



**Nombre de alumnos: Yarineth Pereida Montes**

**Nombre del profesor: JAVIER GOMEZ GALERA.**

**Nombre del trabajo: ENSAYO.**

**Materia: ENFERMERIA DEL NIÑO Y  
ADOLESCENTE.**

**Grado: 5 To. Cuatrimestre**

**Grupo: "A".**

PICHUCALCO CHIAPAS A, 03 DE MARZO DEL 2022

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL RECIEN NACIDO

Los bebés se llaman recién nacidos durante su primer mes de vida. Aunque el recién nacido duerme mucho, se observan cambios importantes en las cinco áreas principales de desarrollo.

**Desarrollo físico:** Observar cómo su bebé aumenta de talla es parte de la diversión de ser flamantes padres. No se alarme si su recién nacido baja algo de peso poco después de nacer. Este peso suele recuperarse dentro de los 10 o 12 días. La mayoría de los recién nacidos aumentan, aproximadamente, entre 4 onzas (113 g) y 8 onzas (227 g) a la semana, y crecen alrededor de 1 pulgada (2.5 cm) a 1.5 pulgadas (3.5 cm) durante el primer mes.

**Desarrollo cognitivo:** La cognición es la capacidad de pensar, de aprender y de recordar. El cerebro de un recién nacido se desarrolla rápidamente. Usted estimulará un crecimiento saludable del cerebro cada vez que interactúe en forma positiva con su bebé.

**Desarrollo emocional y social:** Los recién nacidos aprenden rápidamente a comunicarse. Buscan interactuar con usted y expresar cómo se sienten con sonidos y expresiones faciales. Al principio, las conductas instintivas, como llorar cuando se siente incómodo, son las formas que su bebé tiene de expresar sus necesidades. Pronto, su recién nacido comenzará a comunicarse sutilmente y a interactuar con usted. Por ejemplo, los ojos de su bebé seguirán sus movimientos. Y su cara se iluminará cuando lo acune y le hable con dulzura. Incluso cuando solo tenga unos días, su bebé podría intentar imitarlo cuando saca la lengua.

**Desarrollo del lenguaje:** Su recién nacido escucha y absorbe los sonidos básicos y característicos del lenguaje. Este proceso forma la base del habla.

**Desarrollo de habilidades sensoriales y motoras:** Los recién nacidos tienen los cinco sentidos. Su recién nacido aprende rápidamente a reconocer su cara, el sonido de su voz y su olor. El sentido del tacto de su recién nacido está muy desarrollado, especialmente alrededor de la boca. Su bebé también tiene un fuerte sentido del olfato. Después de algunos días, su recién nacido oye bastante bien, y la respuesta

a sonidos agudos y fuertes será muy evidente. Su bebé reconoce y prefiere los sabores dulces y no los agrios, los amargos o los salados. La visión se desarrolla rápidamente, pero se cree que es el sentido más débil. Las habilidades motoras se desarrollan a medida que los músculos y los nervios de su bebé trabajan juntos. Los movimientos son mayormente controlados por los reflejos, como el reflejo de búsqueda, que es cuando un recién nacido gira la cabeza y "busca" con la boca lo que lo tocó. Cuando el bebé está alerta, aprieta fuerte los puños de las manos.

## EVALUACION Y DESARROLLO DEL RECIEN NACIDO

Inmediatamente después del parto, es preciso evaluar el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el color, el tono y la actividad refleja del recién nacido; todos estos son componentes clave de la puntuación de Apgar asignada al minuto y a los 5 minutos del parto. Las puntuaciones de Apgar de 8 a 10 indican que el recién nacido está realizando una buena transición a la vida extrauterina; las puntuaciones  $\leq 7$  a los 5 minutos (especialmente si se mantienen después de los 10 minutos) se asocian con tasas más altas de morbilidad neonatal. Muchos recién nacidos normales tienen cianosis 1 minuto después del nacimiento, que desaparece a los 5 minutos. La cianosis que no desaparece puede indicar anomalías cardiopulmonares congénitas o depresión del sistema nervioso central.

Además de la puntuación de Apgar, debe evaluarse a los recién nacidos para detectar malformaciones macroscópicas (p. ej., pie zambo, polidactilia) y otras alteraciones importantes (p. ej., soplos cardíacos). En condiciones ideales, la evaluación debe realizarse bajo un calefactor radiante y con la familia cerca.

## Examen físico del recién nacido

Debe realizarse un examen físico completo dentro de las 24 horas. Realizar el examen en presencia de la madre y otros miembros de la familia le permite formular preguntas y que el médico señale hallazgos físicos y les dé una orientación anticipatoria.

Las mediciones básicas incluyen la talla, el peso y el perímetro cefálico (véase también Parámetros de crecimiento en recién nacidos). La altura o talla se mide del vértex a los talones; los valores normales dependen de la edad gestacional y deben registrarse en un gráfico de crecimiento estándar. Cuando la edad gestacional es incierta o cuando el lactante parece grande para la edad gestacional o pequeño

### Madurez neuromuscular

Puntuación	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Retroceso del brazo		180°	140-180°	110-140°	90-110°	<90°	
Ángulo popliteo	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°
Signo de la bufanda							
Talón-oreja							

### Madurez física

Piel	Pastosa, friable, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Lisa, rosada, venas visibles	Descamación superficial o exantema, pocas venas	Agrietamiento, zonas pálidas, venas raras	Apergamina-da, grietas profundas, ausencia de vasos	Coriácea, agrietada, arrugada																												
Lanugo	Ninguno	Escaso	Abundante	Adelgaza-miento	Zonas alopécicas	En su mayor parte, alopécico	<b>Clasificación de madurez</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Semanas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>-10</td><td>20</td></tr> <tr><td>-5</td><td>22</td></tr> <tr><td>0</td><td>24</td></tr> <tr><td>5</td><td>26</td></tr> <tr><td>10</td><td>28</td></tr> <tr><td>15</td><td>30</td></tr> <tr><td>20</td><td>32</td></tr> <tr><td>25</td><td>34</td></tr> <tr><td>30</td><td>36</td></tr> <tr><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>45</td><td>42</td></tr> <tr><td>50</td><td>44</td></tr> </tbody> </table>	Puntuación	Semanas	-10	20	-5	22	0	24	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44
Puntuación	Semanas																																		
-10	20																																		
-5	22																																		
0	24																																		
5	26																																		
10	28																																		
15	30																																		
20	32																																		
25	34																																		
30	36																																		
35	38																																		
40	40																																		
45	42																																		
50	44																																		
Superficie plantar	Talón-dedo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, ausencia de pliegues	Marcas rojas, apenas visibles	Surco transversal anterior único	Surcos en los 2/3 anteriores	Surcos en toda la planta																													
Mama	Imperceptible	Apenas perceptible	Aréola plana, ausencia de botón mamario	Aréola punteada, botón de 1-2 mm	Aréola elevada, botón de 3-4 mm	Aréola completa, botón de 5-10 mm																													
Ojo/oido	Párpados fusionados laxamente: -1 Párpados fusionados estrechamente: -2	Párpados abiertos, pabellones auriculares planos, permanece plegado	Pabellón auricular ligeramente curvado, blando, retracción lenta	Pabellón bien formado, blando, pero retrocede con facilidad	Formado y firme, retracción instantánea	Cartilago grueso, oreja rígida																													
Genitales (masculinos)	Escroto plano, liso	Escroto vacío, rugosidades finas	Testículos en la parte superior del conducto, escasas rugosidades	Testículos en descenso, pocas rugosidades	Testículos descendidos, rugosidades adecuadas	Testículos péndulos, rugosidades profundas																													
Genitales (femeninos)	Clítoris prominente, labios planos	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores en crecimiento	Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clítoris y los labios menores																													

para la edad gestacional, la edad gestacional correcta puede determinarse usando hallazgos físicos y neuromusculares (ver figura Evaluación de la edad gestacional: nueva escala de Ballard). Estos métodos suelen ser exactos con un margen de error de  $\pm 2$  semanas; sin embargo, en el recién nacido enfermo, estos métodos son menos fiables.

#### Evaluación de la edad gestacional: nueva escala de Ballard

Muchos médicos comienzan por examinar el corazón y los pulmones, seguido de un examen sistemático de la cabeza a los pies en el que se buscan particularmente signos de traumatismo obstétrico y anomalías congénitas.

#### Aparato cardiorrespiratorio

El corazón y los pulmones se evalúan cuando el lactante está callado.

El médico debe identificar la zona de máxima auscultación de los ruidos cardíacos para descartar dextrocardia. Se controlan la frecuencia (normal: 100-160 latidos/min) y el ritmo cardíaco. El ritmo debe ser regular, aunque no es infrecuente un ritmo irregular por extrasístoles auriculares o ventriculares. Un soplo que se ausculta en las primeras 24 horas se debe, la mayoría de las veces, a un conducto arterioso permeable. El examen cardíaco diario confirma la desaparición de este soplo, en general dentro de los 3 días.

Se palpan los pulsos femorales y se los compara con los braquiales. Un pulso femoral débil o retrasado sugiere una coartación aórtica u otra obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. La cianosis central sugiere una cardiopatía congénita, una enfermedad pulmonar o una sepsis.

El aparato respiratorio se evalúa contando las respiraciones en un minuto, teniendo en cuenta que la respiración de los recién nacidos es irregular; la frecuencia normal es de 40 a 60 respiraciones/min. Debe investigarse la simetría de la pared torácica, y el murmullo vesicular debe ser igual en todos los campos. Los gruñidos, el aleteo nasal y la retracción costal son signos de dificultad respiratoria.

## Cabeza y cuello

En un parto en cefálica, la cabeza suele modelarse con cabalgamiento de los huesos del cráneo en las suturas y cierta hinchazón y equimosis del cuero cabelludo (caput succedaneum). En un parto en pelviana, la cabeza presenta menor modelado, y se observan hinchazón y equimosis de la parte de presentación (es decir, nalgas, genitales o pies). Las fontanelas varían de diámetro, de un través de dedo a varios centímetros. Una fontanela anterior aumentada de tamaño y una fontanela posterior que mide más que el ancho de la punta de un dedo puede indicar un hipotiroidismo.

Un cefalohematoma es un hallazgo frecuente: la sangre se acumula entre el periostio y el hueso, y causa una hinchazón que no cruza las líneas de sutura. Puede aparecer en uno o ambos huesos parietales y, en ocasiones, en el occipital. Por lo general, los cefalohematoma no se detectan hasta que se reabsorbe el edema de partes blandas y desaparecen gradualmente en varios meses.

Se inspecciona el tamaño y la forma de la cabeza para detectar hidrocefalia congénita.

Muchos síndromes genéticos causan anomalías craneofaciales. Se inspecciona la simetría y el desarrollo normal de la cara, en particular, de la mandíbula, el paladar, los pabellones auriculares y los conductos auditivos externos.

Los ojos pueden examinarse más fácilmente al día siguiente del nacimiento, porque el parto causa hinchazón peri palpebral. Debe investigarse el reflejo rojo, cuya ausencia puede indicar un glaucoma, cataratas o un retinoblastoma. Las hemorragias subconjuntivales son frecuentes y se deben a las fuerzas ejercidas durante el parto.

Las orejas de implantación baja pueden indicar anomalías genéticas, incluida la trisomía 21 (síndrome de Down). Muchos síndromes genéticos causan malformaciones de las orejas o los conductos auditivos externos. Los médicos deben buscar fositas o apéndices en el oído externo, que se asocian, a veces, con hipoacusia y alteraciones renales.

El médico debe inspeccionar y palpar el paladar para investigar defectos del paladar blando o duro. Las fisuras bucofaciales se encuentran entre los defectos congénitos más frecuentes. Algunos neonatos nacen con un épulis (un hematoma benigno de la encía) que, si es grande, puede provocar dificultades alimentarias y obstruir las vías aéreas. Estas lesiones pueden resecarse y no presentan recurrencia. Algunos recién nacidos presentan dientes primarios o natales. Estos dientes no tienen raíces, y puede ser necesario extraerlos para impedir que caigan y sean aspirados. Se pueden ver quistes de inclusión, denominados perlas de Epstein, en el techo de la boca.

Al examinar el cuello, el médico debe elevar el mentón para investigar anomalías como higromas quísticos, bocios y remanentes de los arcos branquiales. Un hematoma del esternocleidomastoideo secundario a traumatismo obstétrico puede provocar tortícolis.

#### Abdomen y pelvis

El abdomen debe ser redondo y simétrico. Un abdomen navicular puede indicar una hernia diafragmática, que permite la migración intrauterina del intestino a la cavidad torácica; esto puede provocar hipoplasia pulmonar y dificultad respiratoria posnatal. Un abdomen asimétrico sugiere una masa abdominal.

La esplenomegalia sugiere una infección o una anemia hemolítica congénitas.

Los riñones pueden evaluarse mediante palpación profunda; es más fácil palpar el izquierdo que el derecho. Los riñones agrandados pueden indicar obstrucción, tumores o enfermedad quística.

Por lo general, el hígado se palpa a 1-2 cm por debajo del reborde costal. Una hernia umbilical, por una debilidad de la musculatura del anillo umbilical, es frecuente, pero rara vez significativa. Hay que confirmar la permeabilidad y posición normal del ano.

En los varones debe examinarse el pene para detectar hipospadias o epispadias. En los varones de término, los testículos deben estar en el escroto. La hinchazón escrotal puede implicar un hidrocele, una hernia inguinal o, más rara vez,

una torsión testicular. En caso de hidrocele, puede transiluminarse el escroto. La torsión, una emergencia quirúrgica, causa equimosis y una consistencia dura.

En las niñas de término, los labios son prominentes. Las secreciones vaginales mucoides y cero sanguíneas (seudomenstruación) son normales; se deben a la exposición intrauterina a hormonas maternas y a la privación después del parto. A veces hay un pequeño apéndice de tejido himeneo en la horquilla posterior, que se considera secundario a la estimulación hormonal materna, pero desaparece en unas pocas semanas.

Los genitales ambiguos (intersexo) pueden indicar varios trastornos infrecuentes (p. ej., hiperplasia suprarrenal congénita; deficiencia de 5-alfa-reductasa; síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner o síndrome de Sawyer). Está indicada la derivación a un endocrinólogo para la evaluación, así como el análisis de la familia acerca de los beneficios y los riesgos de la asignación de sexo inmediata o diferida.

#### Sistema musculoesquelético

Se examinan los miembros para detectar malformaciones, amputaciones (miembros incompletos o faltantes), retracciones y desarrollo defectuoso. La parálisis del nervio braquial por un traumatismo obstétrico puede manifestarse por un movimiento limitado o no espontáneo del lado afectado, a veces con aducción y rotación interna del hombro, y pronación del antebrazo.

La columna se inspecciona para detectar signos de espina bífida, en particular exposición de meninges o médula espinal (mielomeningocele).

El examen ortopédico consiste en palpación de los huesos largos para detectar traumatismo obstétrico (en particular, fractura de clavícula), pero se centra en la detección de displasia de cadera. Los factores de riesgo de displasia son sexo femenino, posición pelviana intrauterina, embarazo gemelar y antecedentes familiares. Se realizan las maniobras de Barlow y Ortolani en busca de displasia. Estas maniobras deben efectuarse cuando los recién nacidos están tranquilos. La posición inicial es la misma para ambas: se coloca a los recién nacidos de espaldas con las caderas y rodillas flexionadas en 90° (los pies deben estar fuera de la

camilla), los pies hacia el médico, quien coloca el dedo índice sobre el trocánter mayor y el pulgar sobre el trocánter menor.

Para la maniobra de Barlow, el médico aduce la cadera (es decir, se lleva la rodilla hacia la línea media del cuerpo) mientras empuja el muslo posteriormente. Un sonido sordo indica que la cabeza del fémur se ha salido del acetábulo; después, la maniobra de Ortolani la reubica y confirma el diagnóstico.

Para la maniobra de Ortolani, vuelve a colocarse la cadera en la posición inicial; después, se abduce la cadera evaluada (es decir, se aleja la rodilla de la línea media hacia la camilla en una posición de patas de rana) y se tracciona suavemente en sentido anterior. Un resalto palpable de la cabeza femoral con la abducción implica el desplazamiento de una cabeza femoral ya luxada hacia el interior del acetábulo y representa una prueba positiva para displasia de cadera.

Las maniobras pueden ser falsamente negativas en lactantes > 3 meses debido a la mayor tensión de los músculos y ligamentos de la cadera. Si el examen es dudoso o el lactante es de alto riesgo (p. ej., niñas que estuvieron en posición pelviana), debe realizarse una ecografía de cadera a las 4-6 semanas; algunos especialistas recomiendan la detección sistemática por ecografía a las 4-6 semanas en todos los lactantes con factores de riesgo.

### Sistema nervioso

Se evalúan el tono, el nivel de alerta, el movimiento de los miembros y los reflejos del recién nacido. Por lo general, se buscan reflejos neonatales, como reflejo de Moro, de succión y de orientación o búsqueda:

Reflejo de Moro: se provoca la respuesta del recién nacido al sobresalto traccionando levemente de los brazos para levantarlos de la cama y soltándolos de manera brusca. En respuesta, el recién nacido extiende los brazos con los dedos extendidos, flexiona las caderas y llora.

Reflejo de orientación o búsqueda: al tocar suavemente la mejilla o la parte lateral del labio del recién nacido, éste gira la cabeza hacia el estímulo y abre la boca.

Reflejo de succión: se utiliza un chupete o un dedo enguantado para provocar este reflejo.

Estos reflejos están presentes durante varios meses después del nacimiento y son marcadores de un sistema nervioso periférico normal.

## Piel

Por lo general, la piel de un recién nacido es rosada; es frecuente observar cianosis de los dedos de las manos y los pies durante las primeras horas. La mayoría de los recién nacidos > 24 semanas de gestación están cubiertos de unto sebáceo. A menudo, aparece sequedad y descamación a los pocos días, especialmente en los pliegues de las muñecas y los tobillos.

Puede haber petequias en las zonas traumatizadas durante el parto, como la cara cuando ésta es la presentación; pero, en los recién nacidos con petequias difusas debe buscarse una trombocitopenia.

## **Eritema tóxico**



SPRINGER SCIENCE+BUSINESS MEDIA

Muchos recién nacidos presentan eritema tóxico, un exantema benigno con base eritematosa y una pápula blanca o amarilla. Este exantema, que puede aparecer a las 24 horas del parto, afecta en forma difusa todo el cuerpo y puede persistir hasta 2 semanas.

## Pruebas de cribado neonatal

Las recomendaciones de estudios de cribado varían según el contexto clínico y los requerimientos estatales.

cuando la madre es de grupo O Rh negativo, o cuando hay antígenos sanguíneos menores presentes implicados, está indicada la tipificación de sangre, debido al riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.

En todos los recién nacidos debe buscarse la ictericia durante toda la hospitalización y antes del alta. El riesgo de hiperbilirrubinemia se evalúa mediante criterios de riesgo o determinación de bilirrubina. La bilirrubina puede medirse por vía transcutánea o en suero. Muchos hospitales estudian a todos los recién nacidos y utilizan un nomograma predictivo para determinar el riesgo de hiperbilirrubinemia extrema. El seguimiento depende de la edad en el momento del alta, la concentración de bilirrubina previa al alta y/o de la velocidad de elevación de la bilirrubina entre dos determinaciones y del riesgo de presentar ictericia.

En la mayoría de los estados se buscan en forma rutinaria enfermedades hereditarias específicas, como fenilcetonuria, tirosinemia, deficiencia de biotinidasa, homocistinuria, enfermedad de la orina en jarabe de arce, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, drepanocitosis e hipotiroidismo. Algunos estados incluyen la evaluaciones en busca de fibrosis quística, trastornos de la oxidación de ácidos grasos, otras acidemias orgánicas e inmunodeficiencia combinada grave.

Algunos exigen estudios de HIV, que además están indicados en los hijos de madres HIV positivas o que tienen conductas que conllevan alto riesgo de infección por HIV.

Los estudios de cribado toxicológicos están indicados en cualquiera de las siguientes circunstancias: antecedentes maternos de consumo de drogas, desprendimiento prematuro de placenta de causa desconocida, trabajo de parto prematuro de causa desconocida, atención prenatal deficiente o evidencia de abstinencia de drogas en el recién nacido.

La detección de la enfermedad cardíaca congénita crítica mediante oximetría de pulso es ahora parte de la evaluación de rutina del recién nacido. Anteriormente, los recién nacidos eran seleccionados para enfermedad cardíaca congénita crítica por ecografía prenatal y mediante un examen físico, pero este enfoque no identificaba muchos casos de esta enfermedad, lo que llevó a un aumento de la morbilidad y la mortalidad. La detección se realiza cuando los lactantes tienen  $\geq 24$  horas de vida y se considera positivo si

Alguna medición de saturación de oxígeno es  $< 90\%$ .

Las mediciones de saturación de oxígeno, tanto en la mano y el pie derechos son de  $< 95\%$  en 3 mediciones separadas tomadas con 1 hora de diferencia.

Existe una diferencia absoluta  $> 3\%$  entre la saturación de oxígeno en la mano (preductal) y el pie derecho (posductal) en 3 mediciones separadas tomadas con 1 hora de diferencia.

Cualquier niño con un examen de detección positivo debe tener pruebas adicionales, que incluyen una radiografía de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma. El pediatra del niño debe ser notificado, y el niño puede tener que ser evaluado por un cardiólogo.

Los estudios de cribado sistemáticos de la audición varían según el estado. La pérdida de audición es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes. Alrededor de 3/1.000 lactantes nace con hipoacusia moderada, profunda o grave. La pérdida de audición es aún más frecuente entre los niños ingresados en unidades de cuidados intensivos al nacer. Actualmente, algunos estados estudian solo a los recién nacidos de alto riesgo (ver Factores de alto riesgo de hipoacusia en recién nacidos); otros, a todos los recién nacidos. En los estudios iniciales se suele utilizar un dispositivo manual para buscar los ecos producidos en oídos sanos en respuesta a sonidos suaves (emisiones otoacústicas); si esta prueba es anormal, se investiga la respuesta auditiva del tronco encefálico. Algunas instituciones utilizan la respuesta auditiva del tronco encefálico como prueba inicial. Puede requerirse una evaluación más profunda por un otólogo.

## EVALUACIÓN PSICOMOTRIZ DEL RECIEN NACIDO

El desarrollo psicomotor es una evolución continua desde la descoordinación inicial del RN y su incapacidad cognito – verbal de dar cuenta de lo que sucede, hasta la total maduración de los patrones de movimientos con una movilidad autónoma y la adquisición de esquemas mentales.

Un tipo poco frecuente de variaciones o trastornos del desarrollo se agrupan bajo el nombre de “disociaciones aparentes del desarrollo”. Consiste en un retardo cronológico en un área circunscrita del desarrollo que en las restantes áreas es normal. Este retardo localizado se recupera con el paso del tiempo sin dejar secuelas aparentes.

En la disociación del desarrollo motor, los niños adquieren la motricidad fina (pinza, paso de objetos de mano, etc.) a una edad habitual y sin embargo el gateo y la marcha son adquiridas con gran retardo, lo que significa signos de disfunción neurológica.

Algunas variaciones de la normalidad sin carácter patológico:

Pinza entre el dedo pulgar y medio.

Desplazamiento sentado sobre las nalgas.

Marcha de pie sin pasar por la etapa del gateo.

Rotación persistente de la cabeza

Marcha de puntillas.

Las desviaciones llamativas son fácilmente detectables, pero las finas, que representan el 70-y 80 % de la población con retardo, a menudo se escapan a la evaluación, por la información que dan los padres sobre el desarrollo de sus hijos a la evaluación pediátrica.

Desarrollo psíquico del niño normal de 0-12 meses (m).

0-1m: Grupo de reflejos incondicionados que se completan tempranamente con reflejos condicionados.

1-4m: Las diversas actividades reflejas se modifican por la experiencia y comienzan a coordinarse una con otra en forma más compleja.

4-8m: Realiza acciones orientadas más definitivamente hacia hechos y objetos que se hallan fuera y más allá de su propio cuerpo.

8-12m: Intencionalidad clara: se define como la búsqueda deliberada de una meta por medio de comportamientos instrumentados.

La intencionalidad es una de las características definitivas de la inteligencia. Los logros motores tienen que ver con la mielinización y crecimiento del cerebelo; por ejemplo: al principio se lo lleva todo a la boca, con el tiempo levanta objetos, los examina, los pasan de una mano a otra, los golpean, los dejan caer, etc. Evaluación de la motricidad amplia.

El acto motor voluntario discurre con progresiva diferenciación de global a individual (desde actos amplios, indiferenciados a precisos y refinados) en proyección céfalo caudal de axial a distal. Esta transformación es posible por la evolución del tono muscular, la disminución de la tonía flexora, la desaparición de reacciones arcaicas (su persistencia e intensidad anormales son signos de disfunción del sistema nervioso) y el desarrollo de reacciones de equilibrio.

Evaluación de la motricidad fina.

Para que la mano inicie el proceso que ha de llevarle su prominente función como órgano motriz sensorial y de comunicación, debe antes liberarse de la acción de la sinergia tónica flexora (reflejo de prensión palmar) lo que alcanza de 8 a 12 semanas de vida; además, es necesario superar la etapa de la hipertonia flexora de las extremidades.

La coordinación con el sentido de la vista, es posible a partir de los cuatro meses. Hasta los 4 años a 6 años el niño no logra el trípede manual (postura que adoptan los dedos pulgar, índice y medio para sostener el lápiz).

Las manos permanecen cerradas los primeros 4 meses, abiertas completamente desde los 8 meses. La prensión se inicia por el borde cubital y lentamente progresiva a prensión radial.

#### Desarrollo sensorial

En contraste con el desarrollo motriz, el sensorial es tan acelerado que todos los sistemas funcionales son capaces de funcionar antes del parto. Existen interrelaciones entre los diferentes estímulos y las correspondientes experiencias. Las etapas de comunicación pre- verbal, (llantos, gritos) y verbal (uso de la palabra) están estrechamente ligadas a las etapas del desarrollo censo-motriz. Un estudio de la norma. (1995) indica que el desarrollo del lenguaje es hasta cierto punto independiente de las habilidades motoras.

Es posible que el niño desde su nacimiento tenga su equipo afectivo en función y que perciba las manifestaciones del afecto. La primera respuesta afectiva es la sonrisa, aparece después de las 8 semanas (en nuestra observación aparece a las 4 semanas).

No obstante, el estudio mencionado antes, la comparación entre la afectividad y el tono muscular, ha evidenciado que la hipertonía del RN coincide con la etapa desprovista de respuestas afectivas.

#### Vínculos y relaciones sociales.

El contacto directo con la madre, durante las primeras 24 horas, tiene un beneficioso efecto en el desarrollo de los lazos y vínculos, persistiendo durante los primeros cuatro años. La maduración psicológica del niño parece depender del desarrollo de estos vínculos. En la firmeza de esta unión radicarán luego sus lazos sociales con otros seres humanos, el equilibrio armónico entre agresión y angustia y con ello la maduración de la inteligencia. Al final del primer año desarrolla fuertes vínculos con los padres, así como malestar al ser separado de ellos.

Las necesidades del RN son orgánicas, mientras que otras son ligadas al desarrollo funcional del cerebro. Las más importantes son las de su propia esencia, las necesidades sociales, la necesidad de otra persona, de la atención y cuidado de

esta y de la comunicación con ella. En el 1er y 2do mes de vida se forma en el niño una acción emotiva-motora dirigida al adulto (el complejo de animación).

Las acciones perceptivas del niño se forman en el proceso de comunicación con los adultos. En la 2da mitad del 1er año de vida, con la colaboración del adulto, se inicia en el bebé la formación de acciones objetar- manipulatoria, cuya vía fundamental es la imitación de las acciones que le son mostradas por el adulto, y con lo que aparecen las primeras generalizaciones sensoriales en el niño.

La falta de estimulación sensorial disminuye bruscamente el desarrollo. Su gran objetivo es mejorar la calidad de la vida y lo logra al aprovechar al máximo el vasto potencial existente en el sistema nervioso central (SNC) del niño, despertando capacidades dormidas, recuperando restos anatómo-funcionales y desarrollando nuevas posibilidades.

Existen test creados para la evaluación del desarrollo psicomotor, los cuales enfatizan en los aspectos motores y sensoriales, como el de Gesell y Brunet Lezine con medidas cuantitativas que llevan a un cociente diagnóstico del desarrollo. También se cuenta con otros instrumentos de examen del desarrollo destinados a diferenciar de una manera rápida y sencilla, niños normales de aquellos con posibles anomalías.

## II. Estimulación psico-censo-motriz.

Durante los primeros días de nacido, el niño debe ser cargado con alguna frecuencia, se le debe hablar y cantar al asearle o dormirle.  
1m-3m: Posición abdominal con alguna frecuencia al día; debe ser estimulado con objetos rojos, sonidos de maruga, la charla y las canciones.  
4m: Estimular posiciones abdominal y supina, asociadas a estimulaciones con objetos de colores y que produzcan sonidos. Repetirle sus vocalizaciones.  
5m: Acercarle objetos en posición abdominal. Apoyarlo en algunas ocasiones en las piernas.

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

¿Qué es el crecimiento y desarrollo normal de los adolescentes?

El crecimiento y desarrollo normal es la forma en que el adolescente crece física, mental, emocional y socialmente. Un adolescente está entre los 10 a 20 años de edad. Este período se divide en 3 etapas que incluyen la adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), la adolescencia media (de 14 a 17 años de edad) y la adolescencia tardía (de los 18 a los 20 años de edad).

¿Qué cambios físicos ocurren?

La voz de su niño se pondrá más y más ronca y aparecerá también el olor corporal. Puede también aparecer el acné. El pelo empieza a crecer en ciertas partes del cuerpo de su niño, como en las axilas o cara. Los niños crecen aproximadamente 4 pulgadas por año durante este periodo de tiempo. Las niñas crecen aproximadamente 3½ pulgadas al año. Los niños suben aproximadamente 20 libras al año. Las niñas suben aproximadamente 18 libras al año.

¿Qué cambios emocionales y sociales ocurren?

+Es probable que sea más independiente. Es probable que su niño pase menos tiempo con la familia y más tiempo con sus amigos. Su sentido de responsabilidad aumentará y es probable que aprenda a depender de sí mismo.

+Su niño puede intentar cosas como fumar, tomar bebidas alcohólicas o empezar a ser sexualmente activo.

+Las relaciones que su niño tiene con otras personas también crecerán. Es probable que su niño aprenda a pensar en las necesidades de otros antes de pensar en las suyas.

¿Qué cambios mentales ocurren?

\*Cambiará su forma de verse a sí mismo: Empezará a desarrollar sus propias ideas, valores y principios. Es probable que se interese en nuevas creencias y cuestione sus viejas creencias.

\*Aprenderá a pensar de nuevas formas y a comprender ideas complejas: Aprenderá por medio de la atención selectiva y dividida. Su niño pensará lógicamente, usando el juicio y desarrollando pensamientos abstractos. El pensamiento abstracto es la habilidad de entender y dar sentido a símbolos o imágenes.

\*Desarrollará su imagen de sí mismo y un plan para el futuro: Su niño decidirá quién quiere ser y lo que quiere hacer en la vida. Se pone metas realistas y ya ha aprendido la diferencia entre metas, fantasía y realidad.

¿Cómo puedo ayudar a un adolescente?

\*Establezca reglas claras y sea consistente: Sea un buen modelo para su niño. Hable con su niño sobre el sexo, las drogas y el alcohol.

\*Participe de las actividades de su niño: Manténgase en contacto con los maestros de su niño. Conozca a sus amigos. Pase tiempo con su niño y esté presente para él. Aprenda los signos tempranos del uso de drogas, la depresión y los problemas alimenticios, como la anorexia o la bulimia. Hacerlo le dará a usted la oportunidad de ayudarle a su niño antes de que los problemas se conviertan en problemas más serios.

\*Anime a su niño a tener una buena nutrición y hacer ejercicio por lo menos 1 hora al día: La buena nutrición incluye frutas, vegetales y proteína, como el pollo, el pescado y los frijoles. Limite los alimentos que son altos en grasas y azúcar. Asegúrese de que su niño desayune para obtener energía para el resto del día.