situación de vivienda relativamente estable, pero se mudó hace poco o hay indicios de problemas de vivienda que podrían producir una alteración de esta situación.</p> <hr/> <p>2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador se mudó varias veces el año pasado. La situación de vivienda es inestable.</p> <hr/> <p>3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> La familia no tiene hogar, o ha estado sin hogar hace poco.</p> |

Información complementaria: la importancia de tener una situación de vivienda estable y adecuada es esencial para la experiencia de los padres y del niño. Probablemente no haya otro entorno en el que los niños pequeños pasen tanto tiempo, y la necesidad de una vivienda segura y protegida es significativa para ellos. Los niños que no tienen cubierta esta necesidad pueden presentar una mayor ansiedad y menos confianza en el hecho de que se atenderán sus necesidades. Los niños que se mudan varias veces también podrían tener problemas para crear una rutina y para sentir los beneficios de la predictibilidad. Para valorar este elemento, se les puede pedir a las familias que hablen de sus experiencias de mudanza y si creen que sería necesario mudarse en el futuro.

SEGURIDAD

Con este elemento, se describe la capacidad del cuidador de mantener la seguridad del niño dentro del hogar. No hace referencia a la seguridad de otros familiares o miembros del hogar según los peligros presentados por el niño evaluado.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El cuidador puede proteger al niño de peligros en el hogar?• ¿Hay personas que vivan o visiten el hogar que podrían abusar del niño? | <p>0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Sin evidencia de problemas de seguridad. El hogar es seguro. El niño no corre riesgo de otras personas.</p> <hr/> <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El hogar es seguro, pero existen preocupaciones sobre la seguridad del niño debido a antecedentes u otras personas que podrían abusar de él.</p> <hr/> <p>2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El niño corre cierto peligro a causa de una o más personas que acceden al hogar.</p> <hr/> <p>3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El niño corre un peligro inmediato a causa de una o más personas que acceden al hogar sin supervisión.</p> |

Todos los referentes deben por ley denunciar un supuesto abuso o desatención del niño.

ESTRÉS FAMILIAR

Este elemento marca el impacto del control de las necesidades emocionales y de comportamiento del niño en el nivel de estrés familiar.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">• ¿Les resulta por momentos estresante a los cuidadores manejar los desafíos de abordar las necesidades del niño?• ¿El estrés alguna vez interfiere en la capacidad para cuidar al niño? | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Sin evidencia de que el cuidador tenga problemas para manejar el estrés por las necesidades del niño, o el cuidador puede manejar el estrés por las necesidades del niño. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Existen antecedentes o sospecha de que el cuidador tiene algunos problemas para manejar el estrés por las necesidades del niño. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador tiene problemas considerables para manejar el estrés por las necesidades del niño. Este estrés interfiere en su capacidad de brindar cuidado. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador no puede manejar el estrés relacionado con las necesidades del niño. Este estrés imposibilita las funciones parentales del cuidador. |

EMPATÍA HACIA EL NIÑO

Este elemento hace referencia a la capacidad del cuidador de entender y responder a la alegría, tristeza y otras emociones del niño con emociones parecidas o que sean beneficiosas.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">• ¿Es el cuidador capaz de empatizar con el niño?• ¿Está en capacidad de responder a las necesidades del niño de una forma emocionalmente adecuada?• ¿Su nivel de empatía está afectando el desarrollo del niño? | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El cuidador tiene empatía emocional y atiende las necesidades emocionales del niño. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El cuidador puede tener empatía emocional y usualmente atiende las necesidades emocionales del niño. Sin embargo, por momentos, el cuidador no puede atender estas necesidades. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador no suele ser empático y, con frecuencia, no es capaz de atender las necesidades emocionales del niño. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador tiene dificultades significativas para responder emocionalmente. No es empático y rara vez atiende las necesidades emocionales del niño. |

RELACIÓN FAMILIAR CON EL SISTEMA

Con este elemento, se describe el nivel en el que la aprensión de la familia para participar con el niño en los sistemas de atención (salud, protección infantil, atención temprana) genera un obstáculo para recibir atención. Por ejemplo, si una familia se niega a participar en reuniones de equipo porque desconfían de las intenciones de los proveedores que conforman el equipo, estos deben considerar esta aprensión y entender su posible efecto en la prestación o recepción de los servicios. Estos factores complicados pueden ocasionar un malestar generalizado con los sistemas de servicios para el niño y es posible que requieran que el proveedor de atención reconsidere su enfoque.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El cuidador no expresa inquietudes sobre participar en el sistema de asistencia formal. |
| • ¿El cuidador expresa cierta vacilación para participar en servicios formales? | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El cuidador expresa cierta vacilación para participar en el sistema de asistencia formal que se rectifica fácilmente con una comunicación clara sobre las intenciones o los asuntos pasados en relación con este sistema. |
| • ¿Cómo afecta esta vacilación su compromiso con la atención del niño? | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador expresa vacilación para participar en el sistema de asistencia formal que requiere análisis significativos y posibles revisiones del plan de tratamiento. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> La vacilación del cuidador para participar en el sistema de asistencia formal impide la participación de la familia en el equipo de tratamiento en este momento. Cuando esto sucede, quizás sea necesario el desarrollo de un plan de tratamiento alternativo. |

SALUD MENTAL

Este elemento hace referencia a un problema de salud mental grave (sin incluir el abuso de sustancias) de los cuidadores que podría limitar su capacidad de ocuparse del niño.

Preguntas para considerar

- ¿Los cuidadores tienen dificultades con problemas emocionales, como depresión o ansiedad?
- En caso afirmativo, ¿esto dificulta la interacción del cuidador con el niño o con otras personas?
- ¿El cuidador tuvo problemas en el pasado?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.*
Sin evidencia de problemas de salud mental del cuidador.
-
- 1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.*
Existen antecedentes o sospecha de problemas de salud mental, o el cuidador se está recuperando de un problema de salud mental.
-
- 2 *La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.*
Los problemas de salud mental del cuidador interfieren en sus funciones.
-
- 3 *La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.*
El cuidador tiene problemas de salud mental que imposibilitan sus funciones parentales respecto del niño en este momento.

Información complementaria: los bebés y los niños pequeños necesitan principalmente a padres que estén disponibles emocionalmente, que sean recíprocos en sus interacciones y tengan la capacidad de atender sus necesidades. Cuando los padres tienen dificultades con síntomas complicados asociados con problemas de salud mental, es posible que todas estas necesidades se satisfagan inadecuadamente o de forma intermitente. Se han llevado a cabo muchas investigaciones sobre cómo la depresión de los padres afecta a los niños. Carter, Osofsky y Hahn (1991) demostraron que había alteraciones en los patrones de regulación afectiva de los bebés cuando tenían padres con depresión. Además, Murray y Cooper (1997) informaron que se habían observado dos patrones negativos de interacción (retraído-hostil y hostil-intrusivo) con madres deprimidas en su investigación. Se ha demostrado que estos dos patrones interfieren con el desarrollo cognitivo y emocional de los bebés. Los problemas relacionados con la ansiedad o el trauma también tienen el potencial de causar varias dificultades en los niños. Los niños con padres que son ansiosos pueden presentar ansiedad debido a cómo responden a las señales sociales de los padres o a la interferencia con la rutina de cuidados. Las enfermedades mentales graves se valoran con 2 o 3 a menos que la persona esté en recuperación.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Con este elemento, se valora el impacto de un consumo notable de sustancias por parte de los cuidadores que podría limitar su capacidad de ocuparse del niño.

Preguntas para considerar

- En caso de que el cuidador consuma alcohol o drogas ilegales, ¿consideran que es un problema?
- ¿Otras personas sí consideran que es un problema?
- En caso afirmativo, ¿el cuidador piensa que afecta su capacidad de crianza de alguna forma?
- ¿Al cuidador le gustaría recibir ayuda en esta área?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.*
Sin evidencia de problemas de consumo de sustancias por parte del cuidador.
-
- 1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.*
Existen antecedentes, sospecha o un leve consumo de sustancias, o el cuidador se encuentra en recuperación por problemas de consumo de sustancias, pero no hay interferencia en sus funciones parentales.
-
- 2 *La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.*
El cuidador tiene algunos problemas de consumo de sustancias que interfieren en sus funciones parentales.
-
- 3 *La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.*
El cuidador tiene problemas de consumo de sustancias que imposibilitan sus funciones parentales respecto del niño en este momento.

Información complementaria: es importante tener en cuenta que lo que usualmente pone a los bebés en un mayor riesgo en relación con el abuso de sustancias de sus padres es la exposición a los múltiples riesgos que usualmente se asocian con el abuso de sustancias. Debido a los efectos del abuso de sustancias, los padres suelen vivir en la pobreza, llevar estilos de vida desorganizados y caóticos, sufrir estrés y estar expuestos a la violencia (Lester y Tronick, 1994). Debido a la importancia fundamental de formar una relación de apego seguro en los primeros años de vida, un niño pequeño que tenga padres que abusen de las sustancias podría sufrir un riesgo considerable. Además, también se ha determinado que cuando se combina la exposición prenatal a drogas y la persistencia del consumo de sustancias, el niño está en mayor riesgo de tener problemas de aprendizaje y de comportamiento (Lester y Tronick, 1994; Kaplan-Sanoff, 1996).

Los trastornos relacionados con las sustancias se valoran con 2 o 3 a menos que la persona esté en recuperación.

DESARROLLO

Con este elemento, se describe la existencia de una capacidad cognitiva limitada o discapacidades del desarrollo que representan desafíos para la capacidad del cuidador de ocuparse del niño.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">¿El cuidador tiene problemas del desarrollo que dificultan sus funciones parentales respecto del niño?¿Recibe servicios? | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Sin evidencia de problemas o discapacidades del desarrollo del cuidador. El cuidador no tiene necesidades relacionadas con el desarrollo. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El cuidador tiene problemas del desarrollo. Los problemas del desarrollo actualmente no interfieren en sus funciones parentales. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador tiene problemas del desarrollo que interfieren en sus funciones parentales respecto del niño. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador tiene problemas graves del desarrollo que imposibilitan sus funciones parentales respecto del niño en este momento. |

CONOCIMIENTO DE OPCIONES DE SERVICIOS

Este elemento hace referencia a las opciones que podría tener la familia en cuanto a tratamientos, intervenciones u otros servicios específicos que podrían ayudarle a abordar sus necesidades o las de uno de los miembros de la familia.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">¿El cuidador entiende cuáles servicios tienen a su disposición él y el niño? | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Entiende bien las opciones de servicios. |
| | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Entiende las opciones de servicios, pero podría necesitar algo de ayuda para conocer determinados aspectos de estos. |
| | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> Necesita ayuda para identificar y entender las opciones de servicios. |
| | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> No es capaz de identificar ni entender las opciones de servicios y necesita bastante ayuda. |

ACCESO A SERVICIO DE CUIDADO INFANTIL

En este elemento, se describe el acceso o la disponibilidad de la familia o el cuidador a los servicios de cuidado infantil.

| | | |
|---------------------------|------------------------------|--|
| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones | |
| | 0 | <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> Tiene acceso a servicios adecuados de cuidado infantil o no tiene necesidad de usarlos (por ejemplo, el cuidador es el único proveedor de cuidado infantil y no necesita usar otros servicios de cuidado). |
| | 1 | <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Tiene algo de acceso a algunos servicios de cuidado infantil y los servicios disponibles apenas satisfacen las necesidades de cuidado. |
| | 2 | <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> Tiene acceso limitado a los servicios de cuidado infantil. Los servicios actuales no satisfacen las necesidades del cuidador ni la familia. |
| | 3 | <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> No tiene acceso a los servicios de cuidado infantil necesarios. |

RESPUESTA EMOCIONAL DEL CUIDADOR

Con este elemento, se valora la capacidad del cuidador y el niño de interactuar de una forma segura, amorosa y coherente.

| | | |
|---------------------------|------------------------------|---|
| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones | |
| | 0 | <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> El cuidador responde emocionalmente y atiende las necesidades emocionales del niño; el niño busca continuamente consuelo, seguridad y las reacciones del cuidador. |
| | 1 | <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> Puede responder a las necesidades emocionales del niño y ofrece consuelo y atención. Sin embargo, por momentos, el cuidador no puede atender estas necesidades emocionales o el niño no lo busca para que lo apoye. |
| | 2 | <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> El cuidador y el niño tienen un hábito de interactuar de formas poco saludables o de evitar interactuar. Este hábito de interacción interfiere con el funcionamiento del niño. |
| | 3 | <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador tiene dificultades significativas para responder emocionalmente. No es empático y rara vez atiende las necesidades emocionales del niño. El niño llama la atención de formas poco saludables o evita interactuar con el cuidador. Este hábito de interacción en la relación es peligroso o incapacitante para el niño. |

CAPACIDAD DE USAR RECURSOS DEL CUIDADOR

Este elemento hace referencia a la capacidad del cuidador de reconocer las fortalezas ambientales y ponerlas en práctica para respaldar el desarrollo saludable del niño. Esto incluye formas de satisfacer sus necesidades de una forma positiva. Un ejemplo puede ser acceder a recursos comunitarios y de otro tipo para el cuidador, el niño o la familia.

| | |
|--|--|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando hay una necesidad individual o familiar, ¿el cuidador sabe a dónde debe pedir ayuda? • ¿El cuidador entiende bien cuáles servicios o recursos específicos tiene a su disposición en la comunidad? | <p>Valoraciones y descripciones</p> |
| | <p>0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i></p> <p>Tiene buenas habilidades para encontrar y hacer uso de los recursos necesarios para ayudar al niño a manejar las dificultades.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i></p> <p>Tiene algunos problemas para encontrar los recursos necesarios para ayudar al niño a llevar un estilo de vida saludable y, algunas veces, necesita ayuda para identificar y acceder a estos recursos.</p> |
| | <p>2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i></p> <p>Tiene habilidades limitadas para encontrar los recursos necesarios que se requieren para ayudar al niño a llevar un estilo de vida saludable y necesita ayuda temporal para identificar y acceder a estos recursos.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i></p> <p>No tiene habilidades para encontrar los recursos necesarios que se requieren para ayudar al niño a llevar un estilo de vida saludable y necesita ayuda continua para identificar y acceder a estos recursos.</p> |

ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR A EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

Este elemento cubre las reacciones de los cuidadores a una gran variedad de experiencias traumáticas que dificultan la capacidad de estos de brindar cuidados al niño.

| | |
|--|--|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿El cuidador ha sufrido un evento traumático? • ¿El cuidador tiene pesadillas frecuentes? • ¿Tiene problemas con las escenas retrospectivas? • ¿Cuáles son las habilidades de afrontamiento actuales del cuidador? | <p>Valoraciones y descripciones</p> |
| | <p>0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i></p> <p>Sin evidencia de que el cuidador haya sufrido un trauma O hay evidencia de que el cuidador se ha adaptado bien a sus experiencias traumáticas.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i></p> <p>Tiene problemas leves de adaptación y muestra algunos signos de malestar O tiene antecedentes de dificultades de adaptación a las experiencias traumáticas.</p> |
| | <p>2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i></p> <p>Tiene problemas notables de adaptación y presenta síntomas como reacción a un evento traumático (p. ej., ira, depresión y ansiedad).</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i></p> <p>Tiene problemas con el estrés postraumático. Los síntomas podrían incluir pensamientos intrusivos, hipervigilancia, ansiedad constante y otros síntomas frecuentes del trastorno de estrés postraumático (TEPT).</p> |

VINCULACIÓN LEGAL

Con este elemento, se valora el nivel de vinculación del cuidador con el sistema judicial, que afecta sus funciones parentales. Esto incluye divorcio, litigios civiles, custodia, desalojos, problemas sobre la propiedad, compensación al trabajador, inmigración, etc.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| Preguntas para considerar | 0 <i>Sin necesidad actual; sin necesidad de tomar medidas. Esto puede ser un recurso para el niño.</i> No se conoce que el cuidador tenga dificultades legales. |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguno de los cuidadores está encarcelado o con libertad condicional? | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos. Esto puede ser una oportunidad para desarrollar recursos.</i> El cuidador tiene antecedentes de problemas legales, pero actualmente no está vinculado con el sistema legal. |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguno de los cuidadores tiene problemas de inmigración o con documentación legal? | 2 <i>La necesidad interfiere en la prestación de cuidados; es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada.</i> Tiene algunos problemas legales y actualmente está vinculado con el sistema legal. |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿El cuidador está implicado en litigios civiles, custodia o juzgado de familia? | 3 <i>La necesidad impide la prestación de cuidados; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El cuidador tiene problemas legales graves actuales o pendientes que lo ponen en riesgo de ser encarcelado. El cuidador necesita una intervención general y comunitaria inmediata. Aquí se valoraría a un cuidador que está encarcelado. |

DOMINIO DE NECESIDADES Y PROBLEMAS EMOCIONALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DE SALUD MENTAL

Las valoraciones de esta sección identifican las necesidades de salud del comportamiento del niño. Si bien la CANS no es una herramienta de diagnóstico, está diseñada para ser compatible con la comunicación del diagnóstico. En el DSM, el diagnóstico se define por un conjunto de síntomas que se asocian con una disfunción o un malestar. Esto es compatible con las valoraciones de 2 o 3, según se describe en los niveles de acción que figuran a continuación.

Pregunta para considerar en este dominio: ¿Cuáles son las necesidades sociales, emocionales y de comportamiento del niño?

Para el **dominio de necesidades y problemas emocionales, del comportamiento y de salud mental**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.
- 1 Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.
- 2 Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.
- 3 La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.

Estos elementos deben considerarse en términos de lo que es adecuado para la edad y el nivel de desarrollo del niño.

APEGO

Este elemento debe valorarse en el contexto de las relaciones significativas del niño con sus padres o cuidadores.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño se acerca o se apega a extraños de forma indiscriminada? • ¿Tiene la capacidad para establecer vínculos saludables con los adultos adecuados, o sus relaciones están marcadas por un miedo intenso o por la evasión? • ¿Tiene problemas de ansiedad por separación que interfieren en la capacidad de participar en la guardería o el preescolar? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de problemas de apego. La relación entre el cuidador y el niño se caracteriza por la satisfacción mutua de las necesidades y el desarrollo del niño de un sentido de seguridad y confianza. Busca un contacto con el cuidador adecuado para su edad, tanto para sus necesidades de crianza como de seguridad.</p> <hr/> <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Los bebés parecen incómodos con los cuidadores, pueden resistirse a que los toquen o parecer ansiosos y excesivamente apegados en ocasiones. Los cuidadores no se sienten conectados con el bebé. Los niños mayores pueden reaccionar demasiado a la separación o parecer preocupados por sus padres. Los límites con los demás pueden parecer inadecuados.</p> <hr/> <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Los bebés pueden no demostrar ansiedad ante los extraños o tener reacciones extremas a la separación, lo que provoca una interferencia en el desarrollo. Los niños mayores pueden tener problemas constantes con la separación, evitar sistemáticamente a los cuidadores y tener límites inadecuados con los demás, lo que los pone en peligro. (continúa)</p> |

APEGO (continuación)

3 *La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.*

El bebé/niño quizás no pueda separarse o calmarse tras la separación del cuidador. Los niños mayores pueden tener una ansiedad por separación incapacitante o exhibir conductas extremadamente controladoras frente al cuidador. Aquí se valoraría a los niños cuyos límites indiscriminados los ponen en peligro. Aquí se valoraría a aquellos diagnosticados con el trastorno de apego reactivo.

Información complementaria: el apego hace referencia a la relación especial entre el niño y sus cuidadores principales, y que se consolida en el primer año de vida. A medida que el bebé vaya teniendo experiencias en las que se satisfacen sus necesidades en los primeros meses de vida, empiezan a asociar la gratificación y la seguridad en una relación de cuidados. En último término, esto da como resultado sentimientos de afecto y, para los 8 meses, un bebé usualmente mostrará preferencia por los cuidadores principales. Un bebé que no tiene experiencias en las que se satisfacen o se responde a sus necesidades de una forma constante y predecible usualmente presentará un patrón de apego inseguro. Se han realizado muchas investigaciones sobre los beneficios de un apego seguro y estos son trascendentales. Levy (1998) resume estos beneficios como fomento del desarrollo positivo de la autoestima, independencia y autonomía, control de impulsos, desarrollo de una conciencia moral, amistades duraderas, habilidades de afrontamiento prosociales, relaciones con cuidadores y adultos, confianza, intimidad y afecto, empatía, compasión, buen comportamiento, rendimiento académico y la capacidad de formar apegos seguros con sus propios hijos cuando sean adultos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la mayoría de los estudios sobre apego y sus efectos se han efectuado en familias occidentales de clase media (Keller, 2018).

Síntomas de posibles problemas de apego en la primera infancia:

- Falta de preferencia por los cuidadores principales.
- Afecto indiscriminado por adultos desconocidos.
- Falta de expectativas sobre la satisfacción de sus necesidades.
- Ausencia de comportamientos de búsqueda de consuelo cuando se hace daño o siente malestar.
- Busca el consuelo de una manera atípica.
- Apego excesivo.
- Poca tolerancia a la separación.
- Reacciones raras o variadas cuando se reúne con el cuidador.
- Bajo nivel de obediencia a los cuidadores.
- Comportamientos controladores.
- Ausencia de comportamientos de exploración.
- Bajo nivel de afecto o contacto físico en la relación entre el cuidador y el niño.

Es importante tener en cuenta que los casos individuales y los niños de otras culturas y familias pueden mostrar el apego seguro o inseguro de otras formas. Los adultos deben observar a los niños para ver cómo expresan si se sienten seguros o no, pero reconociendo que posiblemente, en algunas culturas y familias, los sentimientos no se expresen de forma tan abierta como en otras. Además, algunas culturas promueven que los niños sean independientes, así que para esos niños, jugar de forma independiente no necesariamente significa que se están aislando de las relaciones (Wittmer, 2011).

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Después de la pérdida permanente de un cuidador principal o una figura de apego, una valoración de 2 o 3 relacionada con poca tolerancia a la separación podría ser un síntoma de **trastorno de duelo complejo en la primera infancia**.
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con poca tolerancia a la separación podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de ansiedad por separación**.
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con afecto indiscriminado con adultos desconocidos podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de relación social desinhibida**.
- Una valoración de 2 o 3 que sea específica para un cuidador podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de relación específica**.
- Cuando se evalúa después de una desatención grave en el aspecto social, una valoración de 3 podría corresponder con los síntomas de **trastorno de apego reactivo**.

IMPULSIVIDAD/HIPERACTIVIDAD

Aquí se valoran los problemas con el control de los impulsos y los comportamientos impulsivos, incluidos los problemas motores. Esto incluye síntomas conductuales relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos del control de los impulsos, según se indica en el DSM-5. Los niños con problemas de impulsividad tienden a actuar sin pensar, independientemente de las consecuencias.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño no puede sentarse quieto durante un cierto tiempo que es típico de su desarrollo?• ¿Puede controlar su comportamiento en un nivel adecuado desde el punto de vista del desarrollo? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de síntomas de pérdida de control del comportamiento.</p> <hr/> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Existen antecedentes o evidencia de niveles leves de impulsividad que se observa en las acciones o los pensamientos que ponen al niño en riesgo de tener futuras dificultades de funcionamiento. Puede demostrar un control limitado de los impulsos (p. ej., puede responder gritando a preguntas o tener dificultad para esperar su turno). También puede haber algunas dificultades motrices, como empujar o tironear a los demás.</p> <hr/> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Evidencia clara de problemas con el comportamiento impulsivo, distraído o hiperactivo que interfiere en el funcionamiento del niño en al menos un dominio de la vida diaria. Esto identifica a un niño con comportamiento impulsivo que podría representar un problema de control significativo para los adultos (p. ej., cuidadores, maestros, etc.). Aquí se valoraría un niño que a menudo importuna a los demás y a menudo muestra impulsos agresivos.</p> <hr/> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Evidencia clara de un nivel peligroso de hiperactividad o comportamiento impulsivo que pone al niño en riesgo de daño físico. Esto identifica a un niño con niveles frecuentes y significativos de comportamiento impulsivo que implica un riesgo de seguridad considerable (p. ej., correr por la calle, juegos físicos peligrosos). El niño puede ser impulsivo casi todo el tiempo. Se pone en peligro o pone en peligro a los demás con comportamientos impulsivos.</p> |

Información complementaria: los síntomas de TDAH se encuentran entre los motivos más frecuentes de derivación a profesionales de la salud mental en la primera infancia. Aunque los niños pequeños tienen mayores niveles de inatención, hiperactividad e impulsividad que los niños mayores, algunos niños pequeños presentan formas extremas de estas características, incluso desde muy pequeños.

Posibles síntomas de inatención en la primera infancia (ZTT, 2016)

- No prestar atención a los detalles en el juego, las actividades de la vida diaria o las actividades estructuradas (p. ej., tiene accidentes o comete errores que no son los esperados para su nivel de desarrollo).
- Tiene dificultades para concentrarse en las actividades o jugar.
- No acata las peticiones u órdenes verbales, especialmente si está en medio de una actividad que le gusta (p. ej., el cuidador tiene que llamarlo por su nombre varias veces antes de que el niño se dé cuenta).
- Se distrae cuando intenta seguir instrucciones de varios pasos y no termina la actividad.
- Tiene dificultades para realizar actividades secuenciales adecuadas para su edad (p. ej., vestirse, seguir rutinas en el servicio de cuidado infantil o en casa).
- Evitar o quejarse de las actividades que requieren mantener la atención (p. ej., leer un libro con uno de los padres o hacer un rompecabezas).
- Perder cosas que usa con frecuencia (p. ej., su animal de peluche favorito, zapatos).
- Se distrae con cosas que oye o ve (p. ej., sonidos de otra habitación u objetos o actividades que ve por la ventana).
- Parece que olvida lo que está haciendo en actividades rutinarias comunes. (continúa)

IMPULSIVIDAD/HIPERACTIVIDAD (continuación)

Posibles síntomas de hiperactividad/impulsividad en la primera infancia (ZTT, 2016)

- Se retuerce o está inquieto cuando se espera que esté quieto, incluso por períodos breves.
- Se levanta del asiento durante las actividades cuando se espera que se quede sentado (p. ej., actividades en círculo, comida, oración).
- Se sube a los muebles o a otros objetos inadecuados.
- Hace más ruido que otros niños pequeños y tiene problemas para jugar en silencio.
- Muestra una actividad motora excesiva y energía no dirigida a un fin (actúa como si lo “impulsara un motor”).
- Habla demasiado.
- Tiene dificultad para esperar su turno en las conversaciones o respetar el turno de los demás (p. ej., interrumpe mientras otros hablan).
- Tiene dificultades para esperar el turno en las actividades o esperar a que se atiendan sus necesidades.
- Interrumpe en el juego o en otras actividades (p. ej., les quita los juguetes o se inmiscuye en actividades de otros niños pequeños, interrumpe un juego que ya está en marcha).

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Después de un evento traumático, una valoración de 2 o 3 relacionada con inatención o hiperactividad podría corresponder con síntomas de **trastorno de estrés postraumático (TEPT)** (*consulte el elemento de adaptación al trauma*).
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con inatención e hiperactividad podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno de hiperactividad en niños pequeños (OADT)**.
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con inatención podría corresponder con síntomas de **trastorno depresivo de la primera infancia** (*consulte el elemento de depresión/tristeza*).

AGRESIÓN

Con este elemento, se valora el comportamiento violento o agresivo del niño. La intención de este comportamiento es causar un daño físico importante a otras personas. Una valoración de 2 o 3 indicaría que los cuidadores no pueden corregir/controlar los comportamientos agresivos del niño. **El niño debe tener al menos 24 meses de edad para que se valore este elemento.**

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño alguna vez intentó lastimar a otra persona o a un animal a propósito? • ¿Pega, pateo, muerde o arroja objetos a los demás con intención de lastimarlos? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia o antecedentes de comportamientos agresivos o agresión verbal significativa hacia los demás (incluidas personas y animales).</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Existen antecedentes de comportamiento agresivo hacia personas o animales, o los cuidadores expresaron su inquietud respecto de la agresión.</p> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Evidencia clara de comportamiento agresivo hacia otros en los últimos 30 días. Los intentos del cuidador de redirigir o cambiar los comportamientos no han tenido éxito.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El niño muestra un nivel actual peligroso de comportamiento agresivo que incluye la amenaza de dañar a animales o personas. Los cuidadores no pueden mediar ante este comportamiento peligroso.</p> |
| | N/A El niño tiene menos de 24 meses de edad. |

Información complementaria: en el período de la primera infancia, los bebés y niños pequeños están aprendiendo habilidades importantes para hacerse valer, comunicar sus gustos y aversiones, y actuar de forma independiente (dentro de sus posibilidades). Al mismo tiempo, todavía tienen una capacidad limitada de autocontrol. Como resultado, los comportamientos agresivos en la primera infancia no son poco frecuentes y suelen ser uno de los motivos por los que los padres buscan ayuda para sus hijos. (continúa)

AGRESIÓN (continuación)

Como en la mayoría de los aspectos del desarrollo, hay una gran variabilidad entre los niños con respecto a comportarse agresivamente. Los niños que son más intensos y reaccionan fuertemente tienden a tener más dificultades para manejar sus emociones que los niños que son más relajados por naturaleza. Los niños que reaccionan fuertemente dependen mucho más de las acciones para comunicar las emociones intensas. Además, los patrones de comportamientos agresivos pueden cambiar a lo largo del desarrollo y la agresión (pegar, patear, morder, etc.) usualmente llega a su punto álgido a los 2 años, que coincide con un momento en que los niños pequeños tienen emociones fuertes, pero todavía no son capaces de usar el lenguaje de forma eficaz para expresarse. En algunos casos, pueden aparecer comportamientos agresivos cuando un niño está sintiendo malestar emocional, como después de una experiencia traumática o en el contexto de problemas de relaciones con los cuidadores.

Los momentos agresivos pueden ser muy problemáticos para los padres, ya que estos pueden esperar que el niño tenga más capacidad de autocontrol de la que tiene. Esta etapa del desarrollo puede ser muy confusa para los padres porque aunque un niño pequeño puede tener la capacidad de decir cuál es la regla, todavía no tiene suficiente control de impulsos para contenerse y no hacer algo que desea hacer. En estos momentos, es importante que los cuidadores intenten identificar los sentimientos o el objetivo del niño que podría ser la causa del comportamiento agresivo y usar esa situación como una oportunidad de hacer de modelo o enseñar habilidades de regulación emocional (Lerner y Parlakian, 2016).

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno de ira y agresión desregulada en la primera infancia (DDAA)**.
- Una valoración de 2 o 3 que sea específica para la interacción con un cuidador podría corresponder con síntomas de **trastorno de relación específica**.

COMPORTAMIENTOS ATÍPICOS

Con este elemento, se describen los comportamientos ritualizados o estereotipados (en los que el niño repite determinadas acciones una y otra vez) o se demuestran comportamientos que son inusuales o difíciles de entender. Los comportamientos pueden incluir meterse cosas en la boca después de cumplir 1 año, sacudir violentamente la cabeza, oler objetos, dar vueltas, girar, agitar las manos, chasquear los dedos, mecerse, caminar en puntillas, mirar fijamente las luces o tener verbalizaciones repetitivas y extrañas.

Preguntas para considerar

- ¿El niño muestra comportamientos que son inusuales o difíciles de entender?
- ¿Tiene determinadas acciones repetitivas?
- ¿Los comportamientos inusuales o las acciones repetitivas interfieren en su funcionamiento?

Valoraciones y descripciones

- | | |
|---|--|
| 0 | <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de comportamientos atípicos (comportamientos repetitivos o estereotipados) en el niño. |
| 1 | <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Los cuidadores o personas conocidas informaron comportamientos atípicos (comportamientos repetitivos o estereotipados) que pueden interferir de manera leve u ocasional en el funcionamiento del niño. |
| 2 | <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Las personas desconocidas generalmente notan comportamientos atípicos (comportamientos repetitivos o estereotipados) que tienen una interferencia notable en el funcionamiento del niño. |
| 3 | <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Los comportamientos atípicos (comportamientos repetitivos o estereotipados) se producen con mucha frecuencia y son incapacitantes o peligrosos. |

Información complementaria: los comportamientos restringidos y repetitivos se consideran desde hace mucho una de las características centrales del autismo. Anteriormente, se consideraba que los comportamientos restringidos y repetitivos eran poco frecuentes en los niños en edad preescolar o niños pequeños con autismo. Esta idea se ha disputado en estudios recientes que notificaron que estos comportamientos se presentaban en niños en edad preescolar, niños pequeños y hasta bebés de 8 meses que posteriormente se diagnostican con autismo. Sin embargo, en edades tempranas, los comportamientos restringidos y repetitivos no son exclusivos de niños con trastorno del espectro autista (TEA), sino que también se encuentran en niños con otros trastornos, como discapacidad intelectual y trastornos del lenguaje y también se presentan en niños con desarrollo típico (Kim y Lord, 2010). (continúa)

COMPORTAMIENTOS ATÍPICOS (continuación)

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno del espectro autista (TEA)** o **trastorno temprano atípico del espectro autista (EAASD)**.
- Cuando el niño muestra comportamientos atípicos para reducir el malestar o la ansiedad, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)**. Algunos de los comportamientos atípicos más frecuentes relacionados con el TOC, conocidos como compulsiones, son lavarse, verificar, repetir, reordenar o reorganizar, contar, tocar y frotar.
- Una valoración de 2 o 3 relacionada con arrancarse el cabello o picarse la piel podría corresponder con un diagnóstico de **tricotilomanía** o **trastorno de excoriación en la primera infancia**, respectivamente.
- Cuando los comportamientos atípicos son arrítmicos (tics), una valoración de 2 o 3 podría corresponder con un diagnóstico de **síndrome de Tourette** o **trastorno de tics motores o vocales**.

DEPRESIÓN

Los síntomas incluidos en este elemento son estado de ánimo irritable o depresivo, aislamiento social, alteraciones del sueño, problemas de peso/alimentación, y pérdida de interés o placer en las actividades diarias. Este elemento puede utilizarse para valorar los síntomas de los trastornos depresivos según su especificación en el DSM-5.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿A los cuidadores del niño les preocupa una posible depresión o irritabilidad y desánimo crónicos?• ¿El niño ha dejado de realizar sus actividades habituales?• ¿Parece apático, triste o retraído socialmente? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de problemas de depresión.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Antecedentes o sospecha de depresión o evidencia de depresión relacionada con un evento de vida negativo reciente con un impacto mínimo en el funcionamiento del dominio de la vida diaria. Breve duración de la depresión, irritabilidad o alteración en las interacciones familiares o con los pares, o en el aprendizaje que no provoca un comportamiento de evasión permanente. Los bebés pueden parecer retraídos y lentos para relacionarse por momentos; los niños pequeños pueden estar irritables o demostrar un afecto restringido.</p> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Evidencia clara de depresión relacionada con un estado de ánimo depresivo o una irritabilidad importante. La depresión interfirió significativamente en la capacidad del niño de funcionar en al menos un dominio de la vida diaria.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Evidencia clara de un nivel de depresión incapacitante que hace que sea casi imposible para el niño funcionar en los dominios de la vida diaria. Esta valoración se da a un niño con un nivel grave de depresión. Esto incluiría a un niño que se retrae de las actividades (escuela, juego) o de las interacciones (con la familia, los pares o los adultos significativos) debido a la depresión. Aquí se valorarían las formas incapacitantes de los diagnósticos de depresión. (continúa)</p> |

DEPRESIÓN (continuación)

Información complementaria: un bebé o niño pequeño que está intentando manejar sus sentimientos de tristeza o depresión ve afectada su capacidad de prestar atención a las tareas necesarias para el desarrollo. Muchos profesionales clínicos y cuidadores no consideran que un bebé pueda tener depresión a pesar de que los investigadores y los profesionales clínicos empezaron a documentar esta alteración a principios de la década de 1940 cuando Anna Freud y Dorothy Burlingham registraron las reacciones de niños pequeños que fueron separados de sus padres durante la Segunda Guerra Mundial. Las dos investigadoras dejaron constancia de una reacción característica de aflicción que empezaba con protestas, pasaba a la desesperanza y luego terminaba con niños que parecían desconectados, retraídos, con retrasos en el desarrollo y casi parecían resignados a su suerte. Un niño que ha sido víctima de un trauma de alguna forma podría presentar en primer lugar una reacción al trauma que podría pasar a una depresión y cumplir los criterios de trastorno depresivo. Hay niños en los que es difícil identificar que haya ocurrido un trauma específico aunque parezcan estar deprimidos. Un niño podría tener una depresión que no tenga una naturaleza reactiva. A veces es difícil para un cuidador identificar, o incluso creer, que una condición ambiental específica podría contribuir a la depresión en niños pequeños. Estos factores podrían incluir un ambiente caótico en el hogar, interacciones inadecuadas o limitadas con los cuidadores, o que el cuidador esté preocupado con sus propios estresantes.

Posibles síntomas de depresión en la primera infancia (ZTT, 2016)

- Estado de ánimo deprimido o irritable: tristeza, llanto, afecto plano o berrinches.
- Anhedonia: menos interés en las actividades, tales como jugar e interactuar con los cuidadores. En los niños pequeños, la anhedonia podría presentarse como menos interacción, respuesta y reciprocidad.
- Cambios significativos en el apetito o dificultades para crecer según lo esperado acorde a las curvas de crecimiento previstas.
- Insomnio/alteraciones del sueño (problemas para conciliar o mantener el sueño) o hiposomnia.
- Agitación o lentitud psicomotora.
- Cansancio o falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, culpabilidad excesiva, autorreproche al jugar o hablar.
- Disminución de la capacidad para concentrarse, persistir o tomar decisiones en las actividades.
- Fijación con la muerte o el suicidio o intentos de hacerse daño que se observan al hablar o jugar o en su comportamiento.

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno depresivo en la primera infancia**.
- Después de la pérdida permanente de un cuidador, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno de duelo complejo en la primera infancia** (*consulte el elemento de adaptación al trauma*).

ANSIEDAD

Con este elemento, se valoran los síntomas relacionados con los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-5 caracterizados por miedo y ansiedad en exceso y alteraciones conductuales relacionadas (incluidos los comportamientos de evasión).

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño tiene problemas de ansiedad o miedo?• ¿Evita actividades normales por miedo?• ¿Actúa asustado o con miedo? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de síntomas de ansiedad.</p> |
| | <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Existen antecedentes, sospecha o evidencia de cierta ansiedad relacionada con un evento de vida negativo reciente. Este nivel se usa para valorar un problema de fobia o ansiedad que aún no causa un malestar importante en el niño o no obstaculiza notablemente el funcionamiento en ningún contexto importante. La ansiedad o el miedo están presentes, pero el niño puede ser calmado y apoyado.</p> |
| | <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Evidencia clara de ansiedad relacionada con un estado de ánimo ansioso o un miedo significativo. La ansiedad interfirió en la capacidad del niño de funcionar en al menos un dominio de la vida diaria. Puede mostrar irritabilidad o reacciones intensas ante ciertas situaciones, ansiedad por separación significativa, o reticencia o rechazo persistentes a afrontar las situaciones que le provocan miedo.</p> |
| | <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Evidencia clara de un nivel de ansiedad debilitante que hace que sea casi imposible para el niño funcionar en los dominios de la vida diaria.</p> |

Información complementaria: hasta hace poco, un nivel de ansiedad que causara malestar en bebés y niños pequeños se consideraba una fase normal del desarrollo o un tipo de temperamento que presentaba un riesgo de sufrir de trastornos de ansiedad, depresivos y otro tipo de trastornos de salud mental más adelante en la vida. Ahora se tiene claro que la ansiedad en la primera infancia y los síntomas relacionados pueden llegar a tener trascendencia clínica, causar una alteración significativa del funcionamiento en niños pequeños y su familia, y aumentar el riesgo de ansiedad y depresión más adelante durante la infancia y la adultez.

Posibles síntomas de ansiedad en la primera infancia (ZTT, 2016)

- Preocupación por determinadas situaciones.
- Agitación.
- Cansancio.
- Inatención.
- Irritabilidad (p. ej., se frustra fácilmente).
- Tensión muscular y dificultad para relajarse.
- Alteraciones del sueño.
- Evitación: miedo, reticencia o resistencia a participar en ciertas actividades.
- Aislamiento: quedarse paralizado, retraerse o apegarse/esconderse.
- No hablar.
- Llanto o berrinches.
- Afecto negativo.
- Síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor de estómago, sudoración excesiva, frecuencia cardíaca acelerada, parpadeo excesivo o mareo.

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Después de una situación estresante, una experiencia traumática o la pérdida permanente de un cuidador principal, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno de adaptación, TEPT y trastorno de duelo complejo en la primera infancia** respectivamente (*consulte el elemento de adaptación al trauma*).
- Cuando la ansiedad está relacionada con la interferencia con las compulsiones de un niño (comportamientos repetitivos que los niños sienten que deben realizar según reglas rígidas), una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno obsesivo-compulsivo**.
- Cuando la ansiedad aparece en relación con separarse de un cuidador principal, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con el diagnóstico de **trastorno de ansiedad por separación** (*consulte el elemento de apego*).
- Cuando la ansiedad aparece en relación con situaciones de interacción social o de actuación delante de otros que impliquen exponerse a personas desconocidas o al examen de parte de los demás, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de ansiedad social (fobia social)**. (continúa)

ANSIEDAD (continuación)

Eje I

- Cuando la ansiedad se manifiesta como fracaso para hablar en situaciones sociales específicas (a pesar de hacerlo en otras situaciones), una valoración de 2 o 3 podría corresponder con un diagnóstico de **mutismo selectivo**.
- Cuando la ansiedad se relaciona con la presencia de objetos, personas y situaciones que son nuevos o desconocidos, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con **trastorno de inhibición ante la novedad**.
- Cuando la ansiedad y la preocupación se dan durante dos o más actividades o situaciones y en dos o más relaciones, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**.

COMPORTAMIENTOS DE OPOSICIÓN

Con este elemento, se valora la relación del niño con las figuras de autoridad. Generalmente, el comportamiento de oposición aparece en respuesta a límites o estructuras establecidas por los padres, cuidadores u otras figuras de autoridad con responsabilidad y control respecto del niño.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| Preguntas para considerar | |
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño cumple las reglas de sus cuidadores?• ¿Los maestros u otros adultos informaron que el niño no sigue las reglas o indicaciones?• ¿Discute con los adultos cuando estos pretenden que haga algo?• ¿Hace cosas que se le prohibieron explícitamente? | <p>0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de comportamientos de oposición.</p> <hr/> <p>1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Existen antecedentes o evidencia de un nivel leve de desobediencia hacia las figuras de autoridad que aún no comenzó a causar problemas funcionales.</p> <hr/> <p>2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Evidencia clara de comportamientos de oposición o desobediencia hacia las figuras de autoridad que interfieren actualmente en el funcionamiento del niño en al menos un dominio de la vida diaria. El comportamiento genera un daño emocional en los demás. Aquí se valoraría un niño cuyo comportamiento cumple los criterios de trastorno negativista desafiante descrito en el DSM-5.</p> <hr/> <p>3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Evidencia clara de un nivel peligroso de comportamiento de oposición que significa una amenaza de daño físico a los demás. Con esta valoración, se indica que el niño tiene problemas graves para obedecer las reglas, o las indicaciones o la autoridad de los adultos.</p> |

REGULACIÓN

Este elemento hace referencia a todas las dimensiones de autorregulación, incluidas la calidad y la predictibilidad de la succión/alimentación, sueño, eliminación, nivel/intensidad de las actividades, sensibilidad ante los estímulos externos, capacidad para moderar emociones intensas sin usar la agresión y capacidad para consolarse.

Preguntas para considerar

- ¿El niño tiene problemas particulares respecto de la transición de una actividad a otra, lo que a veces le impide poder participar en actividades?
- ¿Tiene reacciones intensas ante cambios de temperatura o de ropa, de manera tal que interfieran en la participación en actividades/escuela o juegos?
- ¿Tiene más berrinches angustiantes o ataques de gritos que otros niños?
- ¿Requiere más ayuda de los adultos para afrontar la frustración en comparación con otros niños en contextos similares?

Valoraciones y descripciones

- 0 *Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.*
Sólida evidencia de que el niño está desarrollando grandes capacidades de autorregulación. Esto se observa en la capacidad para dormirse y en los patrones habituales de alimentación y sueño. Los bebés pequeños pueden regular la respiración y la temperatura corporal, pueden pasar sin problemas entre los estados de conciencia, dormirse, alimentarse a horario, calmarse con el cuidador/chupete y lograr regularse solos (p. ej., el bebé puede comenzar a calmarse con la voz del cuidador antes de que lo alcen). Los niños pequeños pueden apoyarse en el cuidador para regular sus emociones, dormirse con objetos de transición adecuados, pueden participar en juegos con más atención y cuando el juego se vuelve más elaborado, o tener cierta capacidad para calmarse solos.
- 1 *Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.*
Al menos un motivo de inquietud sobre un área de regulación: respiración, temperatura corporal, sueño, transiciones, alimentación, llanto; sin embargo, el cuidador considera que realizar ajustes resulta eficaz para ayudar al niño a mejorar la regulación; se requiere supervisión.
- 2 *Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.*
Inquietud en una o más áreas de regulación: sueño, llanto, alimentación, berrinches/agresión, sensibilidad al tacto, ruidos y entorno. Se requiere una derivación para tratar la autorregulación.
- 3 *La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.*
Inquietud en dos o más áreas de regulación, que incluyen, entre otras, dificultades para respirar, movimientos corporales, llanto, sueño, alimentación, atención, capacidad para calmarse solo, sensibilidad o respuestas agresivas a estresantes emocionales o del entorno.

Información complementaria: la primera infancia es un período de desarrollo cerebral rápido que crea las bases para el desarrollo de habilidades de autorregulación. Apoyar el desarrollo de la autorregulación en la primera infancia es una inversión para lograr el éxito posterior debido a que una mayor autorregulación pronostica un mejor rendimiento académico, mejores relaciones con los demás y menos dificultades del comportamiento. Además, la capacidad de regular los pensamientos, los sentimientos y las acciones ayuda a los niños a sortear muchos de los desafíos a los que se enfrentan, lo que fomenta la resiliencia ante la adversidad.

Durante los primeros años de vida, los cuidadores son especialmente cruciales para el desarrollo. Los niños pequeños dependen de los cuidadores para crear un ambiente seguro, amoroso y suficientemente estimulante para que puedan aprender sobre el mundo que les rodea. Existen tres categorías amplias de apoyo que los cuidadores pueden ofrecer a los niños pequeños para ayudarles a desarrollar las habilidades fundamentales de autorregulación que necesitarán para empezar su vida de la mejor manera. En conjunto, describen los procesos que ayudan a la corrección entre adultos y niños:

- Crear una relación amorosa en la que se responde a las necesidades.
- Estructurar el ambiente para hacer que la autorregulación sea manejable.
- Enseñar e instruir en habilidades de autorregulación mediante la modelación, la instrucción y las oportunidades de práctica (Rosanbalm y Murray, 2017).

ADAPTACIÓN AL TRAUMA

Este elemento se usa para describir al niño que tiene dificultades para adaptarse a una experiencia traumática. Este es un elemento donde se considera la especulación sobre el motivo por el que una persona muestra determinado comportamiento. Debería haber una conexión deducida entre el trauma y el comportamiento.

| | |
|--|---|
| | Valoraciones y descripciones |
| | 0 <i>Sin evidencia de necesidades; sin necesidad de tomar medidas.</i> Sin evidencia de que haya tenido un evento de vida traumático, O el niño se adaptó bien a las experiencias traumáticas/adversas. |
| Preguntas para considerar | 1 <i>Necesidad identificada que requiere supervisión, conducta expectante o medida preventiva en función de antecedentes, sospechas o desacuerdos.</i> Experimentó un evento traumático y hay algunos cambios en su comportamiento que cuentan con el control o el apoyo de los cuidadores. Se espera que estos síntomas se alivien con el paso del tiempo y, por lo tanto, actualmente no se justifica una intervención. Es posible que esté en proceso de recuperación de una reacción más extrema a una experiencia traumática, que puede requerir la necesidad de observar estos síntomas o tomar medidas preventivas. |
| • ¿El niño ha experimentado un evento traumático? | 2 <i>Es necesario tomar medidas para garantizar que se aborde la necesidad identificada; la necesidad interfiere en el funcionamiento.</i> Evidencia clara de problemas de adaptación relacionados con eventos de vida traumáticos. Los síntomas pueden variar ampliamente y pueden incluir problemas para dormir o comer, comportamientos regresivos, problemas de comportamiento o problemas de apego. La adaptación está interfiriendo en el funcionamiento del niño en al menos un dominio de la vida diaria. |
| • ¿Tiene pesadillas frecuentes? | 3 <i>La necesidad es peligrosa o incapacitante; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Evidencia clara de un nivel debilitante de síntomas de trauma que hace que sea casi imposible para el niño funcionar en los dominios de la vida diaria; los síntomas incluyen escenas retrospectivas, pesadillas, gran ansiedad, pensamientos intrusivos o reexperimentación del trauma (coinciden con el trastorno por estrés postraumático, TEPT). |
| • ¿Lo atormentan las escenas retrospectivas? ¿"Interpreta" o "escenifica" experiencias traumáticas reiteradamente? | |
| • ¿Cuáles son sus habilidades de afrontamiento actuales? | |

Información complementaria: los niños pequeños tienen un riesgo especialmente alto de exposición a posibles eventos traumáticos debido a su dependencia de los padres y cuidadores, por lo que se estima que más de la mitad de los niños pequeños han tenido un factor estresante importante. Los niños pequeños son especialmente vulnerables a los efectos adversos del trauma debido a su rápido crecimiento y desarrollo durante esta etapa. A lo largo de la historia, se mantuvo una idea errónea generalizada de que los bebés y los niños pequeños no tienen la capacidad de percepción, cognición y madurez social para recordar o entender eventos traumáticos. Hoy en día, es comúnmente aceptado que los niños tienen la capacidad de percibir y recordar eventos traumáticos. Los niños pequeños pueden presentar síntomas de enfermedad mental justo después de un trauma, pero, en algunos casos, los síntomas no se ven hasta años después. El TEPT, los trastornos de ansiedad, los trastornos del comportamiento, el abuso de sustancias y otras afecciones de salud física se han relacionado a eventos traumáticos vividos durante la primera infancia.

Los niños menores de 6 años viven cambios rápidos en su desarrollo, lo que hace que se dificulte más el proceso de identificar síntomas de trauma. Además, las reacciones al trauma pueden manifestarse de muchas formas en los niños pequeños y variarán de un niño a otro. Una gran variedad de factores pueden influir en cómo la experiencia del trauma podría afectar a los niños pequeños, tales como:

- Recursos económicos y estabilidad residencial.
- Estrés y salud mental de los padres.
- Prácticas de crianza.
- Funcionamiento familiar.
- Seguridad y estabilidad del entorno familiar.
- Temperamento y habilidades de regulación emocional.
- Edad y etapa del desarrollo.
- Tipo y duración de experiencias traumáticas (continúa)

ADAPTACIÓN AL TRAUMA (continuación)

Posibles síntomas de estrés traumático en niños pequeños (ZTT, 2016)

- **Reexperimentación** del evento traumático.
 - Juegos o comportamientos que recrean aspectos del trauma.
 - Comentarios o preguntas repetidas sobre el trauma.
 - Pesadillas que se repiten con contenido que podría o no estar relacionado con el evento traumático.
 - Malestar ante recordatorios del evento traumático.
 - Reacción fisiológica (sudoración, respiración agitada, cambio de color) ante recordatorios del evento.
 - Episodios de disociación: el niño se paraliza, se queda inmóvil o se queda mirando fijamente y no responde ante estímulos ambientales.
- **Evitación** de personas, lugares, actividades, conversaciones o situaciones interpersonales que son recordatorios del evento.
- **Embotamiento del afecto emocional positivo.**
 - Mayor aislamiento social.
 - Expresión disminuida de emociones positivas.
 - Menos interés en actividades como juegos e interacción social.
 - Mayor miedo o tristeza.
- **Hiperactivación**
 - Negarse a dormir u otras alteraciones del sueño (lo que incluye problemas para conciliar o mantener el sueño, etc.).
 - Dificultad para concentrarse.
 - Hipervigilancia.
 - Respuesta de sobresalto exagerada.
 - Irritabilidad, ira, nerviosismo extremo o berrinches.

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Después de un evento traumático, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**.
- Después de la pérdida permanente de una figura de apego principal/cuidador, una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno de duelo complejo en la primera infancia**.
- En el caso de bebés o niños pequeños que no cumplen con los criterios diagnósticos para TEPT o duelo complejo, una valoración de 2 podría corresponder con un diagnóstico de **trastorno de adaptación**.

Eje IV

- La información recopilada como parte de la evaluación de los eventos traumáticos del niño puede usarse como parte del proceso de registrar las inquietudes en el eje IV de estresantes psicosociales.

DOMINIO DE EXPERIENCIAS INFANTILES POSIBLEMENTE TRAUMÁTICAS/ADVERSAS

Todos los elementos relacionados con experiencias infantiles posiblemente traumáticas/adversas son indicadores estáticos. Es decir, estos elementos indican si un niño ha experimentado un trauma en particular o no. Si el niño alguna vez tuvo una de estas experiencias, siempre se valoraría en esta sección, aunque la experiencia actualmente no cause problemas ni malestar en su vida. Por lo tanto, no se espera que estos elementos cambien, salvo en el caso de que el niño tenga una nueva experiencia traumática o se identifique un trauma histórico que antes no se conocía.

Pregunta para considerar en este módulo: ¿El niño ha experimentado eventos adversos en la vida que puedan afectar su comportamiento?

Valore estos elementos en la vida del niño.

Para el **dominio de experiencias infantiles posiblemente traumáticas/adversas**, se utilizan las siguientes categorías y descripciones:

- No Sin evidencia de ningún trauma de este tipo.
- Sí El niño ha experimentado, o se sospecha que ha experimentado, este tipo de trauma: un incidente, varios incidentes o experiencias crónicas y continuas.

DESATENCIÓN

Con este elemento, se describe si el niño ha sufrido desatención. La desatención puede hacer referencia a la falta de comida, vivienda o supervisión (desatención física), la falta de acceso a la atención médica necesaria (desatención médica) o la falta de instrucción académica (desatención educativa).

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño recibe una supervisión adecuada? • ¿Se satisfacen sus necesidades básicas de alimento y vivienda? • ¿Tiene acceso a la atención médica necesaria? ¿A educación? | <p>No Sin evidencia de que el niño haya sufrido desatención.</p> <hr/> <p>Sí Ha sufrido, o se sospecha que ha sufrido, desatención. Esto incluye desatención ocasional (p. ej., lo dejaron solo en la casa durante un período breve cuando no era adecuado en términos de desarrollo y sin la supervisión de un adulto, u ocasionalmente no recibió la supervisión adecuada), ausencias numerosas o prolongadas de adultos, con una supervisión mínima, o falta de satisfacción de las necesidades básicas de la vida (comida, vivienda o vestimenta adecuadas) con regularidad.</p> |

ABUSO EMOCIONAL

Con este elemento, se describe si el niño ha experimentado abuso emocional verbal o no verbal, que incluye ser menospreciado, avergonzado y humillado, recibir insultos, ser comparado negativamente con otros niños o decirle que no sirve para nada. Este elemento incluye tanto el abuso emocional, que implicaría un maltrato psicológico como recibir insultos o palabras humillantes, y la desatención emocional, que se describe como la negación de atención o apoyo emocional por parte de los demás.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| | No Sin evidencia de que el niño haya sufrido abuso emocional. |
| <ul style="list-style-type: none">¿Insultan o humillan al niño en el hogar? | Sí Ha sufrido, o se sospecha que ha sufrido, abuso emocional (de leve a intenso, durante un período), que incluye insultos u, ocasionalmente, un trato despectivo por parte de los cuidadores, no recibir atención emocional o ser completamente ignorado, o ser amenazado/aterrorizado por otras personas. |

ABUSO FÍSICO

Con este elemento, se describe si el niño ha sido víctima de abuso físico.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| | No Sin evidencia de que el niño haya sido víctima de abuso físico. |
| <ul style="list-style-type: none">¿Se usa el castigo físico como medida disciplinaria en el hogar? ¿Qué formas?¿El niño alguna vez tuvo moretones, marcas o lesiones por esta causa? | Sí Ha sido víctima, o se sospecha que ha sido víctima, de abuso físico: de leve a intenso, o reiterado con suficiente daño físico que requiere tratamiento médico. |

ABUSO SEXUAL

Con este elemento, se describe si el niño ha sido víctima de abuso sexual.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| | No Sin evidencia de que el niño haya sido víctima de abuso sexual. |
| <ul style="list-style-type: none">¿El niño ha informado sobre un evento de abuso sexual?¿Se sospecha o hay evidencia de que haya sido víctima de abuso sexual? | Sí Ha sido víctima, o se sospecha que ha sido víctima, de abuso sexual, lo que incluye uno o varios episodios, o episodios crónicos en un período extendido. El abuso podría incluir penetración, varios perpetradores o lesión física relacionada. Aquí se valoraría al niño expuesto a un abuso sexual secundario (p. ej., fue testigo de un abuso sexual, tiene un/a hermano/a víctima de abuso sexual). |

TESTIGO DE VIOLENCIA FAMILIAR

Con este elemento, se describe la exposición a la violencia dentro del hogar o la familia del niño.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Hay peleas frecuentes en la familia?• ¿Las peleas alguna vez se convierten en violencia física? | <p>No Sin evidencia de que el niño haya sido testigo de violencia familiar.</p> <p>Sí Ha sido testigo, o se sospecha que ha sido testigo, de violencia familiar: un episodio, varios episodios o episodios graves. Esto incluye episodios de violencia familiar, pero sin lesiones considerables (es decir, que requieran atención médica de emergencia) y episodios en los que hubo lesiones considerables como resultado directo de la violencia.</p> |

INTERRUPCIÓN EN EL CUIDADO/PÉRDIDA DE CONEXIONES

Con este elemento, se registra el nivel en el que el niño ha tenido uno o más cambios importantes de cuidadores, lo que posiblemente haya ocasionado una interrupción en la conexión.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Alguna vez el niño vivió separado de sus cuidadores?• ¿Ha habido cambios en el estado civil de los cuidadores del niño?• ¿Qué sucedió para que tuviera que vivir separado de sus cuidadores? | <p>No Sin evidencia de que el niño haya experimentado interrupciones en el cuidado o pérdida de conexiones.</p> <p>Sí Ha estado expuesto, o se sospecha que ha estado expuesto, al menos a una interrupción en el cuidado con cuidadores familiares alternativos o cuidadores desconocidos (esto incluye la colocación en cuidado de crianza o en otro cuidado fuera del hogar, como centros de cuidado residenciales). Puede haber tenido un contacto constante con las figuras de conexión principales durante esta interrupción. El cambio del cuidado puede haber sido temporal o permanente.</p> |

Información complementaria: aquí se valoraría al niño que estuvo expuesto a interrupciones en el cuidado, que implicaron la separación de las figuras de conexión principales o pérdidas de conexión. **Esto incluye el divorcio o separación de los padres o cuidadores.**

COMPORTAMIENTO DELICTIVO DE LOS PADRES

Con este elemento, se describe el comportamiento delictivo de los padres biológicos, padrastros y otros tutores legales, pero no los padres de crianza.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Los padres/tutor o la familia del niño han participado de hechos delictivos o han estado en la cárcel alguna vez? | <p>No Sin evidencia de que los padres del niño hayan tenido alguna vez un comportamiento delictivo.</p> <p>Sí Uno o ambos padres/tutores tienen antecedentes de comportamiento delictivo que ocasionó una condena o el encarcelamiento. Aquí se valoraría la sospecha de que uno o ambos padres/tutores del niño tengan antecedentes de comportamiento delictivo que ocasionó una condena o el encarcelamiento.</p> |

ENFERMEDAD MENTAL DE PADRES/CUIDADORES

En este elemento, se describe si un niño tiene o no antecedentes de convivencia con padres o cuidadores con enfermedades mentales antes de los 18 años.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">¿El niño ha vivido alguna vez con padres o cuidadores que tengan problemas de salud mental (p. ej., depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, TEPT o trastorno de ansiedad)? | <p>No No hay evidencia de que el niño tenga antecedentes de convivencia con padres o cuidadores con enfermedades mentales.</p> <p>Sí Antes de cumplir los 18 años, el niño convivió, o existe la sospecha de que convivió, con padres o cuidadores con enfermedades mentales.</p> |

ABUSO DE SUSTANCIAS DE PADRES/CUIDADORES

En este elemento, se describe si existen antecedentes de padres/cuidadores que abusaran del alcohol o drogas ilegales o que hicieran un uso indebido de medicamentos recetados antes de que el niño cumpliera 18 años.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">¿Los padres o cuidadores del niño han tenido problemas alguna vez con el alcohol, las drogas ilegales o el uso de medicamentos recetados? | <p>No Sin evidencia de que los padres/cuidadores hayan tenido problemas con el consumo de sustancias.</p> <p>Sí Antes de cumplir los 18 años, el niño convivió, o se sospecha que convivió, con padres/cuidadores que abusaban del alcohol o las drogas ilegales o que hacían un uso indebido de medicamentos recetados.</p> |

TRAUMA MÉDICO

Con este elemento, se describe si el niño ha experimentado un trauma médico ocasionado, por ejemplo, por hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y lesiones importantes.

| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">¿El niño tuvo alguna fractura de huesos, suturas u otros procedimientos médicos?¿Tuvo que ir a la sala de emergencias y pasar la noche en el hospital? | <p>No Sin evidencia de que el niño haya experimentado un trauma médico.</p> <p>Sí Tuvo una experiencia médica que se percibió como emocional o mentalmente abrumadora. Esto incluye eventos que fueron de naturaleza aguda y no ocasionaron necesidades médicas constantes; malestar relacionado con una cirugía leve, suturas o correcciones de huesos; lesiones agudas y procedimientos médicos moderadamente invasivos, como una cirugía importante que solo requirió una hospitalización a corto plazo; eventos que podrían haber puesto en riesgo la vida y que podrían ocasionar problemas crónicos de salud que afecten el funcionamiento físico del niño. Aquí se valoraría una sospecha de que el niño haya tenido una experiencia médica que se percibió como emocional o mentalmente abrumadora.</p> |

Información complementaria: con este elemento, se tiene en cuenta el impacto del evento en el niño. Se describen las experiencias que incluyen procedimientos médicos que se sienten molestos y abrumadores para el niño. Aquí podría incluirse a un niño que nació con deformidades físicas y recibe varias cirugías. También podría incluirse un niño que debe hacerse quimioterapia o radiación. Asimismo, se podría incluir un niño que tiene un accidente y requiere intervención médica inmediata que ocasiona limitaciones o deformidades físicas permanentes (p. ej., víctima de quemaduras). Por lo general, aquí no se valorarían los procedimientos médicos frecuentes, que usualmente no son bien recibidos ni placenteros, pero que tampoco son emocional ni psicológicamente abrumadores para los niños (p. ej., inyecciones, píldoras).

TESTIGO DE VIOLENCIA EN LA COMUNIDAD/ESCUELA

Con este elemento, se describe la exposición a incidentes de violencia de los que el niño fue testigo o que experimentó en su comunidad. Esto incluye haber sido testigo de violencia en su escuela o contexto educativo.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| Preguntas para considerar | No Sin evidencia de que el niño haya sido testigo de violencia en la comunidad o la escuela. |
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño vive en un vecindario con violencia frecuente?• ¿Ha sido testigo o víctima directa de violencia en la escuela? | Sí Ha sido testigo o víctima de violencia en la comunidad o la escuela, como peleas; lesiones de amigos/familiares como consecuencia de la violencia; instancias graves y reiteradas de violencia, o la muerte de otra persona en su comunidad/escuela debido a la violencia; víctima directa de violencia/una actividad delictiva en la comunidad/escuela que fue una amenaza para la vida, o experimentó un impacto crónico/permanente como resultado de violencia en la comunidad/escuela (p. ej., lesión de un familiar que ya no puede volver a trabajar). Aquí se valoraría una sospecha de que el niño haya sido testigo o víctima de violencia en la comunidad. |

TRAUMAS DE TERRORISMO/GUERRA

Con este elemento, se describe la exposición del niño a la guerra, violencia política, tortura o terrorismo.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|---|
| Preguntas para considerar | No Sin evidencia de que el niño haya estado expuesto a la guerra, violencia política, tortura o terrorismo. |
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño o su familia vivieron en una región afectada por la guerra?• ¿Qué cercanía tuvieron con la guerra o violencia política, tortura o terrorismo?• ¿Fueron desplazados? | Sí Ha experimentado, o se sospecha que ha experimentado, o ha sido afectado por la guerra, el terrorismo o la violencia política. Estos son algunos ejemplos: familiares directamente relacionados con el niño podrían haber estado expuestos a una guerra, violencia política o tortura que los obligó a irse del lugar, les provocó una lesión o discapacidad, o la muerte; los padres pueden tener una discapacidad física o psicológica debido a la guerra y no pueden cuidar adecuadamente del niño; el niño puede haber pasado un largo tiempo en un campo de refugiados, o puede haber temido por su vida durante la guerra o el terrorismo a causa de los bombardeos o cañoneos cercanos a donde estaba; el niño puede haber sido víctima directa de lesiones, torturas o secuestro en un ataque terrorista; el niño puede haber servido como soldado, guerrillero u otro combatiente en su país de origen. También se incluye a un niño que no vivió en una región afectada por la guerra o el terrorismo o en un campo de refugiados, pero cuya familia sí se vio afectada por la guerra. |

Información complementaria: el terrorismo se define como “el uso calculado de la violencia o la amenaza de violencia para infundir miedo, con la intención de forzar o intimidar a gobiernos o sociedades para lograr objetivos que, generalmente, son políticos, religiosos o ideológicos”.

DESASTRES NATURALES O CAUSADOS POR EL HOMBRE

Con este elemento, se describe la exposición del niño a desastres naturales o causados por el hombre.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| Preguntas para considerar | |
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño estuvo presente durante un desastre natural o causado por el hombre?• ¿Mira programas de televisión que incluyan estos temas? | <p>No Sin evidencia de que el niño haya experimentado, haya estado expuesto o haya sido testigo de desastres naturales o causados por el hombre.</p> <hr/> <p>Sí Ha experimentado, ha estado expuesto o ha sido testigo de desastres naturales o causados por el hombre de manera directa o indirecta (p. ej., en televisión, al escuchar a otros hablar sobre desastres). Esto incluye desastres como un incendio o terremoto o un desastre causado por el hombre; un accidente automovilístico o aéreo, o un bombardeo; un cuidador lesionado en un accidente automovilístico o un incendio, o la destrucción total de la casa de un vecino por el fuego; un desastre que causó daños significativos o la muerte de un ser querido, o un impacto o alteración de la vida de forma permanente debido a un desastre (p. ej., la pérdida de trabajo del cuidador). Aquí se valoraría la sospecha de que el niño ha experimentado, ha estado expuesto o ha sido testigo de desastres naturales o causados por el hombre de manera directa o indirecta.</p> |

VÍCTIMA/TESTIGO DE ACTIVIDAD DELICTIVA

Con este elemento, se describe la exposición del niño a la actividad delictiva. El comportamiento delictivo incluye todo comportamiento por el que un adulto podría ir a prisión, como la venta de drogas, ataque o agresión.

| | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| Preguntas para considerar | |
| <ul style="list-style-type: none">• ¿El niño o algún familiar alguna vez fueron víctimas de un delito?• ¿El niño fue testigo de actividad delictiva en la comunidad o el hogar? | <p>No Sin evidencia de que el niño haya sido víctima o testigo de actividad delictiva.</p> <hr/> <p>Sí Ha sido víctima, o se sospecha que ha sido víctima, o testigo de actividad delictiva. Esto incluye una sola instancia, varias instancias, o instancias crónicas y graves de actividad delictiva que pusieron en peligro la vida o causaron un daño físico considerable, o el niño fue testigo de la muerte de un familiar, amigo o ser querido.</p> |

Información complementaria: todo comportamiento que podría llevar al encarcelamiento se considera actividad delictiva. Aquí (y en los correspondientes elementos específicos de abuso) se valoraría a un niño víctima de abuso sexual o testigo de un/a hermano/a víctima de abuso sexual o abuso físico en tal medida que podrían presentarse cargos por agresión. En este elemento, también se valoraría a un niño que haya sido testigo de la venta de drogas, ataque o agresión.

DOMINIO DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Esta sección se centra en los comportamientos que pueden poner a niños en problemas o peligro de lastimarse o lastimar a otras personas. Los plazos en esta sección pueden cambiar (en especial para las valoraciones de 1 y 3) y alejarse del margen de valoración estándar de 30 días.

Pregunta para considerar en este dominio: ¿Los comportamientos del niño lo ponen en riesgo de sufrir un daño grave?

Para el **dominio de comportamientos de riesgo**, utilice las siguientes categorías y niveles de acción:

- 0 Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.
- 1 Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.
- 2 Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.
- 3 Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.

AUTOLESIÓN

En este elemento, se incluyen los comportamientos repetitivos, como morderse o golpearse a sí mismo, y que le ocasionan lesiones físicas al niño. **El niño debe tener 12 meses de edad para que se valore este elemento.**

| | Valoraciones y descripciones |
|--|--|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño ha sacudido violentamente la cabeza o ha tenido otros comportamientos de autolesión? • De ser así, ¿el apoyo del cuidador ayuda a detener el comportamiento? | 0 <i>Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.</i> No existe evidencia de comportamientos de autolesión. |
| | 1 <i>Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.</i> Existen antecedentes, sospecha o alguna evidencia de comportamientos de autolesión. El cuidador puede controlar estos comportamientos. |
| | 2 <i>Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.</i> Existen comportamientos de autolesión del niño, como sacudir violentamente la cabeza, que no pueden ser controlados por un adulto supervisor e interfieren en el funcionamiento. |
| | 3 <i>Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Existe un comportamiento de autolesión del niño que pone su seguridad y bienestar en riesgo. |
| | N/A El niño tiene menos de 12 meses de edad. |

Información complementaria: se sabe que las autolesiones, a veces llamadas comportamientos autolesivos, ocurren en niños pequeños. De hecho, desde las décadas de 1980 y 1990, se encontró que alrededor del 15 % de los niños pequeños demostraban algunos comportamientos autolesivos durante los primeros 5 años de vida. Aunque, por lo general, los comportamientos lesivos de inicio temprano se resolvían antes de los 5 años, era más probable que persistieran en niños con retrasos del desarrollo (Kurtz et al., 2012). Los comportamientos autolesivos más frecuentes en niños pequeños son sacudir violentamente la cabeza, golpearse la cabeza con las manos, picarse o rascarse la piel, arrancarse el cabello, arrojarse al suelo, morderse y picarse los ojos. (continúa)

AUTOLESIÓN (continuación)

En la mayoría de los casos, los comportamientos autolesivos en niños pequeños son una forma de autoestimularse, de consolarse a sí mismos o de dejar salir su frustración. En algunos casos, pueden aparecer comportamientos autolesivos cuando un niño está sintiendo malestar emocional, como después de una experiencia traumática o en el contexto de problemas de relaciones con los cuidadores. Al igual que otros comportamientos agresivos en la primera infancia, es importante que los cuidadores intenten identificar los sentimientos o los objetivos del niño que podrían estar causando estos comportamientos y ayudarlo a aprender habilidades de regulación emocional que puedan usar en estas situaciones (Lerner y Parlakian, 2016).

Hay varios factores asociados con los comportamientos autolesivos en la primera infancia, tales como (Kurtz et al., 2012):

- Discapacidad intelectual o del desarrollo (como trastorno del espectro de Austin).
- Determinados trastornos genéticos (como el síndrome de X frágil).
- Experiencias de situaciones relacionadas con el dolor durante la primera infancia.
- Dificultades de procesamiento sensorial, lo que incluye poca estimulación vestibular (el sistema vestibular se encuentra ubicado en el oído interno y responde al movimiento y la gravedad).
- Dificultades de comunicación.
- Ambientes aislados de cuidado.

PARA USAR EN REFERENCIA A LA CLASIFICACIÓN DC: 0-5 (ZTT, 2016), SI ES APLICABLE

Eje I

- Una valoración de 2 o 3 podría corresponder con síntomas de **trastorno depresivo en la primera infancia o trastorno de ira y agresión desregulada en la primera infancia (DDAA)**.
- Una valoración de 2 o 3 que sea específica para la interacción con un cuidador podría corresponder con síntomas de **trastorno de relación específica**.

ATENCIÓN PRENATAL

Aquí se hace referencia a la atención médica y las enfermedades relacionadas con el embarazo de la madre que hayan afectado al niño en el útero.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| Preguntas para considerar <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué tipo de atención prenatal recibió la madre biológica?• ¿La madre tuvo riesgos o enfermedades inusuales durante el embarazo? | <p>0 <i>Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.</i> La madre biológica del niño tuvo una atención prenatal adecuada (p. ej., 10 o más consultas planificadas con un médico) que comenzó en el primer trimestre. La madre del niño no tuvo ninguna enfermedad relacionada con el embarazo.</p> |
| | <p>1 <i>Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.</i> La madre biológica del niño tuvo algunas falencias en la atención prenatal, o tuvo alguna forma leve de enfermedad relacionada con el embarazo. Aquí se valoraría a un niño cuya madre tuvo 6 o menos consultas planificadas con un médico; la atención de la madre debe haber comenzado en el primer trimestre o a principios del segundo. Aquí se valoraría a un niño cuya madre tuvo alguna forma leve o bien controlada de enfermedad relacionada con el embarazo, como diabetes gestacional, o que tuvo un embarazo de alto riesgo sin complicaciones.</p> |
| | <p>2 <i>Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.</i> La madre biológica del niño recibió una mala atención prenatal, que comenzó recién en el último trimestre, o tuvo alguna forma moderada de enfermedad relacionada con el embarazo. Aquí se valoraría a un niño cuya madre tuvo 4 o menos consultas planificadas con un médico. Aquí se valoraría a una madre que tuvo un embarazo de alto riesgo con algunas complicaciones.</p> |
| | <p>3 <i>Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> La madre biológica del niño no tuvo atención prenatal, o tuvo alguna forma grave de enfermedad relacionada con el embarazo. Aquí se valoraría a una madre que tuvo toxemia o preeclampsia.</p> |

PESO DE NACIMIENTO

Con este elemento, se describe el peso de nacimiento del niño en comparación con el desarrollo normal.

| | | |
|---|------------------------------|--|
| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones | |
| | 0 | <i>Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.</i> El niño se encuentra dentro del rango normal de peso de nacimiento. Aquí se valoraría a un niño con un peso de nacimiento de 2500 gramos (5.5 libras) o más. |
| | 1 | <i>Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.</i> El niño nació con bajo peso. Aquí se valoraría a un niño con un peso de nacimiento de entre 1500 gramos (3.3 libras) y 2499 gramos (5.5 libras). |
| | 2 | <i>Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.</i> El niño nació con bajo peso considerable, al punto de presentar un riesgo de desarrollo. Aquí se valoraría a un niño con un peso de nacimiento de entre 1000 gramos (2.2 libras) y 1499 gramos (3.3 libras). |
| • ¿Cómo se relaciona el peso de nacimiento del niño con los promedios habituales? | 3 | <i>Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El niño nació con bajo peso extremo, al punto de presentar un riesgo de vida. Aquí se valoraría a un niño con un peso de nacimiento inferior a 1000 gramos (2.2 libras). |

TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Este elemento hace referencia a las afecciones relacionadas con las complicaciones (y sus consecuencias) en el trabajo de parto y el parto del niño durante su nacimiento.

| | | |
|---|------------------------------|--|
| Preguntas para considerar | Valoraciones y descripciones | |
| | 0 | <i>Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.</i> El niño y la madre tuvieron un trabajo de parto y un parto normales. Aquí se valoraría a un niño que recibió una puntuación de Apgar de 7 a 10 en el nacimiento. |
| | 1 | <i>Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.</i> El niño o la madre tuvieron algunos problemas leves durante el parto, pero no hay antecedentes de un impacto adverso. Aquí se valoraría una cesárea de emergencia o una lesión física relacionada con el parto (p. ej., dislocación de hombro) en el bebé. |
| | 2 | <i>Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.</i> El niño o la madre tuvieron problemas durante el parto que ocasionaron dificultades funcionales temporales para el niño o la madre. Aquí se valoraría el sufrimiento fetal prolongado, la hemorragia posparto o el desgarro uterino. Aquí se valoraría a un niño que recibió una puntuación de Apgar de 4 a 7 o que necesitó maniobras de resucitación en el nacimiento. |
| • ¿Hubo alguna circunstancia inusual relacionada con el trabajo de parto y el parto del niño? | 3 | <i>Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El niño tuvo problemas graves durante el parto que tienen consecuencias a largo plazo para el desarrollo (p. ej., falta de oxígeno por un tiempo considerable, daño cerebral). Aquí se valoraría a un niño que recibió una puntuación de Apgar de 3 o menos o que necesitó maniobras de resucitación inmediatas o extensivas en el nacimiento. |

EXPOSICIÓN

Con este elemento, se describe la exposición del niño a toxinas ambientales y consumo y uso indebido de sustancias antes y después del nacimiento.

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Preguntas para considerar | | Valoraciones y descripciones |
| | • ¿El niño estuvo expuesto a sustancias durante el embarazo? En ese caso, ¿qué sustancias? | 0 <i>Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.</i> Mientras estaba en el útero, el niño no tuvo exposición a toxinas ambientales, alcohol o drogas, y actualmente no está expuesto en el hogar. |
| | | 1 <i>Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.</i> Tuvo cierta exposición en el útero (p. ej., la madre consumió alcohol o tabaco en pequeñas cantidades menos de cuatro veces durante el embarazo, o estuvo expuesto a plomo en el hogar) o actualmente se consume alcohol o drogas en el hogar o hay toxinas ambientales en el hogar o la comunidad. |
| | | 2 <i>Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.</i> Estuvo expuesto a toxinas ambientales, alcohol o drogas considerables mientras estaba en el útero. Aquí se valorarían la ingesta de drogas ilegales durante el embarazo (p. ej., heroína, cocaína), el consumo considerable de alcohol o tabaco, o la exposición a toxinas ambientales. |
| | 3 <i>Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Estuvo expuesto a toxinas ambientales, alcohol o drogas mientras estaba en el útero y sigue estando expuesto en el hogar o la comunidad. Aquí se valoraría a los niños que presentaron síntomas de abstinencia de sustancias en el nacimiento (p. ej., irritabilidad, problemas para alimentarse, temblores, debilidad y llanto constante). Aquí se valoraría a un niño que ingirió pintura con plomo y presentó síntomas. | |

VICTIMIZACIÓN/EXPLOTACIÓN

Con este elemento, se describen un antecedente y un patrón de ser víctima de abuso e incluye un nivel de riesgo actual de volver a serlo. En el caso de niños desde el nacimiento hasta los cinco años, esto puede incluir la explotación sexual o que otras personas se aprovechen de ellos.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|--|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño alguna vez fue victimizado de alguna manera (p. ej., fue abusado o víctima de un delito, etc.)? • ¿Hay preocupaciones de que se hayan aprovechado de él o que se estén aprovechando actualmente pares u otros adultos? • ¿Actualmente está en riesgo de ser victimizado por otra persona? | <p>0 <i>Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.</i> No existe evidencia de antecedentes de explotación NI hay evidencia de una explotación reciente y no hay antecedentes significativos de victimización el año pasado. El niño actualmente no está en riesgo de volver a ser víctima.</p> |
| | <p>1 <i>Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.</i> Existe una sospecha o antecedente de explotación, pero el niño no ha sido víctima de explotación durante el año pasado. El niño actualmente no está en riesgo de volver a ser víctima.</p> |
| | <p>2 <i>Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.</i> Ha sido víctima reciente de explotación (durante el año pasado), pero no está en riesgo grave de volver a serlo. Esto podría incluir experiencias de abuso físico o sexual, abuso psicológico considerable por parte de familiares o amigos, o un delito violento.</p> |
| | <p>3 <i>Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> Recientemente fue víctima de explotación y está en riesgo crítico de volver a serlo.</p> |

RETRASO EN EL DESARROLLO

Con este elemento, se valora la existencia de problemas para aumentar de peso o crecer.

| | Valoraciones y descripciones |
|---|---|
| <p>Preguntas para considerar</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿El niño tiene actualmente o tuvo en el pasado algún problema para aumentar de peso o crecer? • ¿Hay alguna preocupación sobre sus hábitos de alimentación? • ¿El médico del niño tiene alguna inquietud sobre su crecimiento o aumento de peso? | <p>0 <i>Sin antecedentes de factores de riesgo del desarrollo; sin necesidad de atención ni intervención.</i> Sin evidencia de retraso en el desarrollo.</p> |
| | <p>1 <i>Sospecha de factores de riesgo del desarrollo; requiere supervisión, conducta expectante o actividades preventivas.</i> El niño puede haber tenido en el pasado problemas con el crecimiento y la capacidad para aumentar de peso, pero actualmente no tiene problemas. Es posible que tenga actualmente un desarrollo lento en esta área.</p> |
| | <p>2 <i>Evidencia de que hubo factores de riesgo del desarrollo en los antecedentes del niño que están afectando su funcionamiento; se requiere acción o intervención para asegurar que se aborde la necesidad.</i> Tiene problemas con su capacidad para mantener el peso o crecer. Puede estar por debajo del 5.º percentil para la edad y el sexo, puede pesar menos del 80 % de su peso ideal para la edad, tener un bajo peso respecto de la estatura, o tener una tasa de aumento de peso que produzca una disminución de dos o más líneas de percentiles importantes con el tiempo (del 75.º al 25.º).</p> |
| | <p>3 <i>Evidencia de efectos peligrosos o incapacitantes de los factores de riesgo del desarrollo; requiere medidas inmediatas o intensivas.</i> El niño tiene una o más de las cuestiones arriba mencionadas y actualmente corre un riesgo médico grave.</p> |