

Tema 1.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.

Objetivos Específicos:

- 1.- Definir el concepto de crecimiento y desarrollo.
- 2.- Identificar los factores que influyen en el desarrollo del niño.
- 3.- Describir sus etapas y características.
- 4.- Describir y aplicar las técnicas de valoración del crecimiento y desarrollo.
- 5.- Identificar las fases básicas de la consulta de enfermería al desarrollar el programa del "niño sano".

Contenidos:

Crecimiento y desarrollo. Factores determinantes. Etapas de: R.N., lactante, preescolar y adolescente. Características del desarrollo psicomotor y de la socialización. Técnicas de valoración del crecimiento y desarrollo: talla, peso, perímetros, test de Denver. Consulta programada del "niño sano".

I.- INTRODUCCION.

Muchos expertos han intentado definir la esencia de la enfermería, aceptando en términos generales, que el centro de esta profesión está constituido por los **cuidados¹ competentes, rigurosos y personalizados al individuo, la familia o/ y la comunidad.**

Los cuidados no solamente exigen interés y compromiso, sino también la comprensión de una amplia gama de conocimientos y de habilidades que surgen de la puesta en práctica de los conocimientos. Es por lo que, cualquier enfermera/o que cuide niños² debería poseer ciertos conocimientos sobre el proceso de crecimiento y desarrollo en la infancia y sus implicaciones.

¹ Durante el curso 1995-96, sugio por consenso, una posible definición de referencia para el termino 'Cuidar': "*Toda acción llevada a cabo, por un profesional de enfermería, para cubrir unos requerimientos esenciales e imprescindibles para el equilibrio bio-psico-social (de la madre, niño, familia). Que por medio de una relación de intercambio, se transmiten los conocimientos, comprobando la comprensión y retención de la información, para que le permita distinguir y decidir qué, cómo, cuándo y por qué existe una alteración o potencial alteración de su equilibrio de salud que le facilite su autosuficiencia.*

Todo ello es un proceso dinámico y complejo que se desarrolla en un lugar, en un tiempo, en un contexto y en una situación de interacción entre quién cuida y quién es cuidado.

Definición realizada por la promoción 1993-1995 de alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante.

² Hay que recordar que nuestro sistema sanitario establece la asistencia infantil hasta la edad de 14 años. Pero en la realidad hospitalaria es, lamentablemente, algo frecuente ver ingresos de niños mayores de 10 años en zonas para hospitalización de adultos, por diagnósticos o tratamientos de algún tipo de especialización médica.

En los últimos años, la atención sanitaria ha considerado como principio y objetivo fundamental al niño, ya que es, en esta época de la vida, cuando son más efectivas las medidas de fomento de la salud, y porque incluso existen numerosas situaciones patológicas que únicamente se pueden prevenir actuando durante la infancia. En este sentido, cada vez es más frecuente el uso de expresiones como "Salud de hoy, riqueza del mañana", en las que se puede entender que subyace un planteamiento de búsqueda de la salud del niño con la finalidad de conseguir la salud del adulto.

Pero ¿a qué nos referimos cuando usamos la palabra niño?. Niño es un termino impreciso que enmascara una gran variabilidad. Aplicando el modelo de Virginia Henderson, estamos hablando de situación de máxima dependencia, por la imposibilidad de hacer por sí mismo, hasta llegar al más alto de los niveles de independencia, habiendo pasado previamente por situaciones de autosuficiencia vigilada.

En el mundo occidental y, por tanto, en nuestro contexto habitual, el termino niño es un equivalente del concepto de criatura emocional, físicamente frágil y fácilmente lesionable. En cambio, la palabra niño más bien se refiere a un período de la vida que incluye un proceso continuo de crecimiento y desarrollo.

El estudio del crecimiento y desarrollo del niño capacita a la enfermera/o para conocer qué debe esperar del niño a una edad concreta, desterrando la idea arcaica de ver al niño como una miniatura del adulto. Dicho conocimiento es necesario para que planifique y ejecute un plan de cuidados que sea apropiado a la edad del niño y relevante para las necesidades de éste (es decir, planificar con índices de realidad y calidad).

El conocimiento de los procesos de crecimiento y desarrollo también permiten conocer las razones del porqué ciertas enfermedades o procesos patológicos son más frecuentes en determinados grupos de edad.

También, la enfermera debe conocer y ser capaz de aplicar estos conocimientos para enseñar a los padres, de una forma adecuada, de manera que puedan contribuir de un modo positivo al crecimiento y desarrollo óptimos de sus propios hijos³.

³ El Comité Regional para Europa de O.M.S. en 1991, efectuó el seguimiento de los avances conseguidos sobre los objetivos y estrategias establecidas para conseguir "Salud para todos en el año 2000", y se redefinieron algunas estrategias, en concreto:

"Para el año 2000, la salud de todos los niños y adolescente se debe mejorar dándoles la oportunidad para crecer y desarrollar todo su potencial de forma integral (física, mental y social)".



Aunque hemos hablado de edad, ésta no debe considerarse nunca como un concepto explicativo. **La edad por sí misma no es una causa de cambios de comportamiento.** La edad cronológica es simplemente una forma conveniente de medir el tiempo en el que ocurren los procesos psicológicos, de experiencia y de maduración.

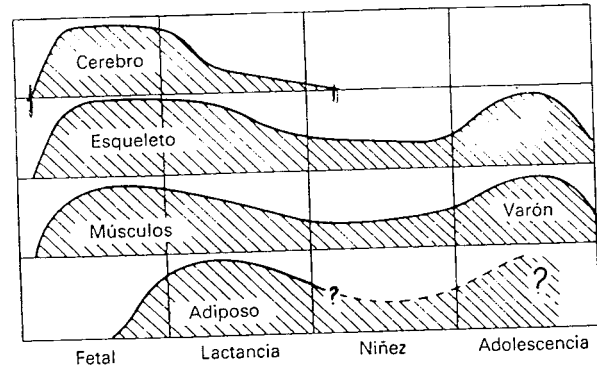
II.- CONCEPTO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

CRECIMIENTO: Indica cambio en cantidad. Es el resultado de la división celular y de la síntesis de proteínas. Se refleja por el aumento del tamaño y peso, del conjunto o de cualquiera de sus partes.

DESARROLLO: Se refiere al aumento progresivo de habilidad y capacidad para funcionar. Permite una facilidad en el funcionamiento. Indica un cambio cualitativo en el funcionamiento del niño. El término maduración se utiliza a menudo como sinónimo de desarrollo. Sin embargo, maduración tiene una aplicación más limitada al referirse al desarrollo de los rasgos transmitidos por los genes. La maduración produce un aumento en la competencia, la capacidad para funcionar a un nivel más elevado dependiendo de la herencia del niño.

Durante el proceso de crecimiento existen períodos de tiempo limitados en los que el organismo interactúa de forma específica con un entorno concreto. A estos períodos se les denomina **CRITICOS** o **SENSIBLES**.

Corresponde a fenómenos de **hiperplasia** (aumento del número de células) e **hipertrofia** (aumento de volumen/dimensiones) celular. Dentro de estos periodos críticos se alcanza el grado preciso de aumento de capacidad y de adaptabilidad, necesario para interactuar con el estimulo en el medio ambiente que puede desencadenar el nuevo comportamiento.



La calidad de las interacciones durante estos períodos determinará si los efectos sobre el organismo serán beneficiosos o perjudiciales. Por ejemplo la maduración funcional del Sistema Nervioso Central se ve influido por una adecuada alimentación y estimulación.

Este concepto de periodo sensible también puede aplicarse a la disposición para el aprendizaje de habilidades, control de esfínteres o la lectura, y en todos ellos existe un momento oportuno en que tal aprendizaje es más satisfactorio.

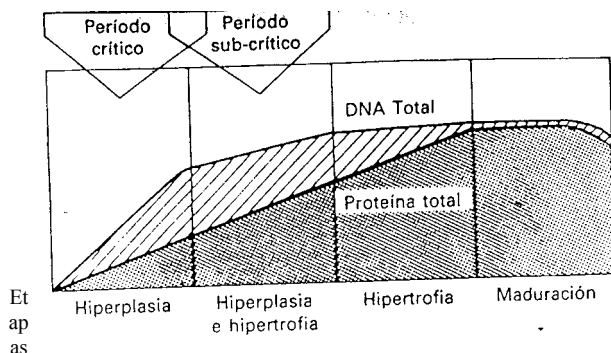
La socialización comienza durante el final del primer año, los lazos afectivos maternos positivos establecidos desde el nacimiento, son la base de la seguridad psíquica del niño y, por tanto, determinarán la personalidad sana de éste.

En definitiva, los períodos críticos son los puntos en los cuales, se presenta por primera vez la capacidad máxima para un aspecto del desarrollo o las estructuras sufren un crecimiento rápido.

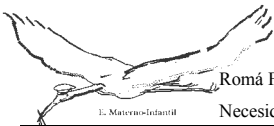
La maduración del sistema nervioso, determina básicamente el desarrollo, pero siempre que se esté produciendo la maduración, una falta de estimulación puede retardarlo, pero no acelerarlo significativamente, al realizar una estimulación adicional.

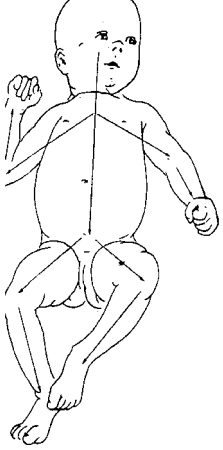
III.- CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Existen características definidas y previsibles que son **continuas**, **ordenadas** y **progresivas**. Estas características son **universales** y **básicas**. Aunque todos los niños individualmente son diferentes, el crecimiento y el desarrollo siguen tendencias predeterminadas en su **dirección**, **orden** y **ritmo**.



en el crecimiento y diferenciación de los tejidos. Periodos críticos de los tejidos según el ritmo de sus mitosis



<p style="text-align: center;">TENDENCIA DIRECCIONAL</p> 	<p>El crecimiento y desarrollo ocurren en direcciones regulares y enlazadas o relacionadas, que reflejan el crecimiento físico y la maduración de las funciones neuromusculares. Estas tendencias son: CEFALOCAUDAL, PROXIMODISTAL Y MASIVO (globales)-ESPECIFICA (concretas).</p>
<p style="text-align: center;">TENDENCIA DE ORDEN</p>	<p>Durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo hay una secuencia de incremento, respondiendo dicho fenómeno a las siguientes consideraciones: 1.- Es un proceso definido y previsible. 2.- Es un proceso ordenado y continuo. Cada niño pasa por cada etapa normalmente, desde la concepción a la madurez. Suelen existir parones en el desarrollo de una capacidad en particular para dar paso al desarrollo de otra.</p>
<p style="text-align: center;">RITMO</p>	<p>El progreso del desarrollo posee un orden fijo y preciso, pero no progresa al mismo ritmo o velocidad durante toda la infancia. Además, cada niño posee un ritmo propio en su crecimiento, debido a factores como herencia, raza, economía, nutrición, enfermedades físicas y trastornos psicológicos.</p>

No obstante, el proceso de crecimiento y desarrollo también está regulado por factores endógenos y exógenos; del equilibrio entre ellos, se determina el estado de salud del niño, en el siguiente esquema se enumeran:

<p>FACTORES ENDOGENOS</p>		<p>FACTORES EXOGENOS</p>
<p>*Genéticos. *Neurohormonales *Específicos. *Metabólicos.</p>	<p>CRECIMIENTO Y DESARROLLO</p>	<p>*Nutrientes. *Ambientes</p>

IV.- FASES DEL DESARROLLO.

El crecimiento y las capacidades (hitos) del niño se clasifican en etapas de edades aproximadas que describen las características de un intervalo de edad. Si bien, los límites de edad de estos márgenes son arbitrarios y no pueden aplicarse de forma precisa a todos los niños, pues, no toman en cuenta las diferencias individuales. No obstante, si que tienen una utilidad, la de orientar al profesional, por describir los rasgos típicos de la mayoría de los niños en las etapas en que aparecen cambios del **desarrollo particulares** y deben lograrse **capacidades y habilidades peculiares**. Las etapas más destacadas y orientativas son:

Período de Lactancia: Del nacimiento a los 12 ó 18 meses.

Neonatal: Del nacimiento a los 28 ó 30 días.

Lactancia: Del primer mes al doce ó decimotercero mes.

El período de la lactancia es un tiempo de rápido desarrollo motor, cognoscitivo y social. Por medio de la relación materna (o figura que la sustituya) el lactante establece una confianza básica con el mundo y el fundamento de las relaciones interpersonales futuras. El primer mes de vida se suele diferenciar del resto del período de lactancia, debido a los importantes ajustes físicos y el establecimiento de la base afectiva recíproca madre-hijo.

Infancia temprana: De los 12 ó 18 meses a los 6 años.

Niño que hace Pinitos o Lactante Grande: De 12 ó 18 meses a 3 años.

Preescolar: De 3 a 6 años.

Este período abarca desde el momento en que los niños logran una marcha erecta hasta su ingreso en la escolarización reglada; su característica primordial es la gran actividad del niño a todos los niveles y con ello, todo el proceso de descubrimiento y confirmación. Es una etapa o fase de notable desarrollo físico (en el ámbito motor el avance es continuo) y de la personalidad. En esta fase se produce la adquisición del lenguaje y se establecen relaciones sociales más amplias, aprendiendo las normas de convivencia -intra y extrafamiliar-, logrando un autocontrol y dominio de su persona. Además, se desarrolla una conciencia de la dependencia e independencia, comenzando a surgir el concepto de sí mismo.

Infancia Media o Infancia: De 6 a 11 ó 12 años.



Esta fase es también la denominada **Etapa Escolar**, se caracteriza por un mundo más amplio (compañeros, amigos con objetivos comunes), el niño se dirige fuera del núcleo familiar sin abandonarlo. Se producen adelantos constantes en el desarrollo físico, mental y social, pero principalmente destaca su avance en el terreno de las habilidades (perfecciona y domina). En el ámbito social se desarrolla la cooperación (en el juego es la esfera de actividad más visible) y se inicia el desarrollo moral (que afectará a etapas posteriores de la vida). Es una etapa imprescindible del desarrollo del concepto de sí mismo.

Infancia Tardía o Preadolescencia: De 11 a 13 años. (Dentro de esta etapa hay autores que la amplían haciendo diferencias hasta la adolescencia _18 años_).

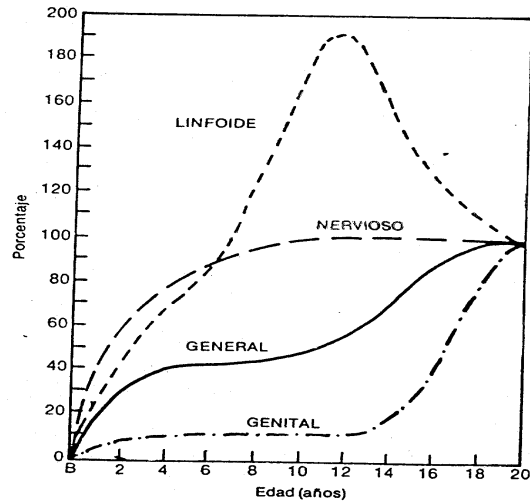
Período muy diferenciado individualmente, y se puede definir como una fase tumultuosa de procesos de maduración y cambios rápidos. Se le considera un período de transición que comienza con la pubertad y alcanza hasta el inicio del período adulto (educación media superior). Es una época de turbulencias físicas y emocionales, acompañadas de maduración biológica y de la personalidad, definiéndose nuevamente el concepto de sí mismo. Se comienza a interiorizar todos los valores aprendidos durante las fases anteriores y a tener una visión definida y diferente del yo y del mundo que le rodea. Hay grandes diferencias entre los chicos y las chicas, éstas últimas, entran en esta etapa con antelación.

V.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO.

5.1.- CRECIMIENTO BIOLOGICO:

Cuando los niños crecen, cambian sus dimensiones físicas. Esos cambios van acompañados de las correspondientes alteraciones estructurales y funcionales de los órganos y de los tejidos internos que reflejan la adquisición gradual de mayor competencia fisiológica.

Cada parte del organismo tiene su propia tasa de crecimiento, que se puede relacionar directamente con alteraciones del tamaño del niño. El crecimiento del músculo esquelético se aproxima al del resto del cuerpo; los tejidos linfoides, suprarrenal, S.N.C. y reproductor siguen tipos de crecimiento diferentes e individuales.



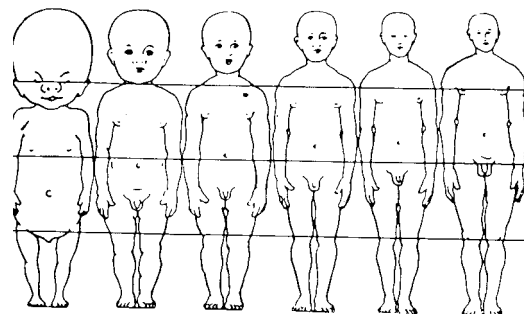
5.2.-CAMBIOS EN EL CRECIMIENTO CORPORAL GENERAL.

El crecimiento es rápido en la etapa de gestación y lactancia. En la etapa del preescolar es estable y lento en el período del escolar. Nuevamente existe un pico de crecimiento rápido manifestado en la pubertad o adolescencia.

Las variaciones de crecimiento de los distintos tejidos y sistemas de órganos producen también cambios significativos en las proporciones del cuerpo durante la infancia.

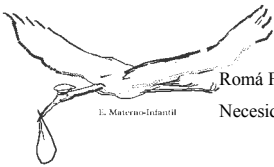
Durante la etapa del lactante predomina el crecimiento del tronco; las piernas crecen con rapidez durante el período del preescolar y escolar; en la adolescencia, el tronco vuelve a alargarse otra vez.

Al avanzar el crecimiento, el punto medio de la dimensión cabeza-pies desciende de forma gradual desde el nivel del ombligo, al nacer, hasta el de la sínfisis púbica, en la madurez.



La segunda figura corresponde al recién nacido y la última al adulto

5.3.- PESO Y ESTATURA (LONGITUD O ALTURA)



EDAD	PESO	ESTATURA
LACTANTE: * R.N. hasta 6 meses	Aumento semanal de 140 a 200 gr. (El peso nacimiento se duplica a los 6 meses. En niños con lactancia artificial antes).	Aumento mensual de 2,5 cm.
* De 6 a 12 meses	Aumento semanal 85 a 140 gr. (El peso nacimiento se triplica hacia los 12 meses).	Aumento mensual de 1,25 cm. (Se aumentado un 50% de la longitud al nacimiento).
LACTANTE GRANDE	Aumento anual de 2 a 3 kg.	2º año aumenta casi 12 cm. 3º año unos 6 cm.
PREESCOLAR	Aumento anual de 2 a 3 kg.	Duplica longitud de nacimiento a los 4 años. (Aumento de 6 a 8 cm año).
EDAD	PESO	ESTATURA
ESCOLAR	Aumento anual de 2 a 3 kg.	Unos 5 cm año desde los 7 años.
PUBERTAD: * Mujeres (10 a 14 años)	Aumento de 7 a 25 Kg (media de 17 Kg)	Aumento de 5 a 25 cm (media 20 cm).
* Varones (11 a 16 años)	Aumento de 7 a 30 Kg (media de 23 Kg)	Aumento de 10 a 30 cm (27cm de media).

Fuente: Wong, 1995.

5.4.- PERIMETROS: CEFALICO, TORACICO, ABDOMINAL Y PELVICO.

El perímetro cefálico nos informa del crecimiento y volumen endocraneal. En el R.N. este es de 32,5 a 35 cm; en el primer año de vida crece unos 10 cm, en el segundo año 2,5 cm; y del tercer al quinto año 1,2 cm. El adulto suele tener un perímetro cefálico de 51 a 54 cm.

El perímetro torácico informa del crecimiento de la caja torácica e indirectamente del crecimiento del aparato respiratorio (pulmones).

Existe una relación entre el perímetro cefálico y torácico, durante la infancia:

- * R.N.: Perímetro Cefálico es mayor en 2 ó 3 cm al Perímetro Torácico.
- * 1 a 2 años: Perímetro cefálico y Perímetro Torácico son iguales.
- * Desde 5 ó 6 años: Perímetro Cefálico es menor en 5 ó 7 cm al Perímetro Torácico.

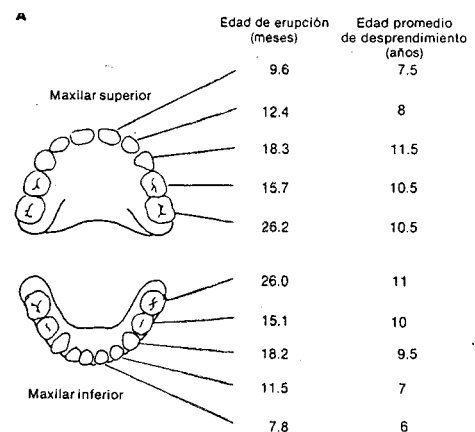
La circunferencia abdominal no está fijada por una caja ósea como el tórax; en consecuencia, es afectada por el estado nutricional del lactante, el tono muscular, distensión gaseosa e incluso la fase de la respiración.

El diámetro pelvico, distancia máxima entre los margenes extremos de las crestas ilíacas, no se afecta por variaciones en la postura y musculatura y, es un buen índice de delgadez o robustez de un niño.

5.5.- DENTICION.

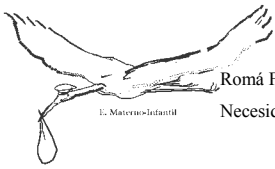
En el siguiente esquema se presenta la secuencia de la erupción y desprendimiento de los dientes primarios (deciduos), así como, la secuencia de erupción de los dientes permanentes.

Recordar que una caries en el diente primario puede transmitirse al diente definitivo que todavía no ha hecho su aparición. Por ello, es importante aconsejar a las madres que comiencen a crear el hábito de limpieza bucal desde los 2 años; incluso hay pediatras y dentistas que aconsejan iniciarla desde la aparición del primer diente.

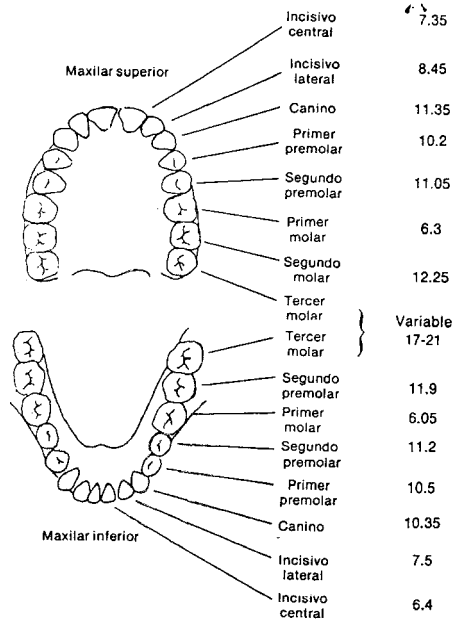


Evolución de la aparición y caída de los dientes de leche.

ón de la



DESARROLLO PSICOMOTOR OTRAS EDADES.



Edad media de aparición de las piezas definitivas

5.6.- **DESARROLLO MOTOR: GROSERO Y FINO.**

El desarrollo motor depende de la maduración del sistema muscular, esquelético y nervioso. El desarrollo motor habitualmente se denomina grosero y fino.

El desarrollo motor grosero describe la adquisición de movilidad creciente y locomoción independiente. Las actividades motoras groseras incluyen girar, alcanzar, sentarse, ponerse de pie y caminar.

El desarrollo motor fino evoluciona a medida que los reflejos primarios dan paso a la adquisición de la destreza motora. A medida que el sistema nervioso madura, los reflejos desaparecen y son remplazados por actividades con fines. El niño aprende a utilizar las manos y dedos para lograr la oposición del pulgar, la prensión palmar, la liberación de objetos, la prensión de pinza, etc.

El desarrollo motor no es afectado por el sexo, residencia geográfica, nivel cultural o económico de los padres, aunque la nutrición adecuada y la buena salud ejercen influencia positiva.

Un medio ambiente negativamente desviado producirá una adquisición retrasada o ausente de habilidades, que posiblemente ya no se adquieran de igual forma o con igual calidad.

EDAD	MOTRICIDAD GENERAL Y ESPECIFICA	LENGUAJE	SOCIO-PERSONAL
4 AÑOS	Incrementa su estabilidad cuando se apoya con un solo pie. Copia una cruz.	Entiende indicaciones del tipo: sobre, debajo, detrás, delante.	Se cepilla los dientes. Juega de modo cooperativo.
5 AÑOS	Salta usando alternativamente uno y otro pie. Coge pelotas que botan. Pinta una figura humana con sus partes (cabeza, cuerpo, brazos, ...).	Pregunta el significado de las palabras.	Comienzan los juegos físicos competitivos
6 AÑOS	Perfecciona la coordinación general y específica.	Define objetos simples y su utilidad. Busca una explicación de los hechos.	Se fortalece la relación de grupo de amigos.

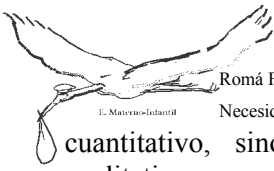
5.7.- **DESARROLLO SENSORIAL**

Aunque el sistema sensorial es funcional al nacimiento, el niño gradualmente aprende el proceso de significado y de asociación con un estímulo percibido. Los sentidos más agudos inicialmente en el nacimiento son el gusto y olfato. Al ser estimulado el sentido del tacto en el neonato se produce una respuesta corporal total. A medida que se logra la mielinización del sistema nervioso, el niño puede responder a estímulos específicos. El sistema visual es el último en madurar, aproximadamente a los 6 ó 7 años.

VI.- DESARROLLO.

La noción de desarrollo supone un proceso de cambio unitario y continuo, que implica una variación hacia unas formas de conducta que se valoran como superiores dentro de una determinada concepción del mundo.

El concepto de desarrollo implica algo más que la idea de crecimiento. No es un puro aumento



cuantitativo, sino que también supone avances cualitativos.

El desarrollo, pues, es un crecimiento pautado cuya forma tiene por lo común un carácter progresivo, y cuyo sentido es el de aumento de la calidad biosocial de la conducta.

El desarrollo de los niños puede dividirse en varias áreas: intelectual, moral, emocional, sexual, social, del lenguaje y del habla, y espiritual. Todas ellas se pueden describir por etapas predecibles relacionadas con la edad, durante las cuales se supone que ocurren cambios físicos específicos. Estas divisiones son arbitrarias; habitualmente progresan juntas en el proceso de maduración y aprendizaje. Además, a medida que los individuos maduran, desarrollan una imagen corporal y una perspectiva de la vida.

6.1.- DESARROLLO INTELECTUAL.

Nos referimos a los procesos por el que el niño llega a conocer el mundo. Todos los niños poseen una capacidad inherente, pero deben usarla mediante la interacción con el medio.

Al asimilar la información por medio de los sentidos, modificarla y actuar, llegan a comprender las relaciones entre los objetos, ellos y su entorno.

El desarrollo intelectual o cognoscitivo permite adquirir el razonamiento abstracto, pensamiento lógico y la organización mental. Una de las teorías que intentan explicar dicho proceso es la de J. Piaget (1969), el cual, concibe el desarrollo como una serie de etapas cuyo orden es invariable. Para él los niños pueden alcanzar una determinada etapa a edades ligeramente distintas, pero recorrerán, sin embargo, todas las etapas en el mismo orden.

Otro de los conceptos importantes en el que Piaget incide es que, en cada etapa, los niños planean una serie de “exploraciones” activas sobre su entorno y, como resultado de estas exploraciones, elaboran un punto de vista personal sobre su mundo. El pensamiento infantil difiere del pensamiento adulto no sólo en la cantidad de información que poseen, sino incluso en la propia forma de conocer.

Piaget, considera que existen cuatro grandes períodos o estadios en el desarrollo de la inteligencia:

* ETAPA SENSITIVOMOTORA (Nacimiento a 2 años). La resolución de los problemas se realiza sobre todo por "ensayo-error/causa-efecto". Se adquiere el sentido de SÍ MISMO.

* ETAPA PREOPERATIVA (De 2 a 7 años). EGOCENTRISMO = incapacidad para ponerse en lugar de otro. El pensamiento es concreto y

tangible. Al final de la etapa se llega a un razonamiento intuitivo.

* ETAPA DE OPERACIONES CONCRETAS (De 7 a 11 años). El pensamiento es cada vez más lógico y coherente. No tienen capacidad para el razonamiento abstracto, sus resoluciones se realizan de forma concreta y sistemática. Su razonamiento es inductivo. El pensamiento empieza a socializarse.

* ETAPA DE OPERACIONES FORMALES (De 12 a 15 años). Razonamiento abstracto y deductivo; puede planificar y poner en práctica el enfoque científico para la resolución de problemas.

6.2.- DESARROLLO MORAL.

Piaget y Kohlberg (1971) son los dos teóricos más conocidos en este aspecto del desarrollo. Ambos consideran que la moralidad se va integrando y siendo reemplazadas por otras más avanzadas, es decir, se produce por etapas. La secuencia de estas etapas no varía y viene marcada por un proceso de logros morales que no se salta ninguna etapa anterior. En estas etapas morales subyacen las estructuras y habilidades cognoscitivas que el niño va alcanzando.

Para Piaget, “toda moral consiste en un sistema de reglas, y su esencia reside en el respeto que los individuos adquieren hacia esas reglas”; las reglas nunca deben ser cambiadas puesto que han sido creadas por personas con mayor poder y autoridad que el niño. Los niños consideran estas reglas como *obligatorias* para todos e *inviolables*. A esta etapa de creencia en un absolutismo moral, Piaget la denomina *de realismo moral*, y abarca hasta los ocho o nueve años.

En este período el niño considera que si una regla es desobedecida debe sufrir un castigo, Asimismo, tienen la creencia arraigada en la “*justicia inmanente*”, de forma que los antecedentes y percances (balonazo, caerse de la bicicleta, romperse el pantalón,...) no son producidos por el azar sino que siempre son merecidos.

La etapa del realismo moral tiene tres características:

* Es heterónoma: Los niños creen que cualquier acto es normalmente bueno si se hace conforme a las reglas.

* Se centra más en el “texto de la ley” que en su “espíritu”. No hay previsión de circunstancias atenuantes.

* Los niños creen en la “responsabilidad objetiva”, de forma que sólo son buenos cuando siguen las reglas, y malos al violarlas. Las diferentes



intenciones que subyacen en cada acción son ignoradas.

Entre los nueve o diez años hay un período de transición desde el realismo moral hacia el siguiente estadio denominado *moral autónoma*, en el que las reglas son enfocadas de forma menos rígida. En este período las reglas no proceden de una autoridad externa, sino que están basadas en acuerdos y, por consiguiente, pueden ser cambiadas por consenso.

Los niños evalúan los problemas morales utilizando la responsabilidad subjetiva, centrándose en los motivos e intenciones de la conducta.

Los primeros signos de la moral autónoma son la *reciprocidad* y el *respeto mutuo*. En esta etapa se reduce el absolutismo moral y el concepto de justicia inmanente. De igual forma aumenta el conocimiento del respeto mutuo y de las expectativas de los compañeros, así como, la habilidad para mostrar afecto y gratitud.

Piaget explica que el egocentrismo es la base que limita la comprensión moral del niño. Así, el paso de la etapa del realismo moral a la autonomía moral es posible “gracias a la reducción del egocentrismo”.

La moral autónoma es la base de una comprensión madura de las normas, los castigos y la justicia.

6.3.- DESARROLLO SOCIAL.

Socialización o desarrollo social, significa entrenar a un niño en la cultura del grupo.

Los niños se preparan, para sus papeles de futuros adultos, a través de un proceso de socialización que tiene lugar desde el nacimiento hasta la adultez. Los niños aprenden a socializarse, encontrándose y comunicándose, con personas de distintas edades y participando en las actividades de la vida familiar y, en las acciones de sus grupos de compañeros y de la comunidad.

Desde el estadio emocional diferenciado del R.N. hasta la personalidad muy integrada del adulto, el niño atraviesa por varias etapas distintas o fases que incluyen crisis particulares, problemas centrales o tareas del desarrollo. Los quehaceres que se presentan a cada niño dan una oportunidad para desarrollar la capacidad personal y social para vivir y funcionar en el mundo de manera más productiva y con mayor satisfacción.

La teoría más aceptada, en general, es la expuesta por Erikson (1963), la cual, subraya la personalidad sana en contraposición a un enfoque patológico. Describe los conflictos clave o problemas intrínsecos que el individuo trata de dominar durante estos períodos del desarrollo. Sólo se logra superar con éxito

cada uno de estos conflictos intrínsecos cuando se ha conseguido un dominio satisfactorio de los anteriores.

Cada etapa psicosocial tiene dos componentes: el aspecto favorable y el desfavorable y, el avance a la etapa siguiente depende de la resolución de aquél. No obstante, nunca se domina del todo estos conflictos, sino que permanecen en alguna medida y surgen de forma recurrente durante toda la vida. Cada nueva situación vital, ninguna es siempre segura, plantea el conflicto en una forma diferente.

Las etapas del ciclo vital humano (sólo mencionaremos las correspondientes al objeto de estudio de nuestra materia, es decir, desde el nacimiento hasta la adolescencia) que plantea Erikson son:

- * **CONFIANZA EN OPOSICION A DESCONFIANZA:** *De 0 a 12 meses*. El aspecto favorable en la etapa inicial es la confianza y se logra a través de una relación madre-hijo satisfactoria. El resultado perdurable es la motivación y esperanza, es decir, confianza. El radio de las relaciones está focalizado en la madre o la persona sustituta.
- * **AUTONOMIA EN OPOSICION A VERGÜENZA Y DUDA:** *Lactante grande (de 1 a 3 años)*. La tarea a la que se enfrentan los niños de esta edad es la autonomía. Los problemas que rodean a la autonomía incluyen de manera principal el desarrollo de un sentimiento de control sobre las funciones corporales. Durante este período aumentan rápidamente las destrezas de locomoción, además, aprenden a controlar los esfínteres. Capacitado con estas nuevas habilidades, el niño tiene un fuerte deseo de tener confianza. Si el niño es castigado o tiene restricciones sobre sus actividades, entonces es posible que surja un sentimiento de vergüenza y duda. El resultado perdurable es autocontrol y fuerza de voluntad. Las relaciones significativas giran entorno a la figura del padre, principalmente, y comienza a imitar los roles de los padres.
- * **INICIATIVA EN OPOSICION A CULPA:** *Preescolar (de 3 a 6 años)*. Es el período en que se desarrolla la iniciativa. Se produce un deseo creciente de explorar nuevas posibilidades y hacer nuevos descubrimientos. Si se limita esta curiosidad recién encontrada sobre el mundo, se puede desarrollar un sentimiento negativo de culpa. Las relaciones significativas crecen al entrar en un ambiente social más amplio (guarderías), aunque sigue siendo el entorno familiar el principal y se produce una identificación con sus miembros.
- * **LABORIOSIDAD EN OPOSICION A INFERIORIDAD:** *De 6 hasta aproximadamente*



los 12 años. El niño en edad escolar está motivado por un sentimiento de laboriosidad: desea disfrutar de los logros. Las oportunidades en la escuela y la participación en grupos sociales infantiles, forman su radio de relaciones significativas más ampliado. El resultado perdurable que se produce al superar el conflicto es el método y la competencia.

- * IDENTIFICACION EN OPOSICION A DIFUSION DEL ROL: *Aproximadamente desde los 12 a los 18 años.* Se desarrolla el sentimiento de identificación a través de la integración de todas las etapas previas del desarrollo psicosocial de la infancia. Una tarea evolutiva previa que no se resuelve en forma adecuada tendrá un impacto negativo importante en el sentimiento de sí mismo. El aspecto negativo del problema de identidad es la confusión del rol. El adolescente puede sentir bastante presión de su grupo de compañeros y relegar aspectos del *yo* para conformarse con las normas del grupo y sentirse aceptado. El resultado perdurable es la devoción y fidelidad. Las relaciones significativas en esta etapa son los compañeros de grupo y fuera de él; está establecido el modelo de liderato, además, aparecen las parejas de amistad, sexo, competición y cooperación.

6.4.- DESARROLLO SEXUAL.

La teoría más relevante es la Psicoanalítica de Freud con sus etapas de desarrollo psicosexual (finales de siglo XIX).

Freud considera que los instintos sexuales son importantes en el desarrollo de la personalidad. Durante la infancia, algunas zonas del cuerpo asumen una importancia psicológica prominente, como fuente de placeres nuevos, y los nuevos conflictos cambian de forma gradual de una parte del cuerpo a otra, en etapas concretas del desarrollo. Estas etapas las denomina:

- * FASE ORAL-SENSORIAL (del nacimiento al año).
- * FASE ANAL-URETRAL (de 1 a 3 años).
- * FASE FALICA-LOCOMOCION (de 3 a 6 años).
- * FASE DE LATENCIA (aproximadamente de 6 a 12 años).
- * FASE GENITAL (a partir de los 12 o más años).

6.5.- DESARROLLO DEL LENGUAJE.

El desarrollo del lenguaje es un fenómeno complejo que abarca la coordinación de las capacidades cognoscitivas, psicológicas y fisiológicas del niño.

Se necesitan varios requisitos fisiológicos básicos para que se desarrolle el lenguaje. El niño debe tener una función respiratoria normal y funcionamiento neurológico del centro del lenguaje en la corteza cerebral. El desarrollo de las estructuras de la boca y cavidades nasales debe estar intacto para la articulación de las palabras. Por último, el niño debe tener suficiente capacidad auditiva.

En cuanto a las capacidades cognoscitivas, el niño debe tener la habilidad de usar símbolos antes de que se presente el uso del lenguaje. Es fundamental que comprenda el significado de las palabras antes de usarlas; al inicio no se posee esta capacidad. Al desarrollarse las capacidades mentales, las palabras se asocian con figuras y objetos significativos en el ambiente.

El aumento de vocabulario del niño está relacionado con la comprensión cognoscitiva del ambiente. El vocabulario inicial se limita de modo principal al nombre y descripciones de las personas y cosas con las que tiene bastante contacto. Al crecer aumenta su vocabulario.

Desarrollo del Lenguaje.

<i>Edad</i>	<i>Tipo de actividad del habla</i>	<i>Ejemplo</i>
0 a 12 meses	Arrullo, balbuceo, imitación de sonidos.	Goo, ah, ma-ma-ma, ba-ba, brup-brup, pan.
1 a 2 años	Oraciones de una palabra (palabra frase).	
2 a 3 años	Frases con varias palabras: * Localizar, nombrar. * Exigir. * Indicar posesión. * Preguntar.	Allí mono. Más leche. Mi nene. ¿Dónde sopa?.
3 a 4 años	Expresiones verbales gramaticalmente correctas.	Quiero mi zapato rojo.

6.6. DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL.

Desde la lactancia, los niños desarrollan lentamente una imagen corporal, un cuadro mental de lo que es su cuerpo junto con algunas actitudes hacia él y sus partes.



La imagen corporal, aunque constantemente es cambiante, se basa en el conocimiento del cuerpo de acuerdo a percepciones pasadas y presentes de su configuración biológica, funcionamiento fisiológico y maduración del desarrollo, y en el refuerzo social de los otros. Incluye tanto los sentimientos conscientes e inconscientes sobre el cuerpo.

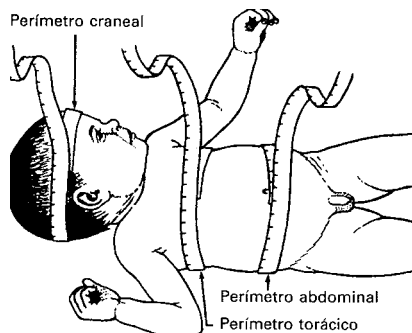
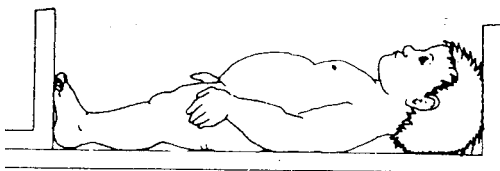
Asociadas estrechamente con el desarrollo de la imagen corporal del individuo están las ideas de autovaloración y aceptación de la familia y compañeros.

El desarrollo de la imagen corporal es un proceso dinámico que progresa durante toda la vida. Consiste en dar al propio cuerpo, en cualquier momento, las características de unidad y distinción de los otros.

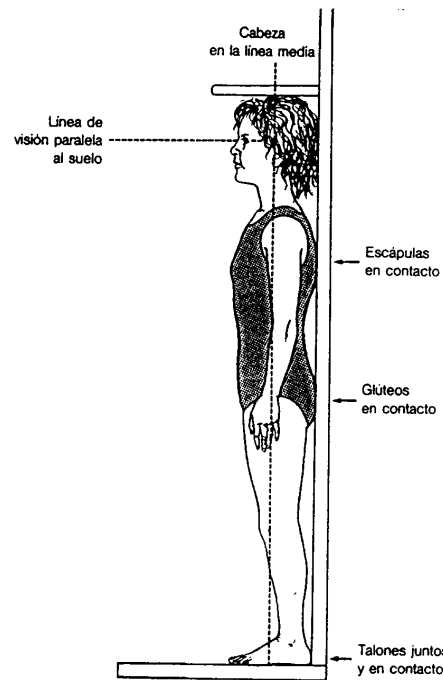
VII.- TECNICAS DE VALORACION DEL CRECIMIENTO.

7.1.- COMO MEDIR.

Longitud o altura en decúbito supino (hasta los 3 años). Se acuesta al niño de espaldas sobre una superficie plana. La enfermera coloca la cabeza del niño en contacto con un tope de la parte superior, y pide a uno de los padres que mantenga esa posición y a continuación estira las piernas, colocando los pies en el ángulo adecuado para fijar el otro tope móvil en contacto con los talones del niño.



Estatura o altura de pie (a partir de los 2 a 3 años). Medir sin zapatos, con los talones, glúteos y hombros en contacto con una pared recta. Durante la medida se le pide al niño que estire el cuello lo más posible, sin elevar los talones del suelo. La enfermera que hace la medida debe aplicar una ligera tracción sobre las apófisis mastoides, para ayudarlo, y bajar el bloque en ángulo recto hasta que toque con la cabeza del niño.



Peso. Previamente se habrá calibrado (y siempre que la oscilación halla sido excesivamente brusca). Se pesará siempre desnudo y con la vejiga vacía. Si se pesa vestido restar el peso de la ropa. Anotar décimas de Kg hasta los 6 meses. Hay que recordar que el niño puede voltearse, por ello, es aconsejable que una de las manos siempre este próxima al abdomen del niño, para poderlo frenar y evitar la caída.

7.2.- UTILIZACION DE PERCENTILES

La distribución de las medidas de los niños se expresa en percentiles para cada edad. Un percentil determinado se refiere a la posición que ocuparía esa medida en una serie típica de 100 niños.

El percentil 10 es el valor del décimo en cualquier grupo de 100 dispuestos en orden; es decir, 9 niños del mismo sexo y edad serían menores que el de nuestra medida, mientras que 90 serían mayores. El percentil 90 indicaría que 89 niños serían menores y 10 mayores. El percentil 50 marca la posición mediana en el rango habitual. Los percentiles 3 y 97 marcan los límites de las medidas normales. Si un niño tiene un percentil menor de 3 o mayor de 97, con toda probabilidad tiene un peso o talla muy inferior o superior, respectivamente.

7.3.- COMO OBTENER UN PERCENTIL EN LOS GRAFICOS.

Colocar un punto en la intersección entre la línea horizontal que señala la edad y la vertical que señala la medida efectuada. Hay que tener en cuenta, que siempre ha de usarse curvas y tablas de crecimiento referidas al país.



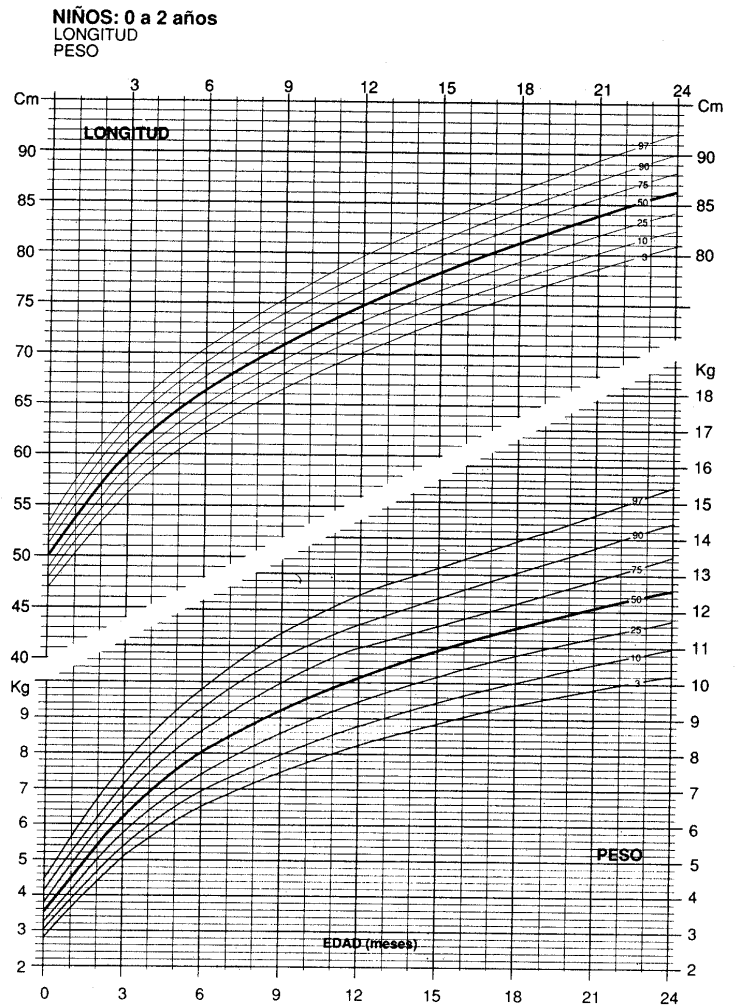
Las tablas y curvas ajustadas a la población española son las de la Fundación F. Orbeagozo (Bilbao).

7.4.- VALOR DE LOS PERCENTILES.

Cuando se efectúan mediciones periódicas de altura-peso, pueden compararse las posiciones de los percentiles con las anteriores y, reconocer desviaciones significativas.

En circunstancias normales, un niño mantendrá una posición similar año tras año, manteniéndose en la misma línea de percentil o cerca de ella. Cuando se produce una desviación acusada o un desplazamiento gradual de un percentil a otro, deben realizarse investigaciones adicionales, como por ejemplo, indagar sobre proceso patológico reciente, cambios de alimentación, cambios afectivos, ...

Una excepción se produce en el período de adolescencia, en la que el niño puede descender a un percentil inferior hasta que empieza a crecer de nuevo, subiendo de percentil bruscamente, para luego descender hasta quedar situado en su percentil prepupal. También, se pueden observar desviaciones si las medidas se realizan próximas a la recuperación de un proceso patológico, no obstante debe también evaluarse y realizar el seguimiento oportuno.



ESTUDIO LONGITUDINAL DE CRECIMIENTO. CURVAS DE 0 A 18 AÑOS. M. Hernández, J. Castiella, J.L. Narváez, J.M. Rincón, I. Ruiz, E. Sánchez, B. Sobradillo y A. Zurriendi.

VIII.- TÉCNICAS DE VALORACION DEL DESARROLLO.

Existen múltiples y variadas herramientas estandarizadas que ayudan, a los profesionales de la salud, en el examen de los cambios de desarrollo de los niños de forma sistemática.

Estas herramientas permiten examinar las capacidades motoras gruesas, las capacidades motoras finas, comportamiento personal y social y, capacidad del lenguaje e incluso las capacidades de aprendizaje académico. Cada herramienta tiene sus ventajas e inconvenientes. Se debe seguir el procedimiento estandarizado dado para utilizar cada herramienta, con el fin de que los resultados sean válidos.

En España, el más frecuentemente usado en las consultas de enfermería, es la Prueba de Selección de desarrollo de Denver (DDST) o también llamado test de Denver. Es una prueba simple, económica y útil para examinar los retrasos de desarrollo durante la lactancia y el período preescolar. En la prueba, las



divisiones por edad son mensuales hasta los 2 años y cada 6 meses desde los 2 a los 6 años. Hasta los 24 meses, se establecen correcciones para los lactantes prematuros, consistentes en sustraer el número de semanas de gestación perdidas de su edad actual, con el fin de estudiarles en la edad ajustada. Por Ej.: un lactante de 16 semana nacido con 4 semanas de adelanto se estudia en la edad ajustada de 12 semanas (3 meses).

El test de Denver provee un perfil del desarrollo del niño individual en cuatro áreas; personal-social, motora-adaptativa fina, lenguaje y habilidad motora gruesa. Si el desarrollo en cualquiera de estas áreas es cuestionable cuando se compara con los estándares normales, se deriva al niño para una evaluación con detenimiento por el pediatra.

Los niños que tienen puntuaciones cuestionables o anormales en la prueba tienen el riesgo de desarrollar problemas posteriores en el colegio sin tener en cuenta sus coeficientes de inteligencia. El test de Denver ayuda a la enfermera/o a determinar qué puede hacer un niño en diferentes edades en comparación con otros niños de la misma edad y qué progreso está haciendo un niño entre las pruebas. Además, se pueden detectar alteraciones en fases incipientes (falta de coordinación, sorderas, alteraciones en la visión, problemas de articulación,...) que pueden ser tratadas tempranamente y evitar grandes secuelas para el crecimiento y desarrollo del niño.

Las instrucciones y pasos, así como, la interpretación de los resultados de la aplicación del test de Denver, se adjunta en el anexo I de este tema.

IX.- FASES BASICAS DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL “NIÑO SANO”.

La consulta de Enfermería, que desarrolla el programa del “niño sano”, en Centros de Salud es un componente de la atención primaria al niño, destinado al control del crecimiento y desarrollo físico, psíquico y social.

Las edades que están establecidas para dichos contactos, permiten compaginar un adecuado control del niño, con ciertas actividades de acción preventiva (inmunización, vigilancia del estado nutricional, anticipación al riesgo de accidentes,...); con momentos importantes en el proceso de adquisición de nuevas habilidades (físicas, psíquicas y sociales); con cambios en la progresión de la dieta,... que permiten una detección precoz de posibles alteraciones o anomalías (audiovisuales, psicomotrices, locomotrices,...) y, establecer un proceso progresivo de información y educación para la salud.

De esta forma se pretende evitar las consultas repetitivas sin aparente motivo que pudieran producir un absentismo que influiría de forma negativa en las estrategias de control, prevención y fomento de salud.

Los controles periódicos de salud son un conjunto de pruebas de cribaje, que se efectúan para vigilar o detectar aquellos problemas de salud susceptibles de corrección en el área primaria o de derivación a otros niveles del sistema sanitario. Sin olvidar, que también sirven para fomentar hábitos sanos que ayudan a mantener un equilibrio de salud, y prevención de alteraciones como base indispensable de una adecuada salud en el período de vida adulta. El objetivo de la consulta de enfermería del “niño sano” es:

1.- Detectar precozmente anomalías:

- * Congénitas y hereditarias.
- * Anomalías relacionadas con el riesgo perinatal.
- * Audiovisuales.
- * Psicomotrices.
- * Bucodentales.
- * Alteraciones en la talla, peso y perímetro craneal.
- * Locomotrices y esqueléticos (desviación del raquis y pies).
- * Tuberculosis u otras enfermedades infectocontagiosas.
- * Infecciones y anomalías urinarias.
- * Hipertensión y Colesterol.
- * Problemas de orden psíquico (aprendizaje, conducta).
- * Drogadicción y delincuencia juvenil.

2.- Realizar actividades de prevención:

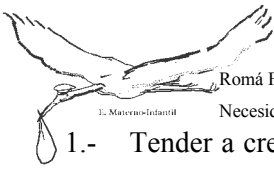
- * Vacunación.
- * Normas de alimentación: introducción de la dieta variada, hábitos saludables para la alimentación.

3.- Contribuir a la educación para la salud de la familia:

- * Higiene general y bucodental.
- * Vacunación.
- * Alimentación.
- * Crecimiento y Desarrollo óptimo del niño.
- * Prevención de accidentes en el hogar, etc.

La edad para los controles son: a los 15 días, al mes, 3, 5, 7, 10, 15, 18 meses y a los 2 y 4 años. A continuación se sigue con un control por curso académico escolar (con la el nuevo sistema educativo será desde primero de primaria hasta 2º de enseñanza secundaria obligatoria -14 años-).

La primera fase de la consulta se centra en la entrevista como herramienta para darnos a conocer y conocer al niño y madre (suele ser la responsable del mantenimiento de la salud de la familia, o bien, cualquier adulto que se responsabilice del cuidado y atención regular del niño). Los aspectos a cuidar en la entrevista son:



- 1.- Tender a crear un clima distendido que permita una conversación relajada y se perciba un ambiente de confianza.
- 2.- Desde la entrada y durante la entrevista se observará la conducta del niño y las interacciones niño-madre.
- 3.- Se comenzará con preguntas ajustadas a la fase de crecimiento y desarrollo (si está es de seguimiento se partirá de los datos de la última visita).
- 4.- Durante el tiempo que dure la entrevista, el niño, según su edad, se puede aconsejar una posición de sujeción del niño. Su finalidad es que sus apoyos o puntos de referencia, no los pierda, dándole con ello seguridad y evitando su perturbación -llanto, agitación, negativismo- (ver cuadro: Métodos Generales para el Examen Físico durante la Infancia).

La siguiente fase la podemos denominar de desarrollo de la consulta, en ella podemos diferenciar:

1.- Control y registro:

*Examen físico general y por aparatos, incluyendo el peso y talla. Ver cuadro, mencionado anteriormente, para diferenciar el orden y la preparación según edad.

* gráficas estandarizadas: registrar en ellas los valores obtenidos.

2.- Educación para la salud:

* Indicaciones en función de los protocolos generales del Centro de Salud.

* Orientaciones específicas en función de las demandas o dudas detectadas durante la primera fase de la consulta (entrevista) o durante el control.

* Sugerir la inclusión en grupos para la asistencia a charlas divulgativas o colectivas.

3.- Programar la siguiente visita. Registrar toda la información en la "Cartilla de Salud Infantil" y en la documentación de la Consulta.

- * Fry, J. Ed. "Manual Beecham de Medicina Familiar". Barcelona: Laboratorios Beecham. 1991.
- * Gassier, J. "Manual del Desarrollo Psicomotor del niño". Barcelona. Toray-Masson, S.A. 1983.
- * Marlow, D.R.; Redding, B.A. "Enfermería Pediátrica". Vol. I. 6ªed. Buenos Aires: Panamericana. 1990.
- * Ministerio de Sanidad y Consumo. "Guía para la Elaboración del Programa del Lactante y Preescolar en Atención Primaria de Salud". 9ªed. Madrid: Secretaria General Técnica. 1991.
- * Ministerio de Sanidad y Consumo. "Guía para la Elaboración del Programa del Escolar y Adolescente en Atención Primaria de Salud". 7ªed. Madrid: Secretaria General Técnica. 1991.
- * Waechter, E.H.; Phillips, J.; Holaday, B. "Enfermería Pediátrica". 10ªed. Mexico: Interamericana McGraw-Hill. 1993.
- * Wong, D.L.; Whaley, L.F. "Manual Clínico de Enfermería Pediátrica". Barcelona: Masson Salvat. 1993.
- * Wong, D.L. "Enfermería Pediátrica. Whaley & Wong". Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1995.

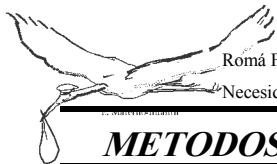
LECTURA RECOMENDADA:

- * Lora Espinosa, A.; Nogales Estévez, J.; Avila Rodríguez, A. "Test de Denver. Aplicación en Consulta de Enfermería". Rol de Enfermería. 1993; 173(Ene): 15-19.

Diseño de un estudio prospectivo del programa del niño sano, en las que se aplicó el test de Denver (de 7 meses a 6 años). Se concluye que esta herramienta es útil como método de cribaje para detectar alteraciones y que por su facilidad de uso es adecuado para su integración rutinaria en consulta de Enfermería.

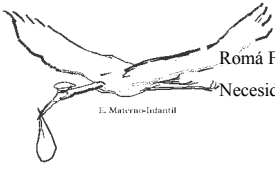
BIBLIOGRAFIA:

- * Calvo Bruzos, C. Ed. "Educación para la Salud en la Escuela". Madrid: Díaz de Santos. 1992.
- * Cruz Hernández, M. "Tratado de Pediatría". 7ªed. Barcelona. Espaxs. 1993.
- * Forfard, J.; Arneil, G.C. "Tratado de Pediatría". Barcelona: Salvat. 1986.



METODOS GENERALES PARA EL EXAMEN FISICO DURANTE LA INFANCIA.

<i>EDAD</i>	<i>POSICION</i>	<i>ORDEN</i>	<i>PREPARACION</i>
LACTANTE PEQUEÑO	Supina o prona, de preferencia en el regazo de uno de los padres. Si está sobre la mesa, colocarlo de forma tal que tenga a la vista a sus padres.	<ul style="list-style-type: none">*Si está tranquilo auscultar corazón, pulmón y abdomen.*Registrar FC y FR.*Proceder en el sentido cefalocaudal para valoración física. Estudiando los reflejos a medida que se examina. El último reflejo a valorar el de Moro.*Efectuar en último termino los procedimientos traumatizantes.	<ul style="list-style-type: none">-Desvestirlo por completo si la temperatura ambiental es adecuada.- Dejar con pañal a los chicos.-Lograr la cooperación por medio de la distracción (sonajero, hablar) y la colaboración de los padres.-Sonreír a lactantes y hablar con voz suave y bajo volumen.-Evitar movimientos bruscos.
LACTANTE GRANDE	Sentado o de pie sobre uno de los padres o al lado de éste o sobre el regazo.	<ul style="list-style-type: none">*Inspeccionar las zonas corporales por medio de juego (contar dedos, hacer cosquillas, ...).*Usar contacto físico mínimo en la fase inicial.*Introducir lentamente el equipo.*Lo último, los procedimientos traumatizantes.	<ul style="list-style-type: none">-Que los padres desvestan al niño.-Permitirle inspeccionar el equipo (2 a 3 años).-Si no coopera, efectuar los procedimientos con rapidez.-Solicitar la colaboración de los padres, como último recurso usar restricciones tipo momia.-Usar frases cortas con palabras sencillas y concretas.-Elogiar su cooperación constantemente.
PREESCOLAR	Es preferible la posición de pie o sedente. Prefiere la cercanía de sus padres.	<ul style="list-style-type: none">*Si coopera, proceder en el sentido cefalocaudal.*Si no coopera, proceder como en la etapa anterior.	<ul style="list-style-type: none">-Pedir que se devista él solo (que se deje la ropa interior).-Permitirle que espeeceione el equipo.-Se puede ilustrar el procedimiento con una historia o cuento para disminuir su ansiedad. También dibujandole lo que se va hacer.-Indicar sus acciones con frases cortas y concretas. Se puede permitir que elija cuando sea posible.
ESCOLAR	Es preferible la posición sedente. Cooperar en casi todas la posiciones.	<ul style="list-style-type: none">*Proceder en sentido cefalocaudal.*Respetar la necesidad de privacidad y vergüenza. Dejar para el final la valoración de los genitales.	<ul style="list-style-type: none">-Pedirle que se desvista solo (que se deje la ropa interior).-Darle una bata o cubrir con una entremetida. Exponer sólo la parte a examinar.-Precisa de información sobre el equipo, el procedimiento y la utilidad de ello.-A esta edad el niño ya es un sujeto activo del cuidado de su salud, informarles y educarle sobre hábitos saludables.
ADOLESCENTE	Como en la edad anterior. Puede ser importante preguntar si quiere que estén presentes sus padres.	<ul style="list-style-type: none">*Igual que en la etapa anterior	<ul style="list-style-type: none">-Pedirle que se desvista solo (que se deje la ropa interior).-Darle una bata o cubrir con una entremetida. Exponer sólo la parte a examinar.-Respetar al máximo su privacidad.-Hacer hincapié en las características normales del desarrollo. Explicarle los hallazgos durante el examen.-Examinar de forma rapida los genitales.



Romá Ferri, MT.(1996) *Crecimiento y Desarrollo* En: Romá Ferri, MT. *Introducción a los Cuidados de Enfermería Infantil: Necesidades Básicas.* Romá Ferri, M.T. Alicante: Club Universitario (ISBN 8489522537).

Enfermería Infantil