

Evaluación y seguimiento del desarrollo psicológico. La inserción del psicólogo en el equipo médico

Assessment and follow up to psychological development and
the insertiom on the psychologist in the medical team

VILMA NORA WILLIAMS ¹ - SANDRA ESTHER MARDER ¹

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de la inserción del psicólogo y las estrategias de intervención con las familias y el equipo médico en los Servicios de Rehabilitación Nutricional y Consultorio Externo de Recién Nacidos de Alto Riesgo, (Neonatología), del Hospital de Niños de La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

En dichos equipos se asiste a una población de alto riesgo social y alto riesgo biológico, respectivamente, encuadrando el trabajo en el contexto teórico de la psicología del desarrollo. Se realizan evaluaciones periódicas utilizando la Escala Rodríguez (E.E.D.P) y la Escala Nancy Bayley, y tras realizar el diagnóstico se interviene confeccionando programas de promoción del desarrollo personalizados, con un seguimiento a mediano y corto plazo.

Por último se describen las dificultades halladas en el trabajo con esta población, interrogando las estrategias utilizadas con las familias y con el equipo médico a los fines de que exista un mayor intercambio de información con los mismos.

Palabras claves

Población en riesgo. Desarrollo psicológico. Inserción en el equipo médico.

ABSTRACT

The aim of this work is to consider the insertion of the psychologist and the intervention strategies used with the families and with the medical staff in the Nutritional Rehabilitation Services and in the Consulting Room of High Risk Newborns of the Children's Hospital of La Plata. Buenos Aires. Argentina.

¹ Calle 11 Nro. 1462 (entre 62 y 63). Piso 7°. Depto. "B". CP 1900. La Plata. Pcia. de Bs. As. Argentina. T.E.: 021 53-8748.

² Licenciada y Profesora en Psicología. Universidad Nacional de La Plata.

The above mentioned services respectively assist a population of a high social and biological risk. Fitting our work in the theoretical context of the development psychology, we have done periodic evaluations using the Rodríguez Scale (E.E.D.P) and the Nancy Bayley Scale; and after reaching the diagnosis we have intervened preparing personalized programmes for the development promotion with a middle and short term control.

Finally, we describe the difficulties found in the work with said population, wondering about the strategies employed with the families and with the medical staff in order to obtain a greater exchange of information with them.

Key word

Population in risk. Psychological development. Insertion in the medical staff.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é fazer uma reflexão com relação do psicólogo e as estratégias de intervenção com as famílias e a equipe médico nos Servicios de Rehabilitación Nutricional y Consultorio de Recién Nacidos de Alto Riesgo, Neonatología, del Hospital de Niños de La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Nestas equipes assiste-se a uma população de alto risco social e biológico, trabalhando no contexto teórico da psicología de desenvolvimento. Realizan-se análiases periódicas utilizando a Escala Rodríguez (E.E.D.P) e Nancy Bayley, e após de realizar o diagnóstico, realizam-se programas de promoção do desenvolvimento individuais com um seguimento a medio y curto prazo.

Para finalizar se descrevem as dificuldades achadas no trabalho nesta população, questionando as estratégias utilizadas com as famílias e com a equipe médica com a finalidad de intercambiar informação.

Palabras claves

População em risco, desenvolvimento psicologico, inserção na equipe médica.

INTRODUCCIÓN

Intentaremos plantear un modo posible de inserción del psicólogo en la institución hospitalaria, a través del relato de la práctica en dos servicios del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata, Provincia de Bs. As.: el Consultorio Externo de Recién Nacidos de Alto Riesgo (Neonatología) y la Unidad de Rehabilitación Nutricional.

En el primer caso el equipo médico asiste a la población externada de las Salas de Neonatología, que incluye los prematuros y neonatos con patología genética o que deben ser intervenidos quirúrgicamente en los primeros meses de vida. En el segundo caso se asiste a la población de niños desnutridos de causa primaria y secundaria. Por causa primaria se entiende la ingesta inadecuada e insuficiente, asociada a problemas infecciosos banales reiterados, que afecta a sectores desventajados de la población (OMS 1973), la desnutrición secundaria está originada en alteraciones fisiopatológicas que interfieren en la ingestión relacionados con una patología de base (H.I.V, cardiopatías, renales, parálisis cerebral, fisurados etc).

En ambos casos se trata para el equipo de salud de poblaciones en riesgo. El término riesgo en relación al desarrollo psicológico aparece en la década de los '50 cuando con los avances de la tecnología médica se reducen las tasas de mortalidad infantil asegurándose la supervivencia de muchos más niños. A partir de aquí se pone el acento en la calidad de vida de estos niños y se intensifica la preocupación por intervenir tempranamente sobre los factores que se han evaluado riesgosos para el desarrollo normal de sus potencialidades físicas y psíquicas.

Al principio los esfuerzos se dirigían a los niños que presentan una historia con factores pre, peri y neonatales que sugieren una alteración del S.N.C. y, que de forma aislada o colectiva, aumentan la probabilidad de que aparezca más tarde un desarrollo deficitario. Este es el grupo denominado de riesgo biológico.

Luego el concepto de alto riesgo comienza a ampliarse a aquellos niños que por las condiciones ambientales familiares, sociales y culturales, son susceptibles de presentar retrasos en su desarrollo psíquico. Este es el grupo denominado de riesgo ambiental.

Solo es posible hablar de población en riesgo e intervención primaria desde una posición teórica enmarcada en la psicología preventiva y psicología del desarrollo.

¿Qué implica situarnos como psicólogos del desarrollo ?

Entendemos el *desarrollo psicológico como un "proceso de organización progresiva y de complejización creciente del psiquismo, que comienza a estructurarse desde el nacimiento y es estudiado a través de manifestaciones múltiples referidas a la psicomotricidad, la inteligencia, el lenguaje, los intercambios sociales, etc."*

Dentro de los factores que inciden en el desarrollo psicológico podemos distinguir cuatro: **1) la maduración:** suele utilizarse para referirse a la organización estructural del sistema nervioso comprendiendo las bases morfofuncionales que convierten al sistema nervioso en receptivo para algún género de estimulaciones, determinante este necesario pero no suficiente para la puesta en marcha de algunas habilidades, para lo cual es necesario introducir:

2) el papel de la experiencia: entendiéndola como la acción del niño sobre los objetos de su entorno a los fines de extraer información sobre sus propiedades y construir diversas nociones, pero el niño recibe información también a través de

3) la transmisión social, lingüística o educativa: información que será valiosa y significativa si se provee en la etapa en que el niño pueda comprenderla, finalmente:

4) la equilibración: es considerado el factor integrador porque explica cómo se genera el movimiento de pasaje de una estructura a la otra teniendo en cuenta los factores anteriormente mencionados (*Piaget, 1969*).

Aclarado esto mostraremos de qué forma el psicólogo se incluye como un integrante más en sendos equipos médicos.

TRABAJO CON POBLACIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO

La inserción en el Consultorio de Recién Nacidos se efectivizó en julio 1995, a demanda de la médica a cargo. Actualmente el consultorio tiene como personal estable a dos médicas neonatólogas y una enfermera, y recibe la concurrencia habitual de una asistente social, una fisiatra y una psicóloga.

Desde hacía unos años la médica a cargo venía demandando la presencia en el consultorio de un psicólogo para que se ocupara de las cuestiones del desarrollo infantil, y hasta el momento se manejaba con pedidos de interconsulta en algunos casos aislados. La mayoría de los niños eran derivados al Servicio de Rehabilitación, pero dada la particular dinámica asistencial del mismo no resultaba muy efectivo en el seguimiento de los niños.

La oferta del equipo médico fue, entonces, formar parte del equipo para realizar la recolección de datos e intervención en aspectos vinculados al Desarrollo Psicológico. Era una necesidad del consultorio tener datos propios acerca de la evolución psicológica de los pacientes en seguimiento, para organizar un archivo que pudiera servir a los fines de investigación correlacionando los controles médicos y psicológicos y para disponer de esa información en contraste con la de otras Instituciones de Salud que realizan intervenciones y seguimientos en poblaciones similares. El hospital de Niños de La Plata, considerado de Alta Complejidad y centro de derivación, no contaba en Neonatología con ningún dato "propio" del desarrollo psicológico de la población asistida.

La tarea se propone entonces en torno a dos grandes *objetivos*: por un lado el *seguimiento periódico* de los menores de 2 años, y por otro la *evaluación de desarrollo* actual de los mayores de 2 años. Durante los primeros 4 meses de la concurrencia se permanecía tres mañanas en la semana presenciando el control clínico y en ese mismo momento se recibían los pedidos de evaluación de algún niño. Luego se fueron organizando citaciones conjuntas y a partir de entonces se concurría sólo los días que había algún niño ya citado o cuando llamaban por alguno en particular. A partir de mayo '97 se comienza un trabajo de investigación por lo cual se permanece diariamente en el Consultorio y en el Servicio.

El espacio en que se desarrolla la evaluación está separado del consultorio médico, por lo que luego de la misma se informa a la médica sobre los resultados psicológicos y se registran las conclusiones en la H.C. del paciente. Operativizar la inclusión de la eva-

luación psicológica no es tarea sencilla ni menor, dado que los padres no siempre concurren a las consultas acordadas previamente y traen a sus niños en la emergencia de alguna enfermedad, momento en el que la evaluación psicológica no es lo prioritario, y tampoco es pertinente. A esto se le suman las veces que el niño está dormido o sumamente irritable luego del control clínico, por lo que la evaluación psicológica no puede efectuarse, lo cual retarda y complica la sistematización de los datos.

Volviendo al primer objetivo, el planteo inicial fue la evaluación del niño en algunos períodos “críticos” del desarrollo, considerados así porque marcan la adquisición de conductas que jalonan el desarrollo inicial: el sostén cefálico, la coordinación visión-prensión voluntaria, la sedestación, la marcha, el lenguaje, las primeras conductas simbólicas. Se había propuesto un control al menos cada 4 meses durante el primer año y cada 6 meses en el segundo. El mismo incluiría la evaluación del niño con una técnica standarizada (“Baby Test”), que en este caso es la ESCALA NANCY BAYLEY DEL DESARROLLO INFANTIL. (Bayley, N. 1977). El uso de la misma se fundamentó en primer lugar en que es el instrumento en que expresan sus evaluaciones otros equipos pediátricos que son referencia para nuestro equipo. La técnica tiene la ventaja de estar organizada no por edad, sino por códigos de situación que evalúan la progresiva complejización de una adquisición o conducta y arroja un índice de desarrollo mental (IDM) y uno de desarrollo motor (IDP) diferenciados. Su desventaja fundamental es que es compleja en su aplicación y muy extensa, y dados los cortos tiempos de atención y tolerancia del lactante,

muchos ítems quedan a veces omitidos. El control debe incluir por lo tanto, una minuciosa entrevista con los padres a fin de obtener, por información, otros datos de las efectivas producciones del niño en su medio habitual. También se observan pautas de interacción y el vínculo establecido por el niño con los diferentes miembros de su núcleo familiar. Según el caso se indican a la madre ciertas pautas de *estimulación* consideradas pertinentes para favorecer la adquisición o complejización de algún aspecto determinado. Originalmente se había planteado también como objetivo intervenir (en los casos en que se evaluara necesario), con sesiones semanales de *Estimulación Temprana* en el Hospital, pero esto no pudo ser implementado hasta el momento por cuestiones de infraestructura edilicia: no hay espacio físico donde desarrollarlo.

En relación al segundo objetivo, con los mayores de 2 años se hace preciso, antes de desarrollarlo operativamente, explicitar algunas particularidades de la población asistida.

Los “*prematuros*” o “*niños pre-término*” no constituyen una población homogénea. Las variaciones dependen de los otros factores prenatales y neonatales asociados al nacimiento precipitado. En primer lugar, el *Peso al Nacer* (P.N) es un factor muy importante, no como un dato en sí mismo, sino asociado a la *Edad Gestacional* (E.G). Un niño prematuro de peso adecuado a su edad gestacional tiene un mejor pronóstico que un niño de término de bajo peso, y mucho más que un niño pre-término de bajo peso. Desde hace algunos años, los avances en tecnología médica han permitido la sobrevivencia de niños de muy pocas semanas de gestación (28/30 semanas sobre un total delimitado de 40/42)

y de muy bajo peso (850/900 grs. o menos). Por otro lado, las largas internaciones a que son sometidos en las incubadoras generan ellas mismas ciertas distrofias, como las oftalmológicas o auditivas, y además se complican generalmente con infecciones múltiples, hemorragias intracraneanas, etc. todo lo cual va prefigurando una sumatoria de riesgos para el normal desarrollo futuro del niño. (Alberman; Evans 1992).

La intervención excede aquí los límites de la Neonatología y empieza a lindar con las fronteras de lo místico: son lo “niños milagro” y se trata entonces de encontrar los perfiles de la calidad de vida futura de ese “sobreviviente”. Esta etiqueta previa del “niño fruto de la máquina”, produce en el equipo médico el efecto de no poder nunca dar de alta al niño del consultorio de Recién Nacidos: tienen que seguir “viéndolos” y en contrapartida los padres los traen para que la doctora “los vea”, mucho más allá de los dos años. Obviamente que aquí también entra en juego para el médico una razón de investigación, enlazada con la incertidumbre acerca de la calidad de la sobrevivencia de los niños externados, en todos sus aspectos, incluido su desarrollo psicológico. Esta última razón es la que hace viable mi intervención en términos de obtener una valoración actual del desarrollo psicológico para anexar como dato a la H.C. médica que ha ido registrando el resto de los controles desde la externación: secuelas neurológicas, perceptivas, motoras, clínicas, etc.

En relación a la familia y al niño se abren algunas posibles intervenciones:

- Cuando la valoración del desarrollo y las posibilidades cognitivas son ajustadas a lo esperable para su edad crono-

lógica, una devolución que desmistifique el pronóstico médico (que también circula en el ámbito escolar) sobre la probabilidad de tener retrasos y problemas en el aprendizaje.

- Cuando se evalúa alguna dificultad particular, la orientación terapéutica apropiada a la misma suele tener la ventaja de ser anticipada, lo cuál mejora su pronóstico: por ejemplo en retrasos globales del desarrollo detectados antes del ingreso a preescolar o en los inicios del mismo.

TRABAJO CON POBLACIÓN DE RIESGO AMBIENTAL

El trabajo como psicóloga en la U.R.N. se enmarca dentro de un programa de *asistencia integral al “desnutrido de alto riesgo”* que se lleva a cabo en esta Unidad del Hospital de Niños de la Plata mediante un subsidio de la Cátedra de Medicina Infantil “A” de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata; y la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Bs. As. Dicho programa es interdisciplinario y contempla:

Área Clínica: los médicos pediatras realizan la medición del peso y talla de los niños en forma sistemática a los fines de obtener el P/E, T/E y P/T (Peso/Edad; Talla/Edad y Peso/Talla; con lo cual se obtiene el grado de desnutrición), controles periódicos de salud y asistencia de patologías. Se confeccionan dietas por nutricionistas y se les entrega un suplemento alimentario.

Área social: una psicóloga social coordina talleres con madres de los pacientes para tratar temas relacionados con la alimentación, crianza y desarrollo de los niños.

Tareas en terreno: La asistente social realiza entrevistas con padres que son detectados como casos problema por los médicos desde el punto de vista de sus dificultades socio-económicas y jurídicas en muchos casos. Se realizan pases y se sale a la comunidad para la recuperación de “desertores”.

Área Psicológica: dos psicólogas realizan la evaluación del desarrollo de los niños con desnutrición primaria por un lado y secundaria por el otro, y en los casos que se requiere se implementa un plan de “promoción del desarrollo” personalizado.

Ahora, ¿por qué la inserción del psicólogo en ésta área?

Existe mucha evidencia (*Piacente; Talou, Rodrigo 1990, Cravioto 1990, Mc Gregor 1990, S.; Lira 1994; Marder; Rodrigo 1996*) que el desarrollo de los niños que crecen en condiciones de pobreza es en promedio inferior al de los niños de los grupos medios y altos, y la desnutrición está íntimamente relacionada con la pobreza, es por esto que en muchos estudios que tomaban niños desnutridos se evidenciaban retrasos del desarrollo atribuyendo los mismos a la desnutrición como causa y no como variable asociada a la pobreza, que es como se lo considera en la actualidad.

Sin embargo la pobreza es una condición relativa y muy heterogénea, considerarla como agente causal de alteraciones tempranas del desarrollo psíquico sería una sobresimplificación, pero ignorar que ella determina condiciones ambientales que afectan el desarrollo constituiría sin duda una evasión. ¿Cuales son esas condiciones ambientales? Los padres se encuentran agobiados por la tarea de sobrevivir. La falta de agua potable, el hacinamiento, la escasez, la falta de trabajo

y educación son realidades cotidianas que impiden tener con el niño una integración relajada; y si bien el profesional de la salud no es el responsable de producir los cambios socioeconómicos necesarios sí le corresponde identificar esos factores condicionantes y diseñar alternativas desde cada profesión que puedan paliar los efectos negativos en el corto y mediano plazo.

Esta condición de niños en riesgo es una de las razones por las que en un principio se realizaba la evaluación sistemática de todos los pacientes con estas características (o sea sin esperar la demanda del médico ni del paciente), la otra razón es que el trabajo se enmarcaba en el contexto de una investigación. En la actualidad se manejan algunas pautas diferentes, pero no por una cuestión arbitraria sino porque, al haber transcurrido un año desde la inserción en el servicio, los pediatras (que ya poseían cierta tradición de trabajo interdisciplinario) prestan especial atención al desarrollo del niño y realizan un rápido tamizaje tras lo cual consultan al detectar o sospechar un déficit.

METODOLOGÍA: Para la evaluación se realiza en primer término una *entrevista* con los padres a los fines de recabar datos en relación a factores pre, peri y neonatales, características de la familia, actividades y formación de los miembros, historia evolutiva del niño, con particular énfasis en el desarrollo psicológico, descripción de un día “tipo” del niño, preferencias, postura habitual y conducta actual. Con respecto a los padres se indaga la *actitud general* en relación al desarrollo así como el uso de las pautas que se les brinda en las consultas. Se observa en el transcurso de la entrevista la *actividad*

espontánea del niño y se le administra una escala de desarrollo infantil.

INSTRUMENTOS: Se han seleccionado para la evaluación sistemática las ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (E.E.D.P.) para los niños de 0 a 2 años y el TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TEPSI) para los niños de 2 a 5 años (*S. Rodríguez; Arancibia, Undurraga 1974*). Dichos instrumentos responden a los requerimientos de una fácil, rápida y confiable administración teniendo en cuenta que éstos niños concurren en el mismo día a la cita con el pediatra y otros especialistas. Por otro lado han sido tipificados con una muestra chilena y confeccionados tomando como base las Escalas Brunet-Lezine, Denver y Nancy Bayley.

Con ellos se mide el rendimiento frente a situaciones que requieren determinado desarrollo psicomotor, los ítems están divididos por áreas (Motora, Lenguaje, Social y Coordinación) las cuales si bien son específicas mantienen una íntima interrelación sobre todo en los primeros años, obteniendo del éxito o fracaso en los mismos un Cociente de Desarrollo Psicomotor.

TRATAMIENTO: Se enmarca dentro de lo que se denomina “Estimulación temprana” entendiendo a ésta como: *“el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad que generen en el niño un cierto grado de interés...”* (*Haessler, Rodríguez*).

Las entrevistas se realizan siempre con los padres del niño, en éstas se habla de lo que han podido hacer en relación a las pautas trabajadas en la consulta anterior, se juega con el niño, se lo reevalúa y se piensa conjuntamente en estrategias para la promoción del desarrollo, ayudándolos con la entrega de cartillas como referentes, pero sobre todo se contempla si ha habido algún cambio de actitud de parte de los padres en relación a la importancia concedida al desarrollo psicológico de sus hijos. Se realizan controles mensuales con los niños menores de 1 año y más espaciados con los de 2, 3 y 4 años, dependiendo esto del estado del niño y la particularidad del caso. En general se evidencian cambios positivos en el desarrollo de los niños cuando los padres focalizan esta nueva vertiente .

Por último hay que destacar que existen múltiples dificultades en el trabajo con ésta población, ya que el enfrentamiento con lo que significan las condiciones de pobreza extrema pueden llevarnos hacia una actitud de pesimismo total o hacia el camino de la “caridad”. Por otro lado resulta muy valioso el trabajo con el equipo médico y los otros profesionales en cuanto al respeto por cada una de las prácticas y el intercambio de saber que se produce, esto también ocurre gracias a la dinámica de trabajo y como ejemplo es de mencionar el uso de una única Historia Clínica en donde se deja sentada la evaluación realizada con los resultados cualitativos de la misma .

También se ha realizado un trabajo más de vertiente pedagógica de extensión con otro personal de la institución (enfermeras, voluntarias y residentes de pediatría) lo cual ha generado demanda específica que se trasluce

en un mayor pedido de interconsultas en sala.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Retomando el planteo general de este trabajo, si reflexionamos sobre el impacto de la intervención del psicólogo en el equipo médico-pediátrico se desprende de nuestra previa exposición el lugar de complementariedad que ocupa nuestra práctica. El adjuntar nuestros informes en la Historia Clínica junto con los datos médicos de cada paciente, produce un intercambio permanente de saberes que no implica sin embargo la pérdida de especificidad de cada práctica. El médico lee y pregunta sobre la evaluación psicológica sin por esto pretender realizar él mismo la tarea del psicólogo; a la inversa, desde nuestro lugar aprendemos a interpretar la importancia relativa de los antecedentes orgánicos.

Este ida y vuelta en la información médico-psicológica posibilita una reflexión de todos los miembros del equipo, incluidas nosotras, sobre los múltiples factores que inciden en el desarrollo de un niño, poniendo en tela de juicio que las condiciones de entrada determinan unilateralmente el curso del desarrollo. Pasaríamos así de la *generalidad* de la conceptualización de “poblaciones en riesgo”, a la *particularidad* de los “recursos” que cada niño y su familia poseen para relativizar la influencia de las condiciones de entrada potencialmente desventajosas.

No resulta fácil desde nuestro lugar no asimilarnos a la posición médica que tiende permanentemente a la generalidad, y que tiene un fuerte impacto también en la familia y en otros agentes sociales como los maestros. Estos niños quedan muy “pegados” a la etiqueta: “son prematuros” o “son desnutridos” *siempre*.

Desde lo psicológico, no debemos perder de vista que el *valor predictivo* de éstos Baby Tests es acotado, ya que evalúan otros aspectos además de los cognitivos y poseen cierta variabilidad dependiendo ésta del desarrollo de la motricidad, períodos de progreso y estancamiento, modificaciones de las condiciones ambientales, etc. Luego de la aparición de la función simbólica, que implica adquisición del lenguaje, juego de ficción, dibujo etc. se marca una mayor estabilidad en la estructuración psíquica y por lo tanto los resultados de los tests que miden el C.I. tienen un mayor poder predictivo (*Rutter 1970*).

En *relación* a los padres, el impacto de nuestra intervención depende del tipo de población: en el caso de los niños con *desnutrición* resulta necesario hacer *hincapié en las pautas de alerta temprana*, dado que las condiciones extremas del presente desdibujan el futuro del niño. En el caso de los *prematuros* por el contrario, la mayoría de las veces es importante *desmistificar el negro futuro* que les pronostican desde la internación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaberman, Evans y otros (1992). "Epidemiología de la prematuridad, etiología, prevalencia y consecuencias." en *El prematuro*. Anales Nestlé. Vol. 47.
- Bayley, Nancy (1977). Escalas Bayley de desarrollo infantil. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid.
- Cravioto, J. y Cravioto, P. (1990). "Algunas consecuencias psicobiológicas a largo plazo de la malnutrición". En Anales Nestlé. Vol. 48.
- Grantham Mc Gregor, S. (1990). "Malnutrition, mental function and development". Nestlé Nutrition. Vol.19.
- Haeussler y Marchant (1985). *Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Haeussler y Rodríguez, S.: "Programas de estimulación temprana: una revisión crítica". c. 3 Chile.
- Lira, M. I. (1994). "Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del lactante de nivel socio-económico bajo". *Revista Chilena de Pediatría*. Nro. 65 (1) Pág. 21-27.
- Lira, M. I. (1994). "Prevención y atención primaria en salud mental infantil". *Psykhé*. Vol.3. Chile.
- Marder, S.; Rodrigo, M. A. (1996). "Estrategias de seguimiento e intervención. Desarrollo psicológico y desnutrición infantil temprana". Actas VII Simposio Argentino de Pediatría social.
- Mazet, P. y Stoleru, S. (1990). *Manual de Psicopatología de la Primera Infancia*. "Situaciones clínicas frecuentes: Prematuridad". Edit. Masson, S.A.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Morata. Madrid.
- "Primeras Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento del Recién Nacido Pretérmino" (1993). Sociedad Argentina de Pediatría, C.E.F.E.N. Anales.
- Rodrigo, M. A.; Piacente, T. y Talou, C. (1990). *Piden Pan...y algo más*. (Estudio auspiciado por la UNICEF). Siglo XXI editores.
- Rodríguez, Arancibia, Undurraba (1974). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P)*. Edit. Galdoc. Chile. (1974).
- Rutter (1970). "Desarrollo psicológico, predicciones a partir de la infancia" en *Temas de Psicología Evolutiva U.N.L.P.*

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Bradley, B. (1992). *Concepciones de la infancia*. Edic. Alianza. Psicología minor.
- Gassier, J. (1983): *Manual del desarrollo psicomotor del niño*. Edit. Moron.
- Illingworth, R. (1960). *Desarrollo del niño*. Edit. Churchill. Livingstone.
- Karmiloff-Smith, A. (1994). *Más allá de la modularidad*. Alianza Editorial. Madrid.

- Palacios, J.; Marchesi, A. y Coll, C. (Compiladores) (1990). *Desarrollo psicológico y educación*. Tomo 1. Edit. Alianza Psicológica. Madrid.
- Pikler, E. (1969): *Moverse en libertad*. Ediciones Narcea. Madrid.