



Nombre de alumnos: López Acuña Ángel Tadeo

Nombre del profesor: Nancy Domínguez torres

Nombre del trabajo: valoración

Grado: 5to cuatrimestre

Grupo: "u"

Introducción.

La historia clínica y la exploración física son la parte más importante de la valoración del niño, esta nos ayudará a la detección de problemas relacionados con la salud (incluidos el crecimiento, desarrollo y la nutrición) y para la prevención de futuras dificultades. Durante este proceso es de suma importancia familiarizarse con el formato de historia clínica, para una buena utilización.

Objetivos.

Al Valorar el estado de salud del niño. Nos puede dar a Conocer los hábitos del niño y las consecuencias de éstos sobre la salud. Hacer una detección temprana de los problemas y/o enfermedades que afectan.

Índice.

Pgn.

1. RECIEN NACIDO	4
2. LACTANTE	11
3. PREEESCOLAR	17
4. ESCOLAR	21
5. ADOLESCENTE.	26





Recién nacido.

Descripción:

El periodo neonatal. Por ser el de mayor morbilidad de la infancia y por su carácter de transición entre la vida intrauterina y extrauterina, es uno de los que se requiere mayor atención de enfermería.

Enfermería tanto como por su relación con los padres y el niño como por la continuidad de la atención que presta, asume la responsabilidad de facilitar la adaptación de los padres al bebe y de estos a la nueva situación.

Valoración.

-  Signos vitales
-  Valoración de las características físicas
-  Valoración neurológica
-  Valoración del comportamiento

Apariencia general

Observar	Problemas potenciales.
<ul style="list-style-type: none">• Postura• Flexión• Simetría• Llanto• Parpadeo repentino o pedaleo de las extremidades• Temblores prolongados	<ul style="list-style-type: none">• Daño neurológico• Hipoglucemia• Hipoxia• Hiperactividad

Signos vitales.

T°: 37.5 °C

FC: 140 x ‘

R: 40x ‘

Valoración de los signos vitales.

Área valorada	Hallazgos normales	Variaciones/problemas potenciales
Frecuencia cardiaca	El pulso apical es de 120-160 x	De 100 al dormir 180 al llorar, podría ser irregular durante un breve lapso. Especialmente después de llorar. Taquicardia. Persistente 170 refleja síndrome de sufrimiento respiratorio Bradycardia <120 refleja síndrome de sufrimiento espiratorio
Pulso femoral	Los pulsos femorales son iguales y fuertes.	Pulso femoral débil o ausente. Indica posible coartación de la aorta o displacia de la cadera.
Respiración	30-60 respiraciones por minuto, tienden a ser superficiales e irregulares al estar inquieto o llorar	Superior a 45 modo persistente, indica sufrimiento respiratorio; podría presentarse

Valoración de los signos vitales.

Área valorada	Hallazgos normales	Variaciones/problemas potenciales
Presión sanguínea	75/42-80/46 mm hg al nacer	Varia con el nivel de actividad, podría dar indicios hipotensión o problemas congénitos del corazón.
Temperatura	36.5° a 37.5° c. el rectal es para verificar que el ano sea permeable. Para la medición continua de temperatura se usa el sensor térmico. O método axilar.	Hipotermia: podría reflejar deshidratación. O infección.

Medidas antropométricas

Peso: 3100.

Talla: 51cm.

Circunferencia cefálica.

Circunferencia occipito-frontal es 35.5 cm.

circunferencia torácica

medida en la línea media de los pezones es 33cm.

Valoración general

Observar:

Género – Edad aparente

Postura – Complexión

Paciente saludable o enfermero

Estable o grave

Habitus exterior

Cabeza:

inspeccione el cuero cabelludo en busca de lesiones, descamación, sensibilidades, presencia de paracitos. Examine cabello describiendo color, textura, distribución, fragilidad, implantación, caída o alopecia. Presencia de heridas, vendajes, drenajes u otro dispositivo. Estado de conciencia (somnolencia, obnubilación, estupor, coma, estado vegetativo, muerte cerebral).

Cara:

observe simetría, color, presencia de lesiones, manchas, lunares, movimientos, vitíligo, diaforesis, expresión (tranquilidad, dolor, parálisis).

Nariz:

inspeccionar presencia de aleteo nasal, permeabilidad de fosas nasales, secreciones (color, cantidad, consistencia), sondas (tipo, utilidad, permeabilidad, dispositivos para administrar oxígeno, catéter nasal, humidificador).

Ojos: observe presencia de edema.

Conjuntivas:

prestando atención al color, hidratación, exudado y lesiones. Inspeccione pupilas, tamaño, simetría y reflejos al rayo de luz (isocora, midriasis, miosis y aniso Coria). Estado de los ojos (cerrados, muy abiertos, desorbitados, con desviación,). Presencia de dispositivos visuales.

Parpados:

Observe color, ptosis, edema palpebral, exoftalmia, entropión (el parpado se pliega sobre sí mismo contra el globo ocular). El ectropión (parpado se pliega hacia fuera y no entra en contacto con el globo ocular).

Orejas y oídos:

Explore presencia de otorrea (purulento o sanguinolento, higiene del conducto auditivo, rictus de dolor al mover la oreja o presionar sobre el mastoide, presencia de dispositivos para escuchar, ausencia de oreja(s).

Boca y garganta:

Labios: observe coloración, edema (cianótica o pálida). Presencia de sondas, cánula endo-traqueal (Nº de cánula, fijación del tubo, parámetros ventilatorios).

Membranas Mucosas: coloración (rosada, pálida), xerostomía (sequedad), hidratación, inflamación, lesiones, estomatitis, sangrado, nódulos, hiperplasia e hiperemia.

Boca: sialorrea, producción de esputo, hemoptisis, hematemesis, olor (ácido, metálico, halitosis). Observe estancamiento de alimentos, dificultad para comer. Disfagia (rictus de dolor al deglutir, caída de la comida de la boca, ingesta de grandes bocados de comida).

Dientes: inspeccione la existencia de caries, exceso de placa, falta total o parcial de piezas, prótesis y dispositivos dentarios, hiperplasia, palidez gingival, gingivitis, gingivorragia, periodontitis.

Lengua: coloración (rosada, pálida, cianótica), lengua geográfica, Saburral, estomatitis.

Garganta: evalúe características de la voz, tono, ronquera o pérdida de voz.

Cuello: observe uso de collarín, presencia de traqueotomía, busque señales de infección (piel rojiza, drenado, olor fuerte, hinchazón), señales de acumulación de mucosidad, respiración rápida y ruidosa o profunda, cianosis. Inspeccione si tiene catéter venoso central (localización, estado del sitio de punción, soluciones y/o nutrición parenteral infundiéndose, dosis y velocidad de la infusión).

Tórax anterior: observe la expansión torácica (simetría, duración de la inspiración y espiración, frecuencia, ritmo), profundidad de la respiración (normal, taquipnea, bradipnea, hiperventilación) y existencia de ginecomastia y/o mastectomía. Si el paciente presenta ventilación mecánica observe respiración coordinada con el ventilador de igual manera observar presencia de monitorización cardiaca, marcapasos, drenaje cerrado de tórax (cantidad y características).

Tórax posterior: observe integridad cutánea en prominencias óseas (escapulas, columna, sacro), presencia de catéteres, malformaciones óseas (lordosis, cifosis, escoliosis).

Abdomen: inspeccione presencia de heridas quirúrgica (localización, características, proceso de cicatrización).

Estomas como: colostomía, ostomía u otro especificando tipo, localización y estado de la piel. Presencia de sondas, drenajes u otros dispositivos (penrose, tubo en T, catéter tenckof, sonda de gastrostomía especificando sitio, cantidad y características del gasto. Observar presencia de distensión abdominal debido a un exceso de gases intestinales, ascitis (acumulación de líquidos en el abdomen).

Genitales: observe uso de pañal, si tiene instalada sonda vesical y características de la orina (volumen, color, concentración), ponga atención en el tubo de la bolsa recolectora en busca de sedimentos. Observe integridad del vello púbico, pediculosis pélvica, lesiones cutáneas, hemorragia, secreciones, abscesos o ulcera rectal, piel perianal enrojecida.

Extremidades superiores: observar defectos óseos, ausencia de extremidad, presencia de prótesis o yeso, de catéteres de línea arterial, catéter largo o corto (soluciones, fármacos, dosis y flujo), rigidez, temperatura, edema, coloración ungueal, llenado capilar, onicomycosis, polidactilia, adactilia, sindáctilia , presencia de pulso y úlceras por presión.

Extremidades inferiores: observe tamaño, forma, simetría, ausencia de extremidad, prótesis, sujeciones, edema, presencia de catéteres (venoclisis, introductores), integridad cutánea, prominencias óseas (laterales de las rodillas, maléolos, talones, alteraciones de las superficies de la piel, deterioro de la movilidad física, pie diabético y lechos ungueales.

Piel: observe hidratación, turgencia, edema, temperatura, coloración, sensibilidad, hematomas y erupciones.

Lactante

Preparación del ambiente

Antes de iniciar el examen físico del niño, es necesario que consideres la preparación del ambiente, tratando que sea seguro. La preparación del ambiente, favorecerá el logro de los objetivos que se proponen en la valoración. Por lo tanto, es importante el tiempo que se emplea en ello.

Las salas de espera son importantes de considerar, es ideal que los niños permanezcan el menor tiempo aquí y ojalá los niños sanos estén separados de los enfermos. En estas situaciones el niño debe tener objetos propios y cercanos, especialmente en el hospital.

Te recomiendo que todas las acciones de valoración que necesites realizar, en lo posible se efectúen en los brazos de uno de los padres con el fin de dar tranquilidad y confianza al niño.

En cuanto a la **temperatura ambiental**, recuerda que el niño tiene dificultad para mantener la termorregulación.

Crecimiento y desarrollo Físico

El crecimiento y desarrollo durante el primer año es muy acelerado, el niño triplica su peso de nacimiento, aumenta el doble su estatura y alcanza el 70% del crecimiento cerebral.

Peso/talla- niño

Peso/talla- niña

Durante el segundo año se desacelera el crecimiento; la talla y el peso aumentan 1cm/mes y 225 grs/mes respectivamente.

El perímetro craneano aumenta 0,25 cm/mes. Si bien existe un crecimiento más lento, la maduración del sistema nervioso se va incrementando, lo que permite al lactante, mayor dominio motor.

Medición del peso

- Revisar las condiciones de la balanza y las fijaciones
- Revisar la calibración de la balanza deslizando sus carros hasta observar su oscilación y colocar un pañal sobre la balanza, pesar el pañal, conservando el dato para restarlo después de pesar al niño.
- Preguntar por el ultimo peso del niño
- Trasladar al niño y colocarlo en posición acostado o sentado, según su estado de desarrollo
- Desplazar el carro de medición de kilos y luego de gramos
- Observar la oscilación del brazo de la balanza
- Leer e informar a la mama del peso

Proporciones corporales.

El lactante, presenta extremidades cortas, la cabeza y el tronco, ocupan la mayor proporción del cuerpo. Se aprecia la existencia de abundante tejido adiposo principalmente en las extremidades.

A fines de los dos años, la cabeza y el tronco, presentan un mayor crecimiento y ha empezado a desarrollarse el tejido muscular y a disminuir el adiposo. Ligado a la de la marcha, se observa un aumento gradual de la lordosis fisiológica con su característico abdomen sobresaliente.

Cabeza:

Crecimiento es rápido, aumenta 1.5 cm/mes en los primeros 6 meses y los siguientes seis meses sólo 0.5 cm/mes. El cierre de las suturas craneales y la fontanela posterior o Landa sucede a los 3 meses; y la anterior o Bregma a los 18 meses.

El aumento de tamaño de la cabeza está en relación con el crecimiento y diferenciación del sistema nervioso central.

Cara:

Se inician lentamente cambios determinados por la aparición de la dentadura temporal o de "leche" que comienza a erupcionar desde el maxilar inferior al superior y desde el centro al lateral, comenzando con los incisivos, luego el primer molar; los caninos y el segundo molar, completando 20 piezas. Y se completa entre los dos y dos y medio años aproximadamente.

A los 2 años, las glándulas salivales, alcanzan la producción de enzimas en la saliva necesarias para el proceso de digestión.

La agudeza visual mejora a las seis semanas y logra la binocularidad, que se establece definitivamente a los cuatro meses. La percepción de profundidad o estereopia inicia su desarrollo entre los 7 y 9 meses.

La agudeza auditiva es igual a la del adulto.

El cuello es corto, con pliegues por la acumulación de tejido adiposo (grasa)

Tórax:

Es cilíndrico. Alrededor del año su circunferencia se iguala a la de la cabeza. Las costillas están horizontales, la respiración es abdominal, más lenta y relativamente estable, con un promedio de 40-50 respiraciones por minuto al inicio del período y de 20-30 resp/min hacia fines de los dos años.

El sistema respiratorio no está completamente maduro, sus características anatómicas son especiales: conductos nasales cortos, poca vascularización y escaso desarrollo del epitelio ciliar, trompa de Eustaquio corta y recta comunicada directamente con la nasofaringe, la tráquea cercana a los bronquios que son cortos y de diámetro pequeño.

Los músculos intercostales poseen escaso desarrollo, la capacidad torácica es pequeña.

El corazón a esta edad representa el 0.9% del peso corporal. Su frecuencia se hace más lenta que en la etapa de recién nacido alcanzando en el primer semestre un promedio 130 pulsaciones por minuto y en el segundo semestre 115 pulsaciones por minuto.

Los valores de la presión arterial fluctúan entre los 106-94 / 59-50 y en el segundo año entre 110-98 / 63-55.

Abdomen:

Existe un aumento fisiológico del colon, ocupando un gran volumen y desplazando el diafragma hacia arriba, lo que reduce la capacidad torácica.

La posición del estómago es más horizontal, su tamaño aumenta durante el primer año, logrando tolerar un mayor volumen de alimentos. Se debe destacar que el funcionamiento digestivo, el hígado y el páncreas tienen características especiales debido a su inmadurez.

Las variaciones en la capacidad del estómago son las siguientes:

- 1 mes 90-150 cc
- 1 año 200 a 300 cc
- 2 años 500 cc

Las deposiciones tienen características relacionadas con la alimentación: pastosas cuando sólo se alimenta con leche, y más sólidas cuando se le agregan papillas . Su frecuencia se relaciona con la frecuencia de la alimentación.

El sistema renal cumple de manera adecuada la función de filtración pese a la inmadurez relativa que presenta. La madurez completa del riñón ocurre en la segunda mitad del segundo año.

Los volúmenes promedio de orina en 24 horas son:

- 2 a 11 meses: 400- 500 cc
- 12 a 24 meses: 500-600 cc

La frecuencia de la diuresis es variable, esperando que entre una toma (pecho o mamadera) y otra, esté mojado el pañal.

Sistema Inmunológico

Durante los primeros meses se defiende con los antígenos que su madre traspasó a través de la placenta. Luego ante la exposición a los antígenos administrados mediante las vacunas o a la exposición directa a las enfermedades, el niño adquiere su propia inmunidad.

Desarrollo Óseo

Existe un crecimiento de los huesos planos. El tejido pasa de fibro-cartilaginoso a óseo propiamente tal mediante el desarrollo que se despliega en los núcleos de osificación.

Desarrollo Muscular

El tejido muscular desplaza el tejido adiposo en forma paulatina estimulado por el desarrollo progresivo de la psicomotricidad.

Piel:

Presenta características particulares: sigue siendo delgada, de estrato córneo (superficial) muy fino; las glándulas sudoríparas y sebáceas no han terminado su desarrollo. Asimismo, existe un déficit en los mecanismos de regulación de la temperatura e hidratación ya que el tejido subcutáneo y la hipodermis son más delgados.

Desarrollo cognitivo

De acuerdo con los estudios sobre desarrollo cognitivo de J. Piaget, el lactante se ubica en el período sensorio-motriz, que va desde los 0 a 24 meses. Este se inicia con el desarrollo o ejercicio de los reflejos innatos, progresando a las conductas imitativas, pasando por conductas repetitivas, la manipulación de objetos le permite desarrollar el sentido de causa-efecto. Soluciona los problemas casi siempre por ensayo y error. Al final del período el niño ya posee sus primeras representaciones mentales, dándose cuenta de la permanencia de los objetos.

Desarrollo psicomotor

El desarrollo Psicomotor se manifiesta de céfalo (cabeza) a caudal (los pies) y de proximal (centro del cuerpo) a distal (hacia las manos y pies), logrando por ejemplo el control de la cabeza, girar sobre sí mismo, controlar el tronco y sentarse, gatear, pararse y caminar.

La motricidad fina se traduce en el uso de las manos, pasando de la aprehensión refleja hasta abrir las manos, liberar el pulgar y por último lograr tomar las cosas voluntariamente.

Al final del año se consolida la marcha, dependiendo de características propias de cada uno. Algunos niños comienzan por el "gateo " y otros simplemente se deciden a caminar sin problemas. Sus destrezas al caminar y de prehensión, le permiten explorar incansablemente su entorno.

Desarrollo Afectivo

El lactante es un ser completamente afectivo, reacciona con todo su cuerpo frente al dolor, la alegría o la frustración. Se mantiene la importancia del vínculo madre-hijo, que le permite mostrar preferencias y confianza en sus padres. A los 6 meses reconoce a sus padres y conocidos y a los 8 meses llora y se molesta ante la presencia de extraños o situaciones desagradables.

Desarrollo Psicosocial

El desarrollo psicosocial desde la perspectiva de E. Erikson, se va desarrollando en la resolución de conflicto. Durante el primer año, el autor plantea que el elemento primero y más importante para desarrollar una persona sana es la "confianza básica" y se logra por las experiencias satisfactorias del niño a esta edad. La desconfianza aparece cuando las experiencias positivas son deficientes o cuando las necesidades básicas se satisfacen de forma inadecuada. Esta tarea

puede lograrse mediante un cuidado cariñoso y constante. Durante el segundo año, la tarea del niño es iniciar el logro de la "Autonomía", debido a la marcha y a la capacidad para controlar su cuerpo. Los sentimientos negativos de duda y vergüenza, surgen cuando los adultos los hacen sentir culpables.

El llanto y la sonrisa son las formas en que en un primer momento el lactante comunica y expresa sus emociones, que después se verán respaldadas por el lenguaje social. Aparecen las vocalizaciones al mes (a-a), y a los 3 meses agrega consonantes (agú) llegando a los 6 meses a decir disílabos (da-do, pe-pa), Luego , al año es capaz de decir 2-3 palabras, puede emitir acciones y acompañar con actitudes sus frases, aumentando el vocabulario de 10 a 100 palabras al final de la etapa.

El juego es otra forma de relacionarse con el entorno y reforzar lo aprendido, pasando de un juego global e indiferenciado, hasta aquel en donde incluye las nuevas habilidades adquiridas.

Desarrollo moral

En la etapa de Lactante es fundamental el ejemplo entregado por los padres o tutores del niño, ya que de ello y de los límites puestos dependerá su comportamiento futuro.

Alrededor de los 8 meses son capaces de responder al no, pero es fundamental siempre explicarles por qué una acción no se debe realizar, ya que el niño presenta un comportamiento narcisista y al estar muy desarrollada su curiosidad y sus deseos de explorar, realizará la acción cuando no lo se le esté supervisando.

PREESCOLAR.

El preescolar, esto es, el niño con edad comprendida de los dos a los seis años de vida extrauterina, crece en medio de una gran ampliación del número de personas con las que interactúa; se caracteriza por tener una velocidad de crecimiento menor que la del lactante y por un gran desarrollo en todos los aspectos, que poco a poco la capacidad (le da el aprestamiento) para afrontar la vida como escolar

Crecimiento

En relación con la demás etapa de la vida extrauterina, el crecimiento del niño preescolar se da en forma desacelerada.

El análisis del crecimiento del niño preescolar se hará en relación con sus variaciones de peso, talla, perímetro cefálico, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, agudeza visual, senos paranasales y dentición.

Peso

El niño preescolar aumenta de peso aproximadamente dos kilogramos cada año

por año, hace que aproximadamente a los cuatro años desaparezca la lordosis (curvatura hacia delante de la columna vertebral) de la región lumbar y la prominencia abdominal, que normalmente presenta el niño desde que nace hasta esta edad. Igualmente, desaparecen las almohadillas de las plantas de los pies, con lo cual se hacen visibles los arcos plantares (puentes en los pies).

Talla

El crecimiento en talla en el niño preescolar es desacelerado en relación con el de la época de lactante. Además, a los dos y medio años de edad se tiene aproximadamente la mitad de la talla que se tendrá en la vida adulta.

El crecimiento de la columna vertebral uno de los factores fundamentales del aumento de la talla, que es en promedio de cinco a seis centímetros

Perímetro cefálico

A los tres años de vida extrauterina el cerebro humano ya ha alcanzado el 75% de su crecimiento; a los seis años, el 90%; en consecuencia, el perímetro cefálico tiene un crecimiento lento de los dos a los cinco años, período en el que aumenta dos centímetros.

Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca en el preescolar es más rápida que en las etapas posteriores del ciclo vital humano: 105 ± 35 pulsaciones por minuto.

Presión arterial

Los niños de tres a seis años tienen aproximadamente una presión arterial sistólica de 120 mm Hg y una presión arterial diastólica de 70 mm Hg.

Agudeza visual

La agudeza visual a los tres años es 20/30, a los cuatro años es 20/25 y a los cinco años es 20/20, que es también la del adulto normal.

Senos paranasales

De los dos a los cuatro años de edad empieza la tematización de los senos frontales, la cual se completa de los cinco a los nueve años. A los tres años ya es visible el seno esfenoidal.

Dentición

En el niño preescolar no suele hacer erupción dentaria; al comienzo de esta edad (dos años y medio) ya han hecho erupción todos los dientes de la dentadura decidua; en el resto del período el rostro crece proporcionalmente más que la cavidad craneana, y la mandíbula se ensancha, como preparación para la salida de la dentadura permanente, lo cual sucede en la edad escolar, aunque ocasionalmente al final de la edad preescolar también puede empezar este proceso.

Desarrollo

El desarrollo del niño de los dos a los seis años de edad se caracteriza por la adquisición de mayores habilidades corporales, el paso de un egocentrismo total de una forma práctica de actuar, la adquisición del control de los esfínteres y la distinción de género, la consolidación de su autonomía y el desarrollo de una gran iniciativa para hacer las cosas, lo que significa un avance significativo en la construcción de la creatividad.

Es una época con la que se da una lucha entre la obtención de independencia y autonomía y la demanda de atención y cuidado por parte de los adultos. Se caracteriza por grandes adquisiciones en el lenguaje y en la socialización.

A continuación, se presentarán los hechos más importantes en relación con el desarrollo desde el punto de vista psicomotor, cognoscitivo, psicosexual y psicosocial.

Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor en el niño preescolar sigue el mismo patrón que en el niño lactante. Esta etapa se caracteriza por el perfeccionamiento de los movimientos gruesos y finos que le permiten al niño controlar mejor su cuerpo.

Conducta motriz

El desarrollo neurológico del niño preescolar no es tan acelerado como en el lactante y es menor que el crecimiento físico, pero le permite desarrollar habilidades para controlar la postura y valerse por sí mismo.

De veinticinco a treinta meses de edad, el niño puede levantarse sin apoyar sus manos y es capaz de patear una pelota. De los 31 a los 36 meses, corre, trepa y salta; camina hacia atrás, en la punta los pies y en los talones con balanceo rítmico de sus brazos y al saltar logra alternar sus pies. Sin apoyo, es capaz de subir escaleras alternando los pies y salta dos escalones.

De los 37 a los 48 meses de edad, el niño puede bajar escaleras alternando los pies, maneja triciclo y es capaz de pararse en un pie. De los 49 meses a los cinco años de edad, salta en línea recta tres o más pasos con un pie; lleva el ritmo de la música; hace rebotar y agarra la pelota, la cual puede lanzar con la mano por encima de la cabeza.

En la última parte de la edad preescolar (el quinto año de vida), el niño es capaz de saltar la cuerda, caminar en zancos, saltar de sitios altos como una mesa y jugar golosa (rayuela).

Conductas adaptativas

Con el perfeccionamiento progresivo de la pinza digital el niño manipula objetos, con lo cual logra la comprensión de conceptos básicos sobre la relación entre los objetos, por ejemplo, adentro-afuera, arriba-abajo, etc.

De veinticinco a treinta meses de edad, el niño es capaz de construir torres de ocho o más cubos, ensartar cuentas, usar el lápiz para imitar la T, la V y la H, manejar la cuchara y abrir puertas.

De los 31 a los 36 meses, el desarrollo de la pinza le permite realizar, con una mano, en forma secuencial, movimientos de aposición y oposición, por lo cual es capaz de seleccionar objetos grandes y pequeños e iniciar el dibujo de la figura humana como cefalópodo (dibujo cabeza y pies), así como lanzar y agarrar la pelota.

De los 37 a los 48 meses, gracias al desarrollo de la pinza digital, puede abotonarse; cortar papel con tijeras; verter líquidos, aunque derrama un poco; imitar una cruz; copiar un círculo, y luego un cuadrado. Puede construir torres de diez cubos y puentes de tres y pintar la figura humana con cuello y tronco.

De los 49 a los 60 meses ya es capaz de hacer aposición y oposición secuencial con ambas manos; puede contar en los dedos de la mano, amarrarse los zapatos y modelar con plastilina. Agrupa por color y forma; construye figuras complicadas

con cubos. Distingue arriba-abajo-atrás. Dibuja la figura humana muy completa y nombra cinco o más colores.

Del quinto al sexto año, la pinza, ya muy perfeccionada, le permite al niño hacer cosas complejas como manejar un martillo; construir escaleras de diez cubos, imitar un triángulo, recoger monedas y dibujar cosas.

Distingue derecha de izquierda, aunque sin claridad en el concepto, e identifica variaciones de peso.

Conducta de lenguaje

El desarrollo del lenguaje en la edad preescolar, como en todas las etapas, tiene gran influencia de la cantidad y calidad del lenguaje utilizado en el hogar, además de la de los medios masivos de comunicación social, en especial la televisión.

De los veinticinco a los treinta meses generalmente, el niño dice su nombre y su edad, así como el nombre de su mamá y su papá. Tiene un vocabulario de mínimo cincuenta palabras; usa yo, mí y tú (o vos); usa el plural; reconoce cinco o más dibujos y comprende órdenes sencillas.

De los 31 a los 36 meses, utiliza oraciones completas de tres palabras (sujeto, verbo y complemento), conoce su nombre completo y se refiere a sí mismo con el pronombre yo,

De los 37 a los 48 meses perfecciona el uso de oraciones, responde preguntas simples, relata sus experiencias, cuenta hasta tres y describe bien un dibujo. De los 49 a los 60 meses es parlanchín y preguntón, conoce y repite canciones, usa conjunciones, distingue los colores y cuenta hasta cuatro.

De los cinco a los seis años, ya su voy no es monótona y habla sin articulación infantil. El lenguaje ya tiene una función social, como por ejemplo en la representación de papeles. Usa oraciones de diez o más palabras y cuenta hasta diez.

Edad escolar.

Desarrollo físico

Los niños en edad escolar con mucha frecuencia tienen habilidades motrices fuertes y fluidas. Sin embargo, su coordinación (en especial ojo-mano), resistencia, equilibrio y capacidades físicas varían.

Las destrezas motrices finas también varían ampliamente. Estas destrezas pueden afectar la capacidad del niño para escribir en forma pulcra, vestirse de forma adecuada y realizar ciertas tareas domésticas, como tender la cama o lavar los platos.

Habrán diferencias considerables en estatura, peso y tipo físico entre los niños de este rango de edad. Es importante recordar que los antecedentes genéticos, al igual que la nutrición y el ejercicio, pueden afectar el crecimiento de un niño.

El sentido de la imagen corporal comienza a desarrollarse alrededor de los 6 años. Los hábitos sedentarios en niños en edad escolar están ligados a un riesgo de presentar obesidad y enfermedad del corazón de adultos. Los niños en este grupo de edad deben hacer 1 hora de actividad física por día.

También puede haber una gran diferencia en la edad a la que los niños comienzan a desarrollar las características sexuales secundarias. Para las niñas, las características sexuales secundarias incluyen:

- El desarrollo de las mamas
- El crecimiento de vello en el pubis y las axilas

Para los niños, estas características incluyen:

- Crecimiento de vello en el pubis, las axilas y el pecho
- Crecimiento del pene y los testículos}

La escuela

A los 5 años, la mayoría de los niños están listos para comenzar a aprender en un ambiente escolar. Los primeros años se centran en el aprendizaje de lo básico.

En el tercer grado, el enfoque se vuelve más complejo. La lectura se centra más en el contenido que en la identificación de letras y palabras.

La capacidad para prestar atención es importante para el éxito tanto en la escuela como en la casa. Un niño de 6 años de edad debe ser capaz de concentrarse en una tarea durante al menos 15 minutos. Para los 9 años, un niño ya debe estar en capacidad de centrar la atención durante una hora aproximadamente.

Es importante que el niño aprenda a hacerle frente al fracaso o a la frustración sin perder la autoestima. Hay muchas causas de fracaso escolar, que incluyen:

- Problemas de aprendizaje, como problemas para leer
- Factores estresantes, como el acoso
- Cuestiones de salud mental, como la ansiedad o la depresión

Si usted sospecha que su hijo presenta alguna de estas, hable con su maestro o proveedor de atención médica.

Desarrollo del lenguaje

Los niños que están comenzando la edad escolar deben ser capaces de usar oraciones simples, pero completas que contengan un promedio de 5 a 7 palabras. A medida que el niño progresa a través de los años de escuela elemental, la gramática y la pronunciación se vuelven normales. Al ir creciendo, los niños usan oraciones más complejas.

El retraso en el desarrollo del lenguaje puede deberse a problemas auditivos o de la inteligencia. Además, los niños que no son capaces de expresarse bien pueden ser más propensos a tener comportamientos agresivos o rabietas.

Un niño de 6 años normalmente puede seguir una serie de 3 órdenes consecutivos. Hacia la edad de 10 años, la mayoría de los niños pueden seguir 5 órdenes consecutivos. Los niños que tienen un problema en esta área pueden tratar de cubrirlo respondiendo de forma insolente o haciendo payasadas. Rara vez pedirán ayuda porque temen que se burlen de ellos.

Comportamiento

Las dolencias físicas frecuentes (como dolor de garganta, de estómago y en las extremidades) pueden deberse simplemente a un aumento de la conciencia corporal del niño. Aunque no suele haber evidencia física que corrobore dichas dolencias, es necesario investigarlas para descartar una posible enfermedad importante. Esto también le asegurará al niño que el padre se preocupa por su bienestar.

La aceptación de los compañeros se vuelve más importante durante los años de edad escolar. Los niños pueden involucrarse en ciertos comportamientos para formar parte de "un grupo". Hablar acerca de estos comportamientos con el niño permitirá que este se sienta aceptado en dicho grupo, sin cruzar los límites de los patrones de comportamiento en la familia.

Las amistades a esta edad tienden a establecerse principalmente con miembros del mismo sexo. De hecho, los niños que están en los primeros años de la edad escolar a menudo hablan sobre como los miembros del sexo opuesto son "extraños" y "terribles". Los niños se vuelven menos negativos hacia el sexo opuesto a medida que se acercan a la adolescencia.

Mentir, hacer trampa y robar son ejemplos de comportamientos que los niños en edad escolar pueden "probar" a medida que aprenden a lidiar con las expectativas y normas establecidas para ellos por la familia, los amigos, la escuela y la sociedad. Los padres deben manejar estos comportamientos en privado con sus hijos (para que los amigos del niño no lo molesten). Los padres deben mostrarse dispuestos a perdonar y aplicar castigos que correspondan al comportamiento.

Es importante que el niño aprenda a hacerle frente al fracaso o la frustración sin perder la autoestima.

Seguridad

La seguridad es importante en el caso de los niños en edad escolar.

- Los niños en edad escolar son muy activos. Ellos necesitan actividad física y aprobación de sus compañeros, y desean intentar comportamientos más osados y aventureros.
- A los niños se les debe enseñar a participar en deportes en áreas adecuadas, seguras y supervisadas, con un equipo apropiado y con reglas. Las bicicletas, las patinetas, los patines en línea y demás equipos para deportes recreativos deben ajustarse al niño. Deben utilizarse solo mientras se sigan las reglas de tránsito y peatones, y mientras se use equipo de seguridad, como rodilleras, coderas,

protectores de muñeca y cascos. Los equipos deportivos no deben utilizarse de noche ni en condiciones climáticas extremas.

- Las clases de natación y de seguridad en el agua pueden ayudar a prevenir ahogamientos.
- Las instrucciones de seguridad sobre el uso de fósforos, encendedores, parrillas, estufas o fogatas abiertas pueden evitar quemaduras mayores.
- El uso de cinturones de seguridad es la forma más importante para la prevención de lesiones mayores o muerte por accidente automovilístico.

Adolescencia.

Durante la adolescencia, los niños desarrollan la capacidad para: Comprender ideas abstractas. Estas incluyen comprender conceptos de matemática avanzada, y desarrollar filosofías morales, incluso derechos y privilegios.

Establecer y mantener relaciones personales satisfactorias. Los adolescentes aprenderán a compartir la intimidad sin sentirse preocupados o inhibidos. Avanzar hacia un sentido más maduro de sí mismos y de su propósito. Cuestionar los viejos valores sin perder su identidad.

Desarrollo físico

Durante la adolescencia, las personas jóvenes atraviesan por muchos cambios a medida que pasan a la madurez física. Los cambios prepuberales precoces ocurren cuando aparecen las características sexuales secundarias.

Niñas:

Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de estos que se alcanza en algún momento entre los 12 y los 18 años.

El crecimiento del vello púbico, de la axila y de la pierna comienza usualmente alrededor de los 9 o 10 años de edad, y alcanza los patrones adultos alrededor de los 13 o 14 años.

La menarquia (el comienzo de los periodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de 2 años después de la aparición de los senos incipientes y el vello púbico. Puede suceder incluso desde los 9 años o, a más tardar, hacia los 16 años. La edad promedio de la menstruación en los Estados Unidos es aproximadamente a los 12 años.

El crecimiento rápido de estatura en las niñas alcanza su punto máximo alrededor de los 11.5 años y disminuye alrededor de los 16.

Niños:

Los niños pueden comenzar a notar un crecimiento del escroto y los testículos desde los 9 años de edad. Pronto, el pene comienza a agrandarse. Hacia la edad de 17 a 18 años, sus genitales tienen usualmente el tamaño y la forma de los genitales adultos.

El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila, la pierna, el pecho y la cara, comienza en los niños alrededor de los 12 años y alcanza los patrones adultos más o menos de los 17 a 18 años.

Los niños no comienzan la pubertad con un incidente súbito, como lo es el comienzo de la menstruación en las mujeres. Tener emisiones nocturnas regulares (sueños húmedos) marca el inicio de la pubertad en los varones y ocurre normalmente entre las edades de 13 y 17 años. La edad promedio es alrededor de 14 años y medio.

El cambio en la voz en los hombres sucede al mismo tiempo que el crecimiento del pene. Las emisiones nocturnas ocurren con el punto máximo de aumento de estatura.

Un crecimiento rápido en la estatura en los niños alcanza su punto máximo alrededor de los 13 años y medio y disminuye más o menos a los 18 años.

Comportamiento

Los cambios súbitos y rápidos a nivel físico que experimentan los adolescentes los lleva a ser acomplejados. Son sensibles y están preocupados por sus cambios corporales. Pueden hacer comparaciones angustiosas respecto a ellos mismos y sus compañeros.

Los cambios físicos quizá no ocurran en un plazo regular y sin problemas. Por lo tanto, los adolescentes podrían pasar por etapas de incomodidad, tanto en su apariencia como en su coordinación física. Las niñas pueden estar ansiosas si no están listas para el comienzo de los periodos menstruales. Los niños pueden preocuparse si no saben acerca de las emisiones nocturnas.

Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes empiecen a separarse de sus padres y a crear su propia identidad. En algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia. Sin embargo, esto puede provocar conflicto en algunas familias a medida que los padres tratan de mantener el control.

Los amigos se vuelven más importantes a medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad.

Su grupo de amigos puede convertirse en un refugio seguro. Esto le permite al adolescente probar nuevas ideas.

En la adolescencia temprana, el grupo de compañeros casi siempre consiste de amistades no románticas. Estas a menudo incluyen "pandillas", bandas o clubes. Los miembros del grupo de compañeros con frecuencia intentan comportarse y vestirse en forma semejante, tener códigos secretos o rituales y participar en las mismas actividades.

A medida que el joven avanza hacia la adolescencia media (14 a 16 años) y más allá, el grupo de compañeros se extiende para incluir amistades románticas.

Desde la mitad hasta el final de la adolescencia, los jóvenes a menudo sienten la necesidad de establecer su identidad sexual. Necesitan estar cómodos con su cuerpo y sentimientos sexuales. Los adolescentes aprenden a expresar y recibir intimidad o insinuaciones sexuales. Las personas jóvenes que no tienen la oportunidad de tales experiencias pueden tener mayores dificultades para establecer relaciones íntimas cuando sean adultos.

Los adolescentes muy a menudo demuestran comportamientos congruentes con varios mitos de la adolescencia:

El primer mito es que ellos están "en escena" con la atención de otros constantemente centrada en su apariencia o en sus acciones. Este es un egocentrismo normal. Sin embargo, puede parecer (especialmente para los adultos) que raya en la paranoia, el amor propio (narcisismo) o incluso la histeria.

Otro mito de la adolescencia es la idea de que "eso nunca me sucederá, solo a los demás". "Eso" puede representar resultar embarazada o contraer una enfermedad de transmisión sexual luego de tener sexo sin protección; causar un accidente automovilístico mientras se conduce bajo la influencia del alcohol o las drogas, o cualquiera de los otros numerosos efectos negativos de los comportamientos peligrosos.

Seguridad

Los adolescentes se vuelven más fuertes y más independientes antes de haber desarrollado buenas destrezas para tomar decisiones. Una fuerte necesidad de la aprobación de los amigos podría tentar a los jóvenes a tomar parte en comportamientos riesgosos.

Se debe hacer énfasis en la seguridad con los vehículos motorizados. Debe enfocarse en el rol del conductor, del pasajero y del peatón, los riesgos del abuso de sustancias y la importancia de utilizar los cinturones de seguridad. Los adolescentes no deben tener el privilegio de utilizar vehículos motorizados a menos que puedan demostrar que los pueden usar de manera segura.

Otras cuestiones de seguridad son:

Los adolescentes que practican deportes deben aprender a utilizar el equipo y los implementos o trajes protectores. Se les debe enseñar las reglas del juego seguro y cómo acercarse a actividades avanzadas.

La gente joven necesita estar muy consciente de los peligros potenciales, incluso la muerte súbita. Estas amenazas pueden ocurrir con el abuso regular de sustancias, y con el consumo experimental del alcohol y las drogas.

Los adolescentes a quienes se les permite el uso o tienen acceso a las armas de fuego necesitan aprender a utilizarlas de manera apropiada.

Los adolescentes necesitan ser evaluados si parecen estar aislados de sus compañeros, no tienen interés en actividades sociales o escolares, o muestran una súbita disminución en el desempeño escolar, laboral o deportivo.

Muchos adolescentes se encuentran en alto riesgo de depresión e intentos potenciales de suicidio. Esto puede deberse a las presiones y conflictos en sus familias, el colegio, organizaciones sociales, grupos de compañeros y relaciones íntimas.

Luchas por la independencia y el poder

La búsqueda de la independencia por parte del adolescente se presenta como un aspecto normal en su desarrollo. El padre o la madre no deben verlo como una actitud de rechazo o pérdida del control. Los padres necesitan ser constantes y coherentes. Deben estar disponibles para escuchar las ideas del joven, sin dominar su identidad independiente.

Aunque los adolescentes siempre retan a las figuras de autoridad, necesitan o quieren límites. Los límites brindan una frontera de seguridad para crecer y desempeñarse. Establecer límites se refiere a tener regulaciones y reglas predeterminadas con respecto a su comportamiento.

Las luchas de poder empiezan cuando la autoridad está en juego o el "tener la razón" es el asunto principal. Estas situaciones se deben evitar, en lo posible. Una de las partes (normalmente el adolescente) resultará dominado. Esto causará desprestigio. El adolescente puede sentir vergüenza, insuficiencia, resentimiento y rencor como resultado.

Los padres deben estar preparados y reconocer que existen conflictos comunes que se pueden desarrollar durante la crianza de los adolescentes. La experiencia puede estar influenciada por aspectos sin resolver de su propia niñez o de los primeros años del adolescente.

Los padres deben saber que los adolescentes desafiarán reiteradamente su autoridad. El hecho de mantener líneas de comunicación abiertas, al igual que límites o fronteras claras e incluso negociables puede ayudar a reducir los conflictos mayores.

La mayoría de los padres siente que tiene más conocimiento y crecimiento propio a medida que acepta los retos de criar adolescentes.