

GUÍA

para la atención integral
del niño de 0 a 5 años

módulo 1: 1^o año de vida

COORDINADOR PROGRAMA MATERNO INFANTIL

- Dr. Jorge Arbizu

SUBPROGRAMA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Dr. Marcelo Jaquenod

SUBPROGRAMA PERINATOLOGÍA, SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL

- Obst. María Josefa Farinato
- Dr. Fernando Vallone
- Dr. Norberto Santos

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

- Dr. Roberto Panno
- Lic. Paola Andreatta
- Sra. Ivanna Reist

SUBPROGRAMA LACTANCIA MATERNA

- Dr. Fernando Vallone

SUBPROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO DE 0 A 5 AÑOS

- Dra. Flavia Raineri
- Dra. Estela Grad
- Enf. Verónica Basso

SUBPROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR

- Dr. Carlos Alberto Zabala

SUBPROGRAMA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

- Lic. Paola Andreatta
- Dra. Marta Arrascaeta
- Asist. Social Susana Tancredi

SUBPROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE REGIONES SANITARIAS

- Lic. María Alejandra Wagner
- Dr. Siro Colli
- Lic. Adriana Lista
- Lic. María Susana Méndez
- Dra. Susana Musaubach

AREA CAPACITACIÓN

- Prof. Mónica Giustozzi

AREA COMUNICACIÓN SOCIAL

- Lic. María Teresa Poccioni

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN

- Bibl. Florencia Bossie

SECRETARIA

- Andrea Susino

AREA ADMINISTRATIVA

- Yolanda Céspedes
- Natalia Cerdá
- Valeria Di Mateo
- Jorge Padula
- Carlos Sereno

GRUPO REDACTOR

Integrantes: Dra. Estela Grad, Dra. Luisa Segal, Dr. Jorge Celestino, Dr. Claudio Pedra, Dr. Adrián Díaz, Dra. Flavia Raineri.

Coordinadora: Dra. Flavia Raineri.

COMITÉ DE EXPERTOS

El grupo redactor desea expresar su sincero agradecimiento a los expertos que efectuaron la revisión técnica del documento.

Integrantes: Dra. Myrtha Chokler, Lic. Noemí Beneito, Dra. Lucrecia Manfredi, Dr. Fernando Vallone, Dr. Miguel Hoffman, Dra. Virginia Orazi, Dra. Norma Piazza, Lic. Clarisa Label, Dra. María del Carmen Morasso, Lic. Haydeé Echeverría, Dra. Sara Krupritzky.

AGRADECIMIENTOS

Por los valiosos aportes, comentarios y sugerencias de quienes han promovido y acompañado desde sus inicios la elaboración del presente documento.

Enf. Prof. Verónica Basso, Lic. Susana Méndez, Dr. Carlos Hidalgo, Dra. Enriqueta Roy, Dr. Mario Rodríguez, Lic. Maite Garzo, Dra. Susana Musaubach, Dra. Isabel Ballesteros, Lic. Patricia Ramírez, Dra. Susana de Larrañaga, Lic. Daniela D´Atri, Lic. Graciela Del Bene, Lic. Patricia Martín, Dra. Mabel Da Cruz Piñeiro, Dra. Delia Donato, Dra. Patricia Paggi, Lic. Viviana Piaggi, Dra. Gabriela Pose, Lic. Silvia Gomez, Dra. Patricia Silva.

INDICE

1 - INTRODUCCIÓN	5
2 - MARCO TEÓRICO. MIRADAS SOBRE LA NIÑEZ	7
3 - CONSIDERACIONES SOBRE EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO	9
4 - DESARROLLO INFANTIL. BASES CONCEPTUALES	15
5 - CRECIMIENTO	25
6 - LA CONSULTA PEDIÁTRICA	33
7 - CONTROLES EN SALUD DEL 1ER AÑO DE VIDA	33
LA CONSULTA PRENATAL	38
1ER CONTROL. 10 A 15 DÍAS DE VIDA	42
2DO CONTROL. 1 MES DE VIDA	50
3ER CONTROL. 2 MESES DE VIDA	57
4TO CONTROL. 4 MESES DE VIDA	64
5TO CONTROL. 6 MESES DE VIDA	70
6TO CONTROL. 9 MESES DE VIDA	76
7MO CONTROL. 12 MESES DE VIDA	82
8 - BIBLIOGRAFÍA GENERAL	90

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años el equipo del Programa Materno Infantil (PMI) de la Provincia de Buenos Aires viene percibiendo la necesidad de aportar a un cambio en la atención de los niños y niñas de nuestra Provincia.

Al realizar un análisis de la situación por la que atraviesan tanto los equipos de salud como las familias que ellos asisten, y al mirar al mismo tiempo lo que el PMI ofrece para la atención de los niños y niñas, se formularon las siguientes reflexiones.

En cuanto al PMI:

- Aún no se han elaborado normas de atención integral de los niños¹ que incluyan el abordaje desde múltiples aspectos: biológico, psicológico, familiar, social.
- La mayor parte de los programas vigentes tienen un fuerte contenido asistencial y a pesar de que en el discurso se expresa el deseo de trabajar en favor de la promoción y la prevención de la salud, esto no se ve aún reflejado en acciones específicas.
- Para la planificación de la salud es necesario tener en cuenta la actual situación de pobreza de las familias de la Provincia. El sistema de salud recibe una mayor cantidad de niños en peores condiciones socioeconómicas, condiciones que aumentan el riesgo en salud, disminuyen la accesibilidad a los efectores y ocasionan una desigualdad cada vez mayor.
- Habitualmente los programas carecen de enfoque familiar y miran al niño como un ente aislado.
- Por lo general los programas no parten del niño como sujeto sino que sólo desarrollan prácticas sobre él, y no tienen en cuenta lo que cada niño siente y necesita.

1

Utilizaremos el término “niño” de modo genérico, para referirnos tanto a niños como a niñas.

En cuanto al equipo de salud:

- Los equipos de salud habitualmente asisten a la demanda espontánea. A pesar de que se ha avanzado en el control del niño sano mediante consulta programada, se sigue priorizando la atención de la patología.
- El desarrollo infantil y la crianza siguen siendo temas que la mayor parte de los equipos de salud desconocen. Los equipos de salud carecen en general de herramientas que les permitan abordar la atención del niño de manera integral y que los habiliten para acompañar a las familias en el proceso de crianza de sus hijos.
- Los equipos de salud están atravesados por la situación socioeconómica que vive la comunidad que ellos asisten, lo que en algunos casos genera sentimientos de aislamiento,

fragmentación y desaliento.

- Los equipos de salud están profundamente interesados en la capacitación en esta área específica, para poder ayudar de manera efectiva a las familias con las que trabajan y poder formar parte de un proyecto de salud que los incluya y le dé sentido a su práctica cotidiana.

En cuanto a la comunidad:

- La situación de pobreza actual ha llevado a las familias a un estado de mayor riesgo y en especial a los niños (recordemos que la mayoría de los pobres son niños). Al ser la infancia un período de alta vulnerabilidad, los niños son los más afectados. No sólo hay riesgos biológicos en cuanto a alimentación y cuidado de la salud, sino también riesgo de abuso, maltrato, anomia, del no reconocimiento del “niño que es aquí y ahora”.
- Las variadas situaciones a las que los niños están sometidos hacen que en muchos casos se vea afectada su educabilidad, de manera que el circuito de la pobreza y la exclusión social se perpetúa.
- Las familias en general no reconocen a los equipos de salud como referentes para los temas relacionados con la crianza, recurriendo a familiares y amigos e incluso a los medios masivos de comunicación.

Ante este panorama se propone desarrollar un instrumento para fortalecer a los equipos de salud y a través de ellos mejorar la situación de las familias. Este documento pone el centro en la atención integral y en el acompañamiento de la crianza. Un enfoque integral permite abordar las situaciones complejas que se presentan en las familias. Ocuparse de la crianza sintetiza esta integralidad en el nivel de las acciones cotidianas. Este documento también constituye un instrumento para la reflexión de los equipos de salud ya que requiere aprendizajes por caminos no transitados. Pretende ser un punto de partida de una mirada nueva sobre el niño y su familia, también brindar una guía que contribuya a mejorar la tarea cotidiana de los equipos de salud y finalmente, a aportar al cambio en el modelo de atención del sistema de salud vigente.

MARCO TEÓRICO. MIRADAS SOBRE LA NIÑEZ²

En la vida cotidiana los conceptos de infancia y de niñez son utilizados socialmente como portadores de significados que no requieren de un análisis particular para ser comprendidos. Para cualquier persona resulta obvio a qué nos referimos cuando hablamos de infancia. Sin embargo, esta categorización de la niñez oculta las diferencias históricas, sociales, culturales, de género.

Todos los que trabajamos con niños y familias sabemos, si nos remitimos a nuestras prácticas, que la imagen homogeneizada e idílica de la infancia como un estado “privilegiado y especial” no coincide con los sujetos a los que se refiere. Pero a la hora de hacer alguna intervención, muchas veces lo que dirige nuestro accionar es la representación universalista de la niñez.

Podemos decir que la infancia es una construcción social determinada histórica y culturalmente.

Recién a partir del siglo XX los aportes del psicoanálisis y la psicología genética pusieron en evidencia las diferencias entre las características de los adultos y los niños y advirtieron de ese modo acerca de las necesidades particulares de los niños, que hasta ese momento no habían sido tenidas en cuenta. Aparece la concepción del niño como **sujeto de cuidado**.

En la actualidad coexisten diferentes visiones acerca de la niñez. Interpretar y pensar la niñez a partir de contextos sociohistóricos concretos remite a la idea del niño como **sujeto social**.

Entender al niño como sujeto social significa reconocer que cada niño nace en una comunidad, marcada por un origen, una lengua, una región geográfica, valores, cierta manera de mirar, sentir, pensar y actuar en el mundo, compartidos por su grupo de pertenencia. Estas características se expresan, entre otros aspectos, en pautas y prácticas de crianza que tienden a asegurar la continuidad de una cultura. Si bien esta pertenencia establece determinadas condiciones, cada niño vivencia y resignifica los aprendizajes de un modo particular. Por este motivo, deberíamos hablar de un niño, de cada niño, de este niño.

También habíamos señalado que el niño es **sujeto** y no objeto **de cuidado**. El estado de indefensión del niño hace que sea el adulto quien deba velar por la satisfacción de sus necesidades comprendiendo al niño como sujeto, como un “otro” que requiere atención y cuidados amorosos, caricias, arrullos, cantos, relatos; ser mirado, escuchado, hablado; sentirse seguro, poder moverse, tocar y jugar.

Si bien en la actualidad estamos convencidos de que el niño es sujeto de cuidado, cotidianamente nos llegan noticias del maltrato al que son sometidos niños en nuestro país y en diversos lugares del mundo. Estas situaciones llevaron a una toma de conciencia de la necesidad de establecer legalmente que el niño es **sujeto de derecho**. Este reconocimiento implica que el adulto debe asumir la responsabilidad de hacer valer esos derechos.

En el año 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta de manera unánime la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención Internacional de los Derechos del Niño, en la que se define qué es ser niño (art. 1) y se reconocen sus

2

Sobre la base de un texto elaborado por la Lic. Clarisa Label y la Lic. Maite Garzo.

derechos, estableciendo para ello la responsabilidad de los adultos y las obligaciones del Estado. La legislación Argentina ha incorporado la Convención al texto constitucional de 1994, mediante la Ley 23.849, modificando los artículos 1, 21 y 38.

¿Pero qué significa ser sujeto?

La constitución de un sujeto, actor y receptor activo, depende de las respuestas que los adultos encargados de la atención del niño dan a sus iniciativas. La posibilidad de elegir una actividad satisfactoria en la vida, una pareja, una forma de vida, un conjunto de valores, es el resultado de un proceso que muchas familias por su situación socioeconómica no han podido desarrollar. Los sometimientos tempranos reducen las posibilidades de constituirse en un ser creativo, original y contribuyente eficaz a la comunidad.

Todo sujeto requiere de un espacio para desarrollarse. Más que a un lugar físico que ocupa todo ser, se refiere al lugar psicosocial necesario para quedar constituido en un sujeto humano. Este espacio es a la vez ámbito de expresión y sede del ser. Este espacio en un principio le es cedido por su núcleo social inmediato, la madre, la madre con el padre, la familia nuclear.

El primer espacio es el que construye la madre cuando en su infancia juega a tener hijos, a partir de sus vivencias como hija. El juego posibilita la comprensión y elaboración simbólica de este proceso. Este espacio se amplía en la fantasía compartida entre la madre y su pareja. En esta etapa muchas veces se produce ya el otorgamiento del nombre. La dimensión última del espacio será la resultante de procesos de negociación entre el individuo emergente y su contexto. Lo que se entiende como desarrollo humano ocurre como expansión de este espacio. Espacio y desarrollo correlacionan positivamente. Con el nacimiento se agrega la dimensión física del espacio. Al mismo tiempo la presencia del nuevo individuo en el mundo lo expone a las influencias de las diferentes conformaciones del contexto: familia, cultura, sociedad (Hoffmann, 1996; 2003).

Tal como sostiene E. Pichon Rivière el sujeto es emergente de sus condiciones concretas de existencia y es a su vez productor activo de transformaciones en el medio. El grado de desarrollo intelectual y cultural que alcance ese individuo influirá a su vez en la calidad de su entorno, tanto físico como socioeconómico y cultural.

Los niños necesitan de los adultos para aprender y desplegar sus posibilidades. Son los adultos los encargados de acercar los niños a la cultura, de crear espacios para que se muevan, exploren, se expresen, jueguen, es decir, de crear las condiciones para que el desarrollo tenga lugar y para que cada niño pueda realizar sus potencialidades al máximo.

El niño como sujeto durante la consulta pediátrica

Considerar a un niño como sujeto implica llamarlo por su nombre, explicarle lo que se le va hacer, pedirle que participe, esperar su respuesta (corporal, gestual), hablarle mirándolo a los ojos, aproximarse lentamente, siempre permitiendo que la mamá permanezca a su lado.

CONSIDERACIONES SOBRE EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO³

Etimológicamente la palabra Desarrollo deriva de “Desenrollo”, es decir, lo que se va descubriendo ininterrumpidamente en el tiempo. Según **José Bleger** este concepto regía en la Psicología Evolutiva, por considerar que todas las cosas preexistían y solo había que descubrirlas “desenrollando” lo que antes estaba enrollado.

Uno de los aportes más antiguos en relación con el estudio del desarrollo es el de **Arnold Gessel**. Él define el desarrollo como un proceso madurativo, de carácter esencialmente biológico, con una fuerte regulación genética, en el cual a medida que el niño crece en edad alcanza de manera progresiva, sucesiva y cronológica determinados logros y pautas de conducta que se van cumpliendo siempre con la misma secuencia (previamente programada). Gessel se basó en el estudio de la conducta del niño y la describió minuciosamente en los niños según la edad cronológica.

Bleger aclara que en el encuadre evolutivo cualquier fenómeno, por más complejo que sea, se ha construido a partir de otros más simples que han ido complejizándose al integrarse en otros (posteriores y superiores) más diferenciados y especializados. En este sentido, el enfoque psicogenético plantea algo similar.

Jean Piaget habla del desarrollo como aquel proceso que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia, marcado por tiempos y características que denomina “períodos” y que guardan la particularidad de integrarse unos en otros en forma de espiral ascendente, sin que lo primero se pierda en lo que le sigue. Parte del concepto de que el niño tiene un papel activo en el conocimiento del mundo, construyendo cada conocimiento nuevo sobre la base de los preexistentes.

El desarrollo como proceso posee varias características:

- Es multidimensional ya que incluye los planos motor, intelectual, emocional y social, interactuando con su medio ambiente.
- Es integral ya que todos estos planos funcionan de manera interrelacionada y deben ser considerados como un conjunto indisoluble. Los cambios que se producen en una dimensión influyen sobre el desarrollo de las otras y viceversa.
- Es continuo ya que comienza antes del nacimiento y continúa toda la vida. Esto significa que cualquier evento que suceda en un momento del desarrollo puede contribuir o dificultar los eventos posteriores.
- El desarrollo se produce en un proceso de interacción. El desarrollo de un niño se produce en interacción con sus ambientes biofísico y social, interactuando con las personas y actuando con las cosas. A la vez el niño influye sobre su ambiente, mediante sus respuestas e iniciativas.

Desde una perspectiva ecológica más amplia Bronfenbrenner (1989) habla del **desarrollo en contexto**, definiéndolo como “una concepción cambiante,

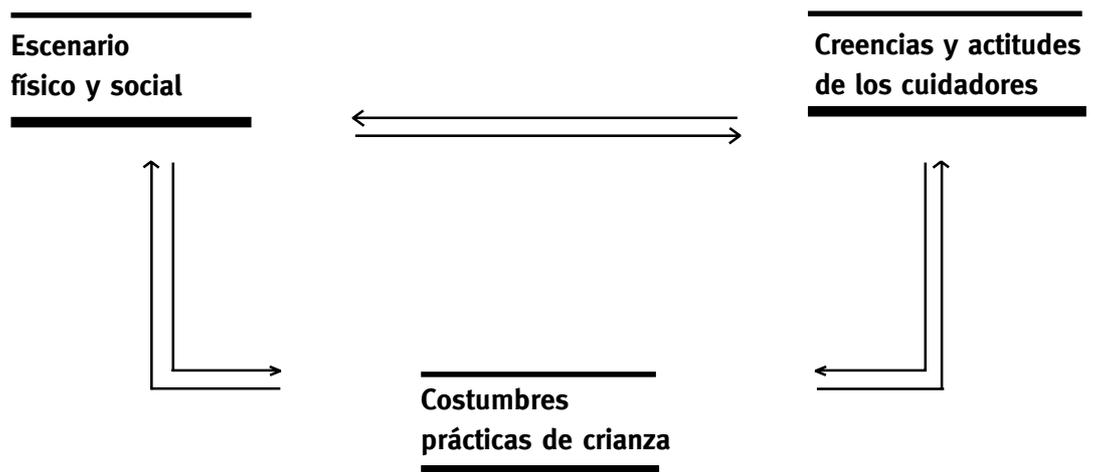
3

Con aportes de
la Lic. Haydeé
Echeverría.

progresivamente más amplia y diferenciada que tiene una persona de su ambiente y de su relación con él, así como también su capacidad creciente para descubrir o modificar las propiedades del mismo”. De esta manera se resalta el papel fundamental del ambiente, caracterizado en términos de sistemas y estructuras interpersonales cada vez más amplias. Desde los procesos, eventos y relaciones del niño con su ambiente social inmediato (microsistema), las relaciones entre los principales microsistemas en un determinado punto de la evolución del niño, como la familia y la guardería o el barrio (mesosistema), las instituciones y grupos sociales que constituyen el entorno laboral y social de la familia que afectan indirectamente al niño (exosistema), hasta la interacción e impacto de los sistemas sociales como marcos ideológicos, conceptuales, demográficos y geográficos en el cual están inmersos los demás niveles del ambiente (macrosistema). Estos 4 niveles crecientes del ambiente determinan las interacciones, los procesos y las estructuras que repercuten en el desarrollo del niño.

Super y Harkness (1987), desde una perspectiva antropológica, elaboraron el concepto de **nicho de desarrollo** al que definen a través de tres componentes o subsistemas en íntima relación y permanente influencia recíproca.

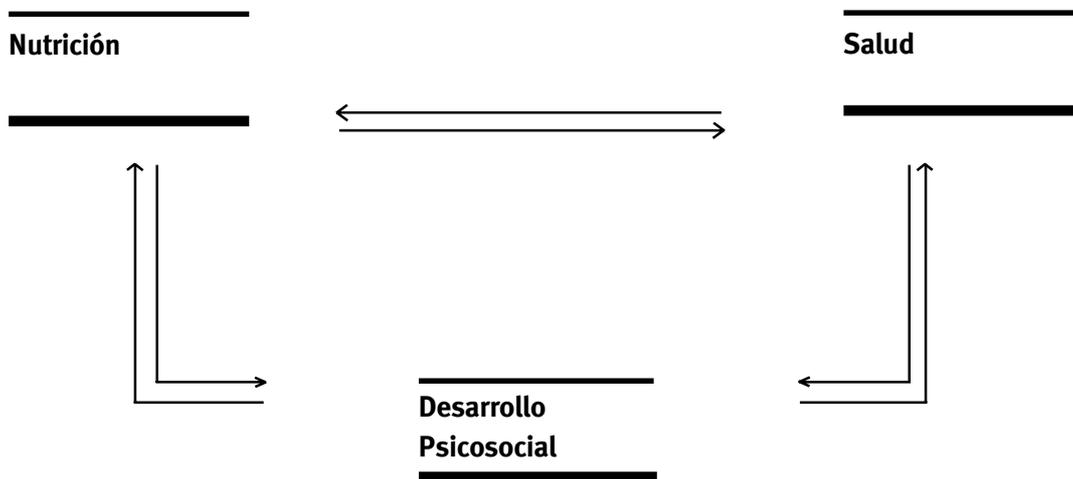
El nicho de desarrollo y sus sistemas



Es importante el aporte que estos autores hicieron al rechazar la idea de un “niño universal” al que podrían dirigirse estrategias y programas universales.

Crecimiento y desarrollo: importancia del cuidado integral

Habitualmente se reconocen las repercusiones de los problemas de salud física y de la nutrición en el desarrollo social y emocional, pero la inversa es muy poco jerarquizada. Se estima, y con razón, que las intervenciones nutricionales inciden en el desarrollo de los niños, pero se ha dado poco crédito al efecto que las intervenciones en el desarrollo psicosocial producen en el estado nutricional o el crecimiento. Hoy por hoy se reconocen efectos de doble sentido entre lo psicosocial, la salud y la nutrición, por lo que no se cree que una intervención puntual sobre estas últimas sea suficiente para lograr el desarrollo integral de la niñez (Pollit et al, 1993).



Concepto de cuidado⁴: Modelos de UNICEF

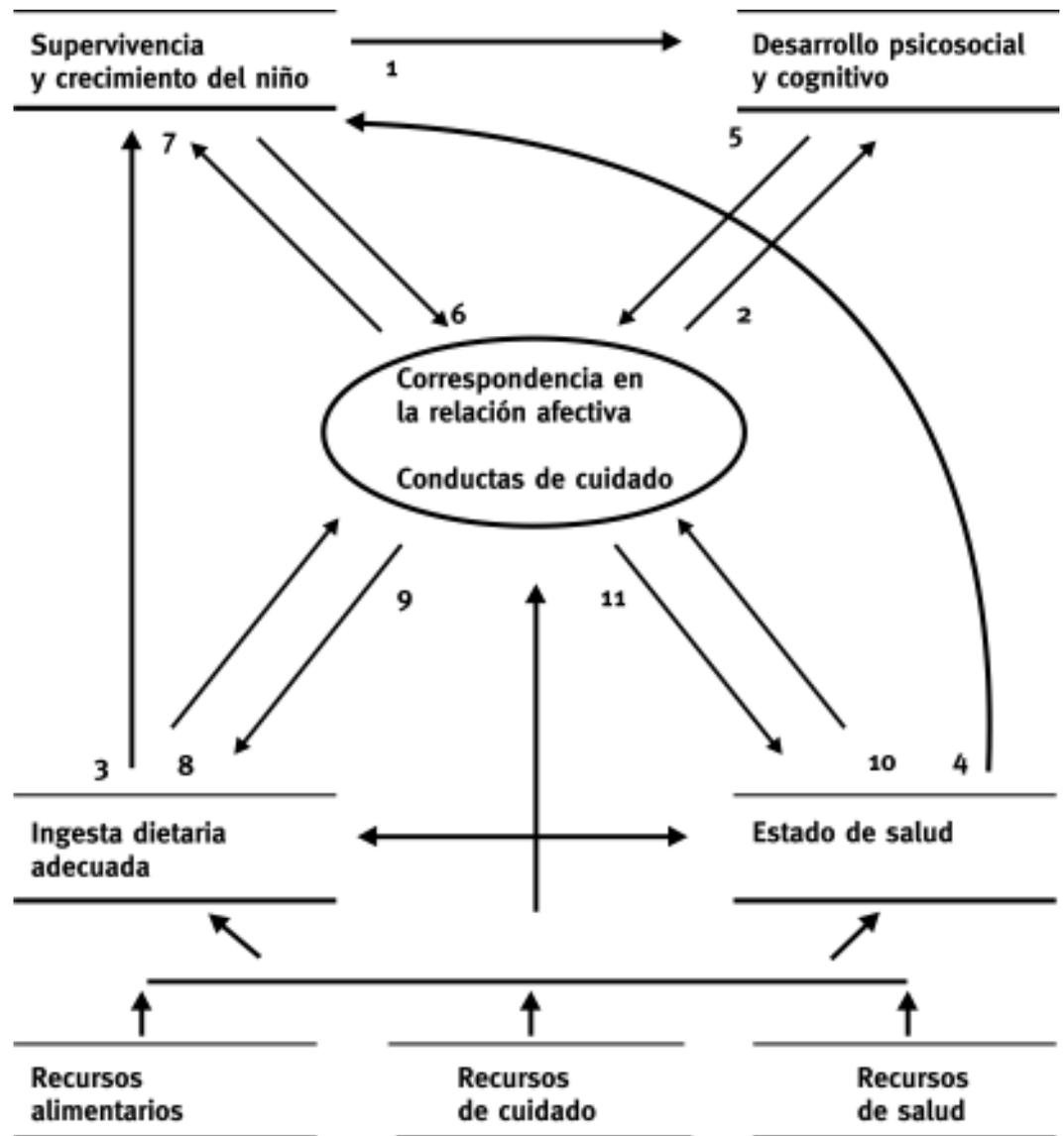
El modelo conceptual de desarrollo de 1990 definía al cuidado, la alimentación segura en el hogar y el ambiente saludable como los 3 factores determinantes de la incorporación de nutrientes, la salud y, por lo tanto, de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo.

A partir del modelo original se formuló un modelo extendido, que plantea que la provisión de cuidados efectivos requiere tiempo y otros recursos, y que el niño desempeña un rol en determinar la propia provisión de recursos. Incorpora el concepto de **cuidar al cuidador**. Los recursos humanos y organizacionales identificados con respecto al cuidador en este modelo son: a) educación, conocimientos, creencias; b) salud y estado nutricional; c) salud mental, ausencia de estrés, autoconfianza; d) autonomía, control sobre los recursos, ubicación dentro de la familia; e) carga laboral y restricciones de tiempo; f) apoyo social de parte de los otros miembros de la familia y la comunidad.

El modelo transaccional incluye no sólo la conducta del cuidador sino también la conducta del niño y las características del contexto ambiental. Estos 3 factores desempeñan un papel importante en el crecimiento y desarrollo del niño. Este modelo de cuidado argumenta que las características de los niños (cómo están dotados en cuanto a la salud, la percepción por parte del cuidador de la vulnerabilidad del niño, de su peso, de su aspecto físico) generan una serie de interacciones. Las interacciones que se generan son consecuencia de sensaciones, sentimientos y representaciones del adulto a partir de su contacto con el niño y de las respuestas del niño a partir de la relación con el adulto. Estas interacciones o transacciones entre el niño en desarrollo y el cuidador cambian en la medida que se van produciendo cambios en el estado de desarrollo del niño. En el fondo de este proceso se encuentra el vínculo de apego entre ambos. UNICEF sugiere un modelo de trabajo, propuesto por Engle, Mennon y Haddad, denominado modelo transaccional de cuidado. Este modelo argumenta que los resultados o efectos de las características de los niños son una función de una larga serie de interacciones mutuas, o transacciones, entre el niño en desarrollo y el cuidador, y que estas interacciones siguen cambiando constantemente con los cambios en el estado de desarrollo del niño. Este modelo se basa en el reconocimiento de que las diferencias entre los niños (estado de salud, percepción de la vulnerabilidad por parte del cuidador, percepción del peso) afectan las conductas de sus cuidadores por lo cual intenta incluir la conducta del cuidador, la conducta del niño y el ambiente (Engle, Menon y Haddad; 1996).

4

Se considera *cuidado* a la provisión en el hogar y en la comunidad de tiempo, atención y apoyo para satisfacer las necesidades físicas, mentales y sociales del crecimiento del niño y otros miembros de la familia.



Fuente: Engle P. y Huffman S. Care for life. UNICEF NY 1996

En este modelo se ilustran los diferentes caminos en los que la relación afectiva niño - cuidador, y las conductas de cuidado resultantes, pueden influir en el crecimiento, desarrollo cognitivo y psicossocial, ingesta alimentaria y estado de salud, y cómo el crecimiento y el desarrollo del niño pueden influir, a su vez, en el cuidado y la relación afectiva.

- 1 - Relaciona crecimiento con desarrollo cognitivo (ejemplo, micronutrientes).
- 2 - La relación cuidador - niño influye sobre el desarrollo cognitivo y psicossocial.
- 3 - Relaciona ingesta dietaria con crecimiento.
- 4 - Relaciona situación de enfermedad con enlentecimiento del crecimiento.
- 5 - Un niño con menos dificultades cognitivas generará una relación afectiva con más facilidad con el cuidador.
- 6 - La naturaleza de la relación afectiva con el cuidador puede influir en el crecimiento del niño.
- 7 - La percepción del cuidador en relación al crecimiento del niño puede asociarse con la actitud de cuidado que el adulto brindará al niño.

- 8 - La cantidad que el niño come puede jugar un papel en la relación con el cuidador. Los cuidadores pueden tener problemas con el niño que rehúsa comer y esto constituye una causa común de consulta a los pediatras.
- 9 - Una relación afectiva positiva conduce a una ingesta alimentaria mayor.
- 10 -La salud del niño puede influir en la naturaleza de la relación afectiva.
- 11 - La calidad de la relación del cuidador hacia el niño puede influir en el estado de salud del niño.

Un niño desnutrido suele tener retraso en el desarrollo porque las causas múltiples que operan en el déficit de crecimiento y en el de desarrollo son similares e interactúan entre sí. Es conveniente que el equipo de salud pueda plantearse las siguientes hipótesis: ¿Fue la falta de alimento o la falta de atención la que generó el proceso? ¿Puede por ende el niño recuperar su desarrollo integral si no se trabaja en la superación de todas las barreras?

Atentos al modelo desarrollado, no basta con “enriquecer” la alimentación, es necesario trabajar para “enriquecer” con igual intensidad la calidad de cuidado.

Programa de Desarrollo Integral del Niño/a (DIN).

Una propuesta de OPS.

El desarrollo integral de la niñez se refiere al proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea. En síntesis, es aquello que le permite incorporarse en forma activa y transformadora a la sociedad en la que vive. El modelo de desarrollo integral vincula los modelos actuales de enfoque de riesgo y enfermedad con estrategias para la promoción de la salud y el desarrollo. Es esencial adoptar un enfoque interdisciplinario. Este modelo incluye una estrategia con múltiples puntos de entrada. Estos pueden ser el nivel individual, familiar y/o comunitario. (OPS, Salud de la niñez, 2000). El desarrollo integral de la niñez puede ser analizado desde una doble perspectiva, individual y colectiva. En el primer caso se destaca que la posibilidad de crecer, madurar y desarrollarse representa un derecho fundamental de cada individuo. Precisamente es este derecho humano el que sustenta las acciones del cuidado y protección de la niñez que realizan los distintos sectores y actores sociales.

Desde el punto de vista colectivo, la relación existente entre el desarrollo de la niñez y el desarrollo de la sociedad es indiscutible. Esta afirmación, obviamente, no se limita sólo al terreno económico, donde numerosas evidencias han demostrado de qué manera la promoción del desarrollo temprano de la niñez constituye un elemento clave en la formación del capital humano indispensable para lograr incrementar la productividad y el nivel de ingreso de toda sociedad (Carnegie Corporation, 1994; Van Der Gaag). Por el contrario, el mayor énfasis está puesto en destacar el hecho de que los niños son los receptores y transmisores de valores y principios esenciales que rigen a toda sociedad; en tal sentido, asegurar que ellos crezcan y se desarrollen en ámbitos donde predominen valores como la justicia, la equidad, la solidaridad, el respeto, la participación, la tolerancia, la ciudadanía, será la mayor garantía de sabernos transitando el camino que conduce a una sociedad mejor.

El desarrollo integral está determinado por la interacción de factores genéticos y una variada gama de factores ambientales cuya identificación es esencial para el diseño y la ejecución de estrategias y acciones específicas. De modo esquemático podemos señalar que para crecer y desarrollarse adecuadamente los niños requieren:

- 1 - Afecto**
- 2 - Cuidado**
- 3 - Protección**

1 - Afecto: el vínculo afectivo que se establece entre el niño y sus padres/ cuidadores es uno de los aspectos más trascendentales en la vida de todo individuo. La intensidad, estabilidad, continuidad y calidad de afecto que ellos reciban en esta etapa se verá reflejada en la seguridad y capacidad que tendrán para transitar el proceso de exploración e investigación de nuevos ambientes, situaciones y relaciones a lo largo de toda su vida.

2 - Cuidado: se refiere a la alimentación, la higiene, la prevención y el tratamiento de daños a la salud, así como un ambiente seguro, sin los cuales los niños no se desarrollarán adecuadamente.

3 - Protección: se refiere a la prioridad asignada por el colectivo social al cuidado de la niñez. Una familia tendrá dificultades para asegurar lo necesario para la crianza de sus hijos sin una sociedad justa y solidaria, que vele por el bienestar de todos sus integrantes y que coloque a la niñez en el centro de su preocupación. En la protección de las familias el Estado tiene una gran responsabilidad.

DESARROLLO INFANTIL. BASES CONCEPTUALES⁵

Está demostrada la importancia fundante de las primeras experiencias del bebé, revelando sus primeras y precocísimas potencialidades, sus competencias, sus capacidades sensoriales, adaptativas, motoras y cognitivas desde el nacimiento y aun desde antes.

Las ciencias nos vienen demostrando cuáles son las necesidades esenciales para el crecimiento y la maduración, sus períodos críticos, sensibles, y las condiciones materiales, afectivas, culturales y sociales imprescindibles para que esas potencialidades se expresen y manifiesten en la realidad cotidiana desde los primeros años de la vida de un niño.

Al mismo tiempo la ciencia nos fue develando cuáles son las consecuencias, las secuelas a corto y largo plazo de la carencia, cuando las múltiples necesidades no son satisfechas durante las etapas críticas.

El proceso de constitución del sujeto humano es el producto de una compleja transformación evolutiva donde lo biológico, entre ello lo neurológico, constituye la base material para las relaciones adaptativas con el mundo externo. Aunque dependiente en gran parte de lo genético y lo congénito, lo biológico está a su vez entramado en el tejido social que es el que genera realmente a una persona. Persona que desde el nacimiento es comprendida como un ser completo, aquí y ahora, constructor activo de sus relaciones en cada una de sus etapas y no sólo un proyecto futuro a devenir, a construir o a destruir. Se han tomado múltiples aportes de las ciencias desde una perspectiva transdisciplinaria:

- Los aportes del Dr. Henri Wallon, neuropsiquiatra francés, uno de los creadores fundamentales de la Psicología Genética, quien ha manifestado importantes concepciones acerca del acto motor como raíz del pensamiento, de la relación entre tono muscular, emoción, expresión y comunicación, entre tono muscular, psiquismo y desarrollo mental y entre las condiciones del desarrollo infantil y el proceso de enfermarse que son actualmente confirmadas por las neurociencias. Describiendo por primera vez el estadio del espejo, es Wallon quien fundamenta el rol del Otro en la construcción de la conciencia del yo, abordando, por lo tanto, la relación entre lo psíquico y lo social, entre la emoción y la representación mental, conceptos instrumentales de extraordinaria vigencia. El valor de la emoción ha sido redescubierto en los últimos años por muchos autores de EE.UU. y por los aportes de la medicina psicosomática; se habla de inteligencia emocional, pero lo esencial ya había sido estudiado y publicado hace más de 60 años por Wallon.
- Los descubrimientos de la Dra. Emmi Pikler acerca del desarrollo postural y motor autónomo y su incidencia en todos los aspectos de la conducta permiten desarrollos psicológicos y pedagógicos de gran importancia.
- El esquema conceptual referencial y operativo (ECRO) de Enrique Pichon Rivièrè quien, partiendo inicialmente del psicoanálisis, elaboró una concepción de la psicología social que permite comprender la incidencia en el psiquismo subjetivo del escenario en que se despliegan los vínculos, a partir de las condiciones concretas de existencia (condiciones sociales e históricas) que juegan en la configuración de las matrices de aprendizaje social, comunicacional y cognitivo.
- John Bowlby, psicoanalista inglés, junto a los etólogos aportó el análisis de

5

Texto tomado de Chokler, M, Neuropsicosociología del Desarrollo. Marco conceptual para la práctica de la Atención Temprana. La Hamaca, Nº 9, 1998.

la génesis de las conductas de apego, de separación y de comunicación que permiten conocer aspectos esenciales de los procesos de adaptación activa a la realidad, de sobreadaptación y de paraadaptación con los riesgos para el desarrollo de la persona que ello implica.

- Jean Piaget y los nuevos cognitivistas ofrecen importantes confluencias con las neurociencias para la comprensión del proceso en el que se genera el pensamiento.
- Los aportes actuales del psicoanálisis infantil acerca de la estructura y dinámica de la vida fantasmática, inconsciente y preconsciente, particularmente de los postkleinianos como Bion, Winnicott, Bick, entre otros. Los trabajos de Anzieu sobre el Yo-piel y las envolturas psíquicas van apoyando una concepción más profunda de la relación bebé - adulto y de su calidad proteica y protésica -como diría Piera Aulagnier-, fundante de la persona.
- E indudablemente los avances de la Psico - neuro - endocrino - inmunología(PINE) que fundamenta e integra científicamente las investigaciones actuales sobre desarrollo infantil y enfermedades psicosomáticas, alertando acerca de las condiciones de posibilidad de prevención de muchas enfermedades recurrentes de la protoinfancia.

Apoyados en ellos y en tantos otros autores, reconocemos al bebé como un ser activo, capaz de iniciativas, **de acción y no sólo de reacción**, abierto al mundo y al entorno social del cual depende, sujeto de emociones, de sensaciones, de afectos, de movimientos y vínculos, de miedos y ansiedades, vividas en el cuerpo, porque **el bebé es todo cuerpo, sensorialidad y motricidad**. Al mismo tiempo, es un ser que se desarrolla a partir de los otros, con los otros y en oposición a los otros, como un sujeto que otorga sentido y significación a su entorno y en un intercambio recíproco. Protoinfante, pero persona entera siempre, más allá de la normalidad o de la patología, más allá de lo que tenga o de lo que le falte, en interacción con un medio que lo anida, permitiendo que produzca en sí mismo la serie de transformaciones sucesivas que constituyen su proceso particular, original, de crecimiento y de desarrollo en tanto persona, de devenir sujeto histórico y cultural, en el pasaje progresivo del predominio de la dependencia al predominio de la autonomía.

“Comprendemos el **desarrollo** como el conjunto de **transformaciones internas** que permiten al sujeto la adquisición de las competencias necesarias para ejercer progresivamente actitudes cada vez más autónomas.”

Existen diversas posturas frente al desarrollo infantil que surgen de diversas escuelas. En este documento se profundiza en una línea que brinda la posibilidad de pensar en el desarrollo infantil como un proceso, que da herramientas concretas de trabajo para la consulta pediátrica, para el acompañamiento a la familia, y que considera al niño como sujeto respetando su derecho a ser protagonista de su propia constitución como persona.

La función del adulto

En los avatares del proceso de constitución subjetiva, lo que garantiza la transformación, el desarrollo y la socialización de un niño es justamente la asimetría del adulto respecto del bebé. El yo organizado del adulto, su fuerza, su seguridad,

su entereza, su capacidad de pensar, de fantasear, de comunicar, de imaginar, de crear, su reconocimiento y su respeto por el cuerpo y la persona del otro pequeño, su sensibilidad para percibir las señales más sutiles, sostienen al bebé. La capacidad del adulto de reconocerlo como quien es ahora, en cada etapa de su desarrollo, con su derecho a ser aceptado tal cual es, de ser considerado persona más allá de la disfunción o de la patología, es lo que puede contener la fragilidad, la desorganización, la ansiedad y la sensación de fragmentación del niño. Es el adulto que le habla como a un interlocutor el que puede transmitirle el lenguaje. Es el adulto consciente de su historia el que puede transmitirle la cultura. Sólo el adulto apoyado por sus grupos de pertenencia, seguro de sus referentes familiares, apuntalado y contenido por la trama social es el que puede estar disponible emocional, afectiva, imaginariamente, para contener y sostener al niño, para inaugurar con él un diálogo, al principio esencialmente corporal, diálogo persona a persona, capaz de instituir al sujeto que se abre a la comunicación, al juego, al aprendizaje, a una vida que merezca ser llamada como tal. Adultos fragilizados, angustiados, desorientados e inseguros se ven desbordados e impotentes para construir con el bebé la envoltura, esa red flexible pero firme, que necesita para constituirse como persona.

Lo que más necesita un niño es el amor y la atención de los adultos. Pero para garantizar el crecimiento y el desarrollo de un niño hay que cuidar fundamentalmente a los adultos que se ocupan de ese niño, porque finalmente nadie puede dar lo que no tiene. No se puede brindar sostén, respeto, continencia, afecto, si uno no se siente querido, sostenido, contenido, reconocido y respetado.

El aumento de las enfermedades psicosomáticas, el desborde de la impulsividad, la agresividad o la inhibición y la pasividad extrema, la apatía y el aislamiento en los niños nos hablan hoy de las fisuras, de las resquebrajaduras, de la fragilización del continente.

Los cuidados cotidianos operan ayudando a tejer la trama de continencia, sostén, seguimiento y apoyo, para los niños en situación de vulnerabilidad. Es necesario generar estrategias para apoyar y preservar la constitución subjetiva. Por lo tanto los postulados de base de toda intervención, que constituyen los valores esenciales de sus fundamentos éticos son:

1 - El Respeto

- Por el sujeto y por la familia
- Por la maduración neuropsicológica del niño
- Por su derecho a ser protagonista de su propio desarrollo

2 - La Autonomía

- Reconociendo su existencia aún en esbozos desde el comienzo de la vida, sus señales y condiciones en cada estadio y
- Como objetivo para afirmar y desarrollar.
- Considerando y valorando las iniciativas del niño aunque sean precariamente esbozadas como expresión de su **ser sujeto**, aun cuando deban oponerse límites necesarios y
- Diferenciando claramente entre “autonomía” y “soledad”, entre crear las condiciones de actividad y desarrollo con la

mayor autonomía posible y formas evidentes o sutiles de abandono y/o de pseudoautonomía que generan procesos de sobreadaptación.

- Reconociendo y apoyando la capacidad de resiliencia.

3 - La Seguridad

- Afectiva provista por la estructura del vínculo de apego con el Otro.
- Confianza en sí mismo que parte del sentimiento de seguridad postural y corporal.
- Respeto de su medio ambiente humano y material.

El niño utiliza su motricidad no sólo para moverse, para desplazarse o para tomar los objetos, sino, fundamentalmente para ser y para aprender a pensar.

6

Los ejes organizadores del desarrollo⁶

Tomado de Chokler, M.
Documento publicado
por la Dirección
de Educación Especial
de la Pcia. de Buenos
Aires, 2001.

El desarrollo es un proceso de organización progresiva y de complejización creciente de las funciones biológicas y psicosociales que le permiten al ser humano satisfacer progresivamente sus diferentes, múltiples y renovadas necesidades en un proceso de adaptación activa al medio.

El desarrollo del niño constituye entonces, desde esta concepción, el camino de resolución de sus necesidades, que parte de la dependencia absoluta y va constituyendo su autonomía relativa en la medida que la maduración del sistema nervioso y su intercambio múltiple con el medio humano y físico se lo van permitiendo.

El niño desde que nace posee un sistema de comportamientos muy ricos, producto de sus necesidades básicas, que generan ciertas conductas complementarias del adulto tendientes a satisfacerlas. Se constituyen entre el niño y el adulto sistemas que operan recíprocamente, en feed - back, a los que se les da el carácter de **“organizadores”** (Chokler, 1988).

En esta relación hay un polo principal básico constituido por las condiciones internas del sujeto; al mismo tiempo, el medio externo, fundamentalmente el humano, ofrece elementos imprescindibles para el desarrollo.

Estos sistemas de acción recíproca, permanentes en la interacción entre la persona y su medio, se estructuran genéticamente y van madurando y transformándose a lo largo de la vida. Desde la organización biológica inicial, genética y socialmente determinada, las formas singulares en que van operando estos **“organizadores”** tejen la trama de su historia emergiendo la persona que es, piensa, siente y actúa en el aquí y ahora.

1º - Vínculo de apego

“El apego es el lazo afectivo que una persona forma entre ella y una figura específica, un lazo que tiende a mantenerlos juntos en el espacio y perdura en el tiempo” (Ainsworth). La calidad particular con que se estructura el apego de manera primaria conforma la matriz afectiva que modulará los vínculos afectivos futuros. Aunque limitado inicialmente en los desplazamientos y en la autonomía, el niño presenta, desde el nacimiento, un riquísimo repertorio de comportamientos que lo ligan con el adulto, quien le permite la satisfacción de sus múltiples necesidades. La manera de sostener el cuerpo del bebé y manipularlo es captada por éste mediante receptores cutáneos y

propioceptivos, provocándole sentimientos de seguridad y confianza. En la constitución del apego, el tacto y el contacto suave, el olor de la piel, el calor, el movimiento rítmico del cuerpo, la mirada, la sonrisa y la voz parecen tener un lugar primordial. La finalidad del vínculo de apego es por un lado, garantizar al niño que nace en una situación de extrema indefensión, incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades biológicas y afectivas, los cuidados del adulto, y por el otro, sostener la posibilidad de conexión con el mundo. Corraze por su parte señala que los comportamientos de apego son fundamentales para la puesta en marcha de las conductas exploratorias y que la carencia de ellos provoca perturbaciones en la organización de la motricidad y de las praxias, cualesquiera fueran las posibilidades y los estímulos para explorar el medio.

Spitz, Reingold, Ajuriaguerra y otros autores coinciden en que los niños privados muy tempranamente de figuras de apego significativas renuncian progresivamente a la exploración, disminuyen su crecimiento ponderal y tienden hacia el aislamiento y la desconexión.

2º - La comunicación

La comunicación surge de las progresivas interacciones que parten de los primerísimos intercambios tónico - emocionales y afectivos en el contacto lactante/adulto. El nivel de comunicación contenido en los gestos opera a niveles conscientes e inconscientes. Las actitudes del niño a través de una irradiación tónico - emocional, provocan en el adulto sensaciones, emociones, que evocan situaciones vividas por éste anteriormente. La interacción corporal en un encadenamiento de gestos enlazados en feed-back, con una función de señalización, va generando desde el nacimiento, y tal vez aun desde antes, lo que Ajuriaguerra denominó diálogo tónico, función primitiva y permanente de comunicación que establece una comunión inmediata, previa a toda relación intelectual. Esta estructura conforma un lazo semántico, constituyendo el primer sistema de señales, único código disponible al niño durante mucho tiempo, antes de que pueda adquirir el lenguaje verbal. La eficacia de este primer sistema de señales y la satisfacción, el placer, la unidad, la tensión, la gratificación o la frustración que provoca quedarán permanentemente ligados constituyendo su matriz de comunicación, alentando o interfiriendo en su desarrollo. Este camino es necesario para la elaboración de la función simbólica, hasta llegar al código compartido y al lenguaje.

3º - Exploración y apropiación del mundo externo

Emergen de la necesidad esencial de adaptación e interacción con el medio y del “impulso epistémico” (impulso hacia el conocimiento), propio de toda organización viviente, permitiendo la progresiva internalización, reconstrucción mental y representación cada vez más acabada, compleja y simbólica de las formas y leyes de existencia y funcionamiento de los elementos del medio. Las modalidades y estrategias individuales con las que se realiza esta internalización de la interacción sujeto/mundo externo, bajo la influencia de un **Orden Simbólico**, histórico, social y cultural, multideterminan las **matrices de aprendizaje**.

El niño puede explorar y apropiarse del mundo externo a través del juego y de la interacción con los otros en la medida de la seguridad afectiva que le proveen sus vínculos de apego.

4º - Equilibrio y seguridad postural

El equilibrio y la seguridad postural son construcciones posturales y cinéticas, genéticamente programadas para las funciones antigravitatorias (en contra de la fuerza de gravedad) y direccionales, en interacción con el medio y ligadas a las emociones. Son organizadoras del gesto y del movimiento para el acto y por lo tanto también de su expresión emocional y su significación. El registro absolutamente íntimo e individual de la sensación de equilibrio -de estabilidad, de precariedad o de pérdida del mismo- es una autoconstrucción que exige una autorregulación por integración progresiva de los sistemas perceptivos, propioceptivo - vestibular y posicional en el espacio. Relacionado con las íntimas experiencias posturales, los desplazamientos y las praxias, constituye el sentimiento de seguridad postural, a su vez base indispensable del sentimiento de seguridad personal, de libertad motora y de armonía en la elaboración de la imagen de sí. Es indudable que los descubrimientos de E. Pikler y de A. Szanto acerca del desarrollo postural autónomo, de sus condiciones y de sus repercusiones en la constitución de la personalidad en su conjunto, de J. Paillard acerca de los determinantes de la organización y representación del espacio, entre muchos otros investigadores, han permitido integrar la construcción del equilibrio y de la seguridad postural a todo el desarrollo humano desde una concepción científica, neurofisiológica y psicosocial de la ontogénesis.

La evolución del **equilibrio**, de las **posturas** y de los **desplazamientos**, la **apropiación** y el **dominio progresivo del propio cuerpo** permiten en cada momento de la vida, a su nivel, organizar los movimientos y construir y mantener un íntimo sentimiento de seguridad postural, esencial para la constitución de la imagen del cuerpo, de la armonía del gesto y de la eficacia de las acciones. Esto tiene repercusiones en la constitución de la personalidad en su conjunto y en la organización y representación del espacio. Esta concepción ha permitido integrar una mirada científica neurofisiológica y psicológica del proceso de construcción del equilibrio postural reconociendo **la continuidad genética del desarrollo motor** (Pikler, 1985).

Cuadro I. Continuidad genética del desarrollo motor⁷

Secuencia de desarrollo de las posturas por maduración y propia iniciativa.



7

Pikler E. Moverse en libertad. Narcea, Madrid, 1985. Dibujos: Klara Papp.

El orden de aparición de las posturas y los desplazamientos **es el mismo en todos los niños hasta el momento de reptar**, luego depende de **variaciones individuales**.

En ocasiones puede suceder que el reptado dure muy poco tiempo o, excepcionalmente, que un niño no lo ejercite nunca.

Todas estas posturas son intermedias entre la horizontalidad y la verticalidad, adquiridas a partir de una progresiva reducción de la base de sustentación y la elevación, también paulatina, del centro de gravedad, y de verticalización de la cabeza, asegurando la riqueza de los matices, la plasticidad, soltura, armonía y funcionalidad de las posturas y los desplazamientos.

La edad de adquisición de cada una de las etapas (Cuadro II y Cuadro III), el tiempo de experimentación de cada movimiento y el momento de su abandono o integración en pos de una próxima etapa, varía dentro de límites muy amplios entre un niño y otro.

Estas posturas intermedias aseguran los pasajes armónicos de una a otra, percibiendo el niño todas las partes activas de su cuerpo y su propia capacidad para hacerlas funcionar en el momento más adecuado con una permanente **autorregulación**. Esta percepción y autorregulación son esenciales en la construcción del esquema corporal y en la eficacia de sus actos.

En conjunto, **no hay correlación entre la calidad del movimiento y la precocidad de adquisición de una postura, ni entre esta precocidad y el desarrollo cognitivo y emocional. El desarrollo cognitivo está mucho más ligado al desarrollo de la manipulación y de la coordinación óculo - manual que a la maduración tónica del eje corporal.**

Libre de realizarlos a su propio ritmo, los aprendizajes motores están en función de su maduración neurológica y de sus capacidades de integración psíquica. El niño seguro afectivamente va abordando los cambios, afrontando pequeños riesgos sin colocarse realmente en peligro. El gesto autónomo y la soltura del movimiento son indicadores importantes a la vez de su maduración neurológica y psíquica.

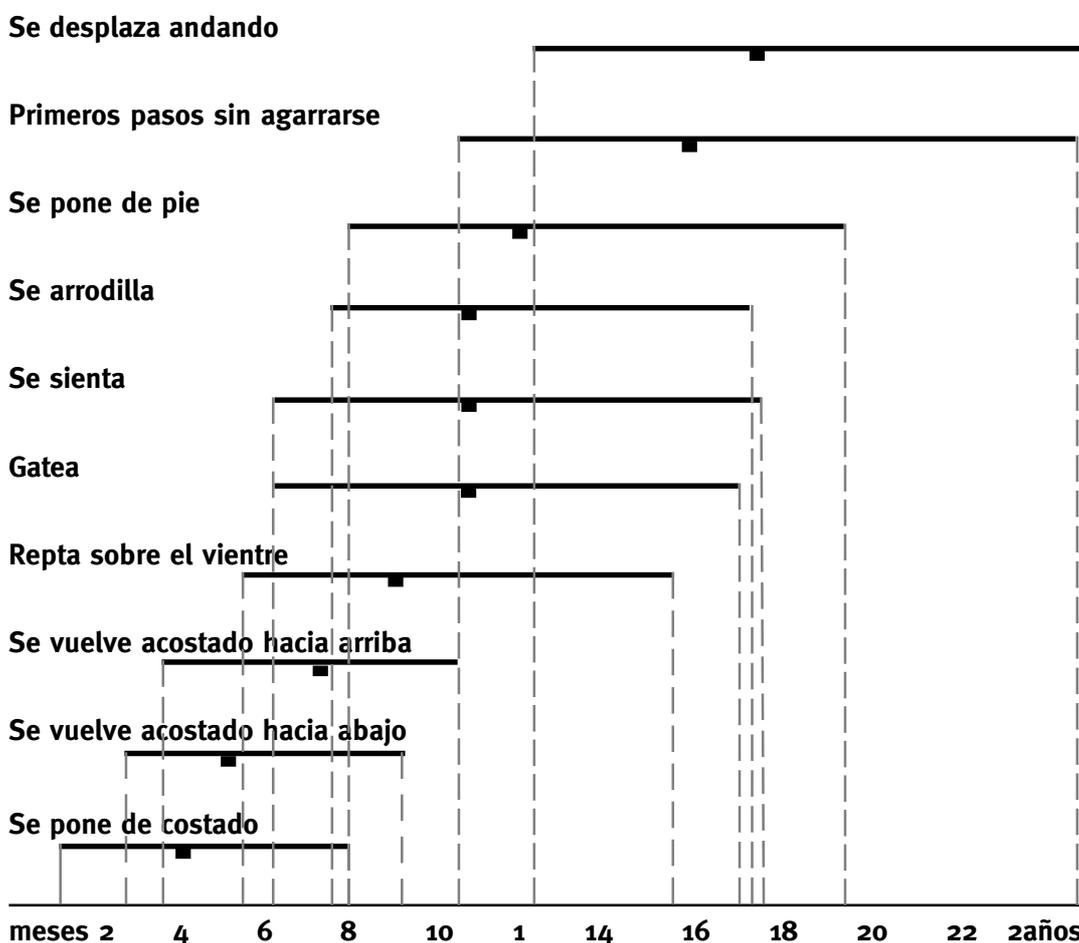
Cuadro II

Fechas límites en las cuales los niños sanos y normales que se observaron para las investigaciones comenzaron y mantuvieron las posturas y los desplazamientos. Los puntos negros marcan el promedio y entre las líneas punteadas la dispersión de edades de adquisición para la misma conducta.⁸

8

Szanto-Feder, A.
Tomado de Chokler, M.
Tesis doctoral:
Subjetividad y comunicación. UMSA, 1999.

Cuadro III: Aparición de adquisiciones significativas del desarrollo



Desde el punto de vista postural y motor

Pasa desde la posición boca arriba a la de costado	entre los 3 y 7 meses
Gira boca abajo	entre los 4 y 8 meses
Se desplaza rolando	entre los 6 y 10 meses
Repta	entre los 7 y 13 meses
Se sienta por sí mismo	entre los 9 y 16 meses
Gatea	entre los 8 y 16 meses
Se arrodilla y camina arrodillado	entre los 9 y 15 meses
Se pone de pie aferrándose	entre los 9 y 16 meses
Da pasos sosteniéndose	entre los 10 y 17 meses
Da pasos sin sostén	entre los 12 y 20 meses
Camina con seguridad	entre los 13 y 21 meses

Desde el punto de vista de las competencias para el lenguaje

Reacción ante la palabra

Está atento a la palabra	entre los 1 y 3 meses
Redondea los labios, sonrío cuando se le habla	entre los 2 y 4 meses
Reacciona activamente cuando se le habla	entre los 3 y 8 meses
“Comprende” palabras durante los cuidados	entre los 8 y 11 meses
“Comprende” fuera de los cuidados	entre los 8 y 18 meses
Ejecuta consignas verbales simples	entre los 12 y 24 meses

Iniciativas en vocalizaciones

Emite sonidos	entre los 1 y 4 meses
Gorjea	entre los 2 y 5 meses
Balbucea	entre los 5 y 11 meses
Utiliza palabras o fragmentos de palabras	entre 12 y 24 meses
Utiliza frases de dos palabras	entre los 14 y 27 meses
Utiliza frases desarrolladas	entre los 18 y 30 meses
Habla correctamente	entre los 20 y 36 meses

Desarrollo de la coordinación óculo - manual y juego

Sigue un objeto con la mirada	entre 1 y 3 meses
Se mira las manos	entre los 2 y 5 meses
Juega con sus manos	entre los 3 y 6 meses
Extiende la mano y toma con facilidad	entre los 4 y 7 meses
Juega con varios objetos	entre los 8 y 14 meses
Construye con objetos	entre los 10 y 27 meses
Participa en juego de roles	entre los 15 y 27 meses
Organiza juegos de roles	entre los 21 y 30 meses

Control de esfínteres

Control diurno regular	entre los 24 y 36 meses
------------------------	-------------------------

Actitud durante los cuidados

Intenta comer solo	entre los 11 y 21 meses
Come solo sin ensuciarse	entre los 16 y 33 meses
Bebe solo	entre los 12 y los 21 meses
Se pone y saca alguna ropa	entre los 14 y los 24 meses
Se lava las manos solo	entre los 24 y 30 meses
Se cepilla los dientes solo	entre los 24 y 30 meses

5º Orden simbólico

El orden simbólico está constituido por el *conjunto de representaciones sociales* (jurídicas, económicas, lingüísticas y culturales) que, inscriptas desde muy temprano en el psiquismo, a través de las relaciones, creencias, mandatos y valores familiares e institucionales, operan eficazmente determinando la conducta del sujeto y la adjudicación y asunción de los roles individuales y grupales. Ejemplos de ello son: la carga de significaciones del nombre y del apellido, de lo asignado históricamente a lo masculino y a lo femenino, de lo permitido y de lo prohibido, del sentido de la transgresión y del castigo, del sentimiento de continuidad o de ruptura de los orígenes, del espacio, de las raíces, del lugar de la filiación y de la pertenencia, de la ubicación en el proceso del conocer, de la propiedad y de la exclusión, de la transmisión de los mitos, de los saberes, de los roles, etc.

Todos estos ORGANIZADORES DEL DESARROLLO, interactuando entre sí dialécticamente, presentan manifestaciones concretas en cada ser concreto, en cada situación y en su contexto material, familiar y social, en cada uno de sus estadios y a lo largo de la vida.

El reconocimiento de los **Organizadores del Desarrollo**, sus determinantes, su evolución, sus transformaciones, permiten una elaboración más ajustada de estrategias, tácticas y técnicas. A partir de éstas se puede operar sobre los procesos de personalización, de socialización y de aprendizaje, cuestionándose en cada momento: **¿Qué es lo mejor para ese niño?**

CRECIMIENTO

Introducción

Se denomina crecimiento físico al aumento del número y tamaño de las células de un organismo. El crecimiento es un indicador muy sensible de la salud y de la nutrición de una población. Los grupos poblacionales en los que se observan tallas promedio más bajas son a la vez los que tienen mayores tasas de mortalidad infantil y preescolar.

Mucho antes de que los signos de malnutrición sean clínicamente evidentes se puede detectar, por medio del control de salud, que el crecimiento se ha enlentecido o detenido.

Por qué evaluar el crecimiento

El proceso de crecimiento se inicia en el momento mismo de la fecundación y culmina cuando se alcanza la madurez completa. La evaluación del crecimiento no debe ser una actividad aislada sino parte de un programa integral (WHO, 1995) y el eje alrededor del cual se articulen actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

El crecimiento presenta cuatro características fundamentales que lo colocan en el centro de las acciones de cuidado de la niñez, las cuales se resumen a continuación:

- Existe una estrecha relación entre el crecimiento, la nutrición, el estado de salud del niño y las condiciones de vida de él y su familia. Debido a su dependencia de factores biológicos, psicosociales y ambientales, se podría afirmar que un niño que crece bien está sano, o no presenta problemas de salud importantes, y a la inversa, toda alteración del crecimiento responde a causas que requieren especial atención, sean éstas de origen biológico, psicológico o social (OPS, 1999).
- La mayoría de los factores que comprometen el crecimiento normal pueden ser prevenidos o tratados. Mediante acciones simples realizadas desde el sector salud (control prenatal, promoción de la lactancia materna, pautas de alimentación, control del crecimiento y desarrollo, prevención y tratamiento de enfermedades prevalentes y crónicas no transmisibles) y otras que requieren especial participación de la comunidad y diferentes actores sociales (saneamiento básico, fortalecimiento de vínculos familiares, interacciones psicosociales y ambiente facilitador), es posible prevenir o tratar la mayoría de las causas que producen trastornos del crecimiento.
- Cuanto más temprana y prolongada es la injuria, más grave es el daño y menor la posibilidad de recuperación; es decir, se requiere una vigilancia estrecha para detectar las alteraciones del crecimiento de modo temprano.

- El crecimiento puede ser evaluado de manera simple y a bajo costo por medio de la **antropometría**. Además existen otros métodos bioquímicos o funcionales (por ejemplo: tomografía computada, etc.) de complejidad y costo variables.

Dada la estrecha relación del crecimiento con la salud y las condiciones de vida, y dada la posibilidad de prevenir y/o tratar sus alteraciones, la vigilancia del crecimiento constituye un eje fundamental en la atención integral de la niñez.

La evaluación del crecimiento es un proceso que se inicia con mediciones del tamaño del niño, continúa con reflexiones sobre si está creciendo bien y concluye en acciones concretas. Involucra a distintos actores: el equipo de salud y la familia. La evaluación del crecimiento puede ser minuciosa pero inefectiva si la madre y la familia quedan excluidas del proceso. Tanto cuando el crecimiento es satisfactorio como cuando hay algún signo de alerta, la madre y la familia deben participar de los resultados. El equipo de salud aconsejará pautas pero es la madre quien las llevará a cabo.

La posibilidad de que los consejos del equipo de salud se transformen en acciones de protección al niño dependen de ese involucramiento de la madre durante la consulta.

Es importante reflexionar sobre las creencias que los equipos de salud tienen en torno a la capacidad de las madres de comprender, de transformar las indicaciones en acciones. La confianza es un valor fundamental para que la madre se sienta parte fundamental del proceso y para ello hay que ser consecuente, y compartir los resultados de la evaluación del crecimiento y reconocerle todo el mérito cuando se observa crecimiento satisfactorio o recuperación en los casos en los que se había detectado algún problema.

Por la Convención sobre los derechos del niño (Art. 24. e) todos estamos comprometidos a “asegurar que todos los sectores de la sociedad y en especial los padres conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños... tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo para la aplicación de esos conocimientos”.

Por ser la evaluación del crecimiento una práctica habitual en los controles de salud en los primeros años de vida, éste es el momento adecuado para reflexionar con los padres sobre las pautas de crianza para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de su hijo.

Cómo evaluar el crecimiento

La antropometría es un método esencial en la evaluación del crecimiento y del estado nutricional. Dada su simplicidad y su bajo costo las mediciones antropométricas permiten la detección temprana de alteraciones que sólo tardíamente aparecen bajo la forma de signos y síntomas.

La evaluación del crecimiento mediante técnicas antropométricas, es decir basada en la medición de distintas dimensiones y proporciones corporales y su comparación con un patrón considerado normal, puede realizarse de manera estática o dinámica, y a su vez puede estar dirigida al estudio de un individuo o de una comunidad. Se habla de una evaluación “estática” cuando la reflexión se basa en una sola medición y “dinámica” cuando se cuenta con una secuencia de valores de peso y talla del niño que permiten valorar cambios en “su” patrón de crecimiento.

Al igual que en las pautas de desarrollo existe para cada edad un rango de normalidad. Ese rango se encuentra expresado en las curvas de referencia como percentilos que expresan sencillamente que los niños normales que fueron medidos para construir tales referencias mostraban para una misma edad y sexo valores diferentes de peso y talla.

Se estableció así el concepto de «carril de crecimiento» entendiendo que cada niño tiene la posibilidad de transitar por un lugar determinado de la curva y que lo importante es que a cada edad gane gramos o centímetros para poder mantenerse en ese carril.

Cuando la evaluación se realiza con una sola medición sólo puede determinarse si el niño se encuentra o no dentro de lo normal. Sólo con mediciones sucesivas puede establecerse si la tendencia de crecimiento es normal.

Las medidas más útiles para la evaluación nutricional son el peso y la talla. La relación entre ellas (expresada como el peso esperado para la talla) y con la edad del niño (expresada como la talla o el peso esperado para la edad) son los indicadores del estado nutricional más usados. Cuando no se conoce el peso ni la talla, otras medidas antropométricas permiten aproximarse a una evaluación, pero con menor sensibilidad y con mayor margen de error. En el caso del grosor de los pliegues cutáneos, resultan particularmente útiles para estimar la composición corporal.

La evaluación del crecimiento y estado nutricional de los niños es fundamental para la promoción de la salud.

La posición de un solo punto en la gráfica es menos importante que la curva trazada a partir de varias mediciones. La falta de ganancia de peso entre dos mediciones sucesivas es otro dato de posibles problemas de salud y nutrición.

Todos los indicadores, peso/edad, talla/edad y peso/talla son necesarios para tomar decisiones con respecto al tipo de intervención nutricional a realizar y su evaluación posterior. La velocidad de crecimiento se puede evaluar analizando los cambios en medidas antropométricas a lo largo del tiempo. El estado nutricional se puede evaluar comparando las medidas antropométricas de un niño específico o de un grupo de niños con valores aceptados como patrones normales de referencia. No existe una medida o un indicador antropométrico que, por sí solo, permita evaluar el estado nutricional actual y pasado del niño, tanto a nivel individual como en grupos de población. Tal evaluación es posible cuando se usa una combinación de varios indicadores. La combinación más utilizada es el peso para talla junto con la talla para edad. En virtud de que durante los primeros 2 años de vida el peso y la longitud aumentan con distintas velocidades, y ese aumento es influenciado por el peso y la longitud del niño al nacer, también es aconsejable evaluar el peso para edad.

Indicadores antropométricos

A continuación describimos los indicadores más utilizados, señalando sus principales ventajas y limitaciones.

- **Peso y talla:** las mediciones aisladas de peso o talla no permiten evaluar el estado nutricional del niño, a menos que se relacionen entre sí o con la edad del niño para compararlos con patrones de referencia. Para usarlos como indicadores de

crecimiento es necesario medirlos repetidamente (de manera longitudinal). Esto permite evaluar los cambios en función del tiempo para analizar el patrón y la velocidad del crecimiento. Para ello es conveniente anotar el peso y la talla en una gráfica de las curvas normales de crecimiento. También se pueden usar gráficas de velocidad de crecimiento, las cuales son más sensibles para evaluar los cambios que las curvas tradicionales.

- **Peso para talla:** este indicador permite hacer un diagnóstico de desnutrición o sobrepeso al momento de efectuar las mediciones y es relativamente independiente de la edad del niño. Su principal inconveniente es el grado de dificultad y la magnitud del error asociado con la medición de la longitud, particularmente en el primer año de vida.

- **Índice de masa corporal:** el índice de masa corporal (IMC o peso/talla²) refleja la corpulencia, y según algunos autores es un indicador de adiposidad por su alta correlación con la grasa corporal y su independencia de la talla. Pero este indicador refleja el exceso o normalidad tanto de masa magra como de masa grasa, por lo cual es un indicador de la masa corporal total. La curva del IMC se caracteriza por un incremento en el primer año de vida (5 kg/m²) seguido por un descenso y luego un aumento progresivo a partir de los 5-6 años, hasta el final del crecimiento.⁹

- **Talla para edad:** permite evaluar si hay un retraso en el crecimiento, el que generalmente se asocia con deficiencias nutricionales por períodos largos o repetidos o durante períodos críticos del crecimiento. Los cambios en la talla no son tan rápidos como los cambios en el peso, por lo que la deficiencia de talla para edad representa un retraso de crecimiento esquelético (retardo del crecimiento).

- **Peso para edad:** su principal ventaja es que no requiere de la medición de la talla. Tiene la desventaja de que no permite distinguir entre un niño desnutrido con talla adecuada o alta y un niño bien nutrido u obeso pero con talla baja. A pesar de esta importante limitación, algunas personas usan este indicador para evaluar el estado nutricional de niños menores de 1 ó 2 años. En estos casos es necesario saber si los niños nacieron a término y sin un déficit de longitud. Aplicándolo a grupos de población, este indicador permite identificar poblaciones que tienen o han tenido problemas nutricionales, pero no permite establecer si se trata de desnutrición en el presente o el pasado.

- **Grosor de pliegues cutáneos:** proporciona información sobre la cantidad y distribución de la grasa corporal. Asociado con medidas de peso y talla permite estimar la composición corporal del niño.

- **Circunferencia de brazo:** en combinación con la medición del pliegue cutáneo del brazo permite estimar la masa muscular y la grasa en esa región.

9

Se ha observado que aquellos niños que presentan el segundo pico de manera temprana (entre los 2 y 4 años) tienen un mayor riesgo de obesidad en la juventud y adultez.

- **Circunferencia cefálica:** es una medida importante durante los dos primeros años de la vida como indicador del crecimiento cerebral dado que el tamaño de la cabeza es un buen indicador del tamaño del cerebro. De allí el valor que tiene la medición del perímetro cefálico para predecir el posterior crecimiento del sistema nervioso central (Falkner, 1985). Se usa frecuentemente en el contexto clínico como parte de la pesquisa de enfermedades craneoencefálicas, y es muy importante el seguimiento longitudinal de sus dimensiones.

La interpretación de los indicadores antropométricos requiere de: a) patrones de referencia o comparación, y b) definición de las metas que se quieren alcanzar en relación con los puntos de corte.

Patrones de referencia: pueden ser locales o internacionales. Los patrones locales están más ajustados a la realidad de cada país. Los patrones internacionales permiten la comparación de datos entre países. La OMS recomienda la utilización de patrones basados en datos de la población de referencia de los Estados Unidos (estándares NCHS/OMS)¹⁰. En nuestro país la SAP desde 1987 ha difundido tablas de crecimiento para niños y niñas desde el nacimiento hasta los 18 años de vida, las que siguen en vigencia¹¹.

Una referencia es un instrumento que provee una base común de comparación epidemiológica. Para analizar las diferencias en salud y nutrición entre poblaciones, o monitorear los cambios en función del tiempo, puede ser suficiente comparar los valores medios. El uso de una referencia (NCHS/OMS) por ejemplo tiene en este caso una ventaja, hace posible la comparación de los resultados de investigaciones efectuadas en diferentes países o regiones. El término estándar, en cambio, implica el concepto de norma o patrón, de meta a alcanzar, por lo que supone un juicio de valor. El estándar es imprescindible para uso clínico, para evaluar si un niño es “normal” en relación a sus pares. Estándar y referencia son instrumentos claramente diferenciados que deberían usarse de manera complementaria. Al emplear un estándar identificamos las situaciones individuales que pueden modificarse con intervenciones médicas, nutricionales, etc. Al usar una referencia señalamos la brecha que separa a grupos o poblaciones en desventaja de otras más desarrolladas, donde el potencial de crecimiento se expresa de modo más complejo. En este caso es la situación social global la que necesita modificación y no sólo las circunstancias particulares.

En cuanto a la importancia del componente genético, varios estudios han demostrado que el potencial biológico para el crecimiento es semejante en niños preescolares de distintos grupos étnicos, y que hay más diferencias entre niños de la misma raza pero de distintas condiciones socioeconómicas que entre niños de distintas razas y estratos socioeconómicos semejantes. Esto implica que las diferencias en el crecimiento de los niños en distintas poblaciones del mundo obedecen mayormente a factores ambientales y en menor medida a características raciales o étnicas (Habitch, 1974; Martorell, 1988).

Dado que el crecimiento es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales (Marcondes, 1985), ambos aspectos deben ser tenidos en cuenta al construir o adoptar un estándar o norma de comparación (Van Loon, 1986).

10

Las curvas 2000 corresponden a un nuevo banco de datos elaborado a partir de la NAHNES, Instituto Felds (Estados Unidos, 1929-1975).

11

Guías para la evaluación del crecimiento. SAP 2001.

Puntos de corte: los puntos de corte se basan en la probabilidad de que un indicador antropométrico sea normal o anormal. Los tres criterios estadísticos más usados para definirlos se basan en: a) desviaciones estándar alrededor de la mediana (puntaje Z); b) proporciones de niños que están por debajo o encima de cierto porcentaje en la distribución de la población de referencia (percentilos); y c) porcentajes en que los valores observados difieren de la mediana del estándar de referencia (porcentajes de adecuación de la mediana).

El criterio basado en puntaje Z o Z score, es el más conveniente para definir los puntos de corte en la evaluación de programas de salud y nutrición de una población o del crecimiento y evolución nutricional de un niño en especial. La falta de simetría en la distribución del peso y talla se compensa usando distintas desviaciones estándar por encima y por debajo de la mediana. Otra ventaja del puntaje Z es que se pueden usar los mismo puntos de corte para diversos indicadores antropométricos. Además la escala de puntaje Z es lineal, por lo que pueden ser analizados estadísticamente.

Los percentilos se correlacionan con los puntajes Z. Su significado es más fácil de interpretar. Sin embargo, la escala de percentilos no es lineal, por lo que no se pueden calcular las estadísticas mencionadas en el caso de los puntajes Z.

Los puntos de corte basados en porcentajes de adecuación difieren de un indicador antropométrico a otro a causa de las diferencias en la amplitud de las curvas de distribución de los distintos indicadores. Además no guardan la misma simetría que los puntajes Z por debajo y encima de la mediana, lo que complica su uso e interpretación.

Generalmente se considera anormal un indicador antropométrico cuando está por debajo del -2 Z (percentilo 2,3) o por encima de $+2$ Z (percentilo 97,7), aunque algunos consideran anormales los valores por debajo de los percentilos 3 ó 5 ó por encima de los percentilos 95 y 97.

En algunos estudios poblacionales pueden considerarse como grupo en riesgo de desnutrición a los que se encuentran entre -1 y -2 Z, y en riesgo de obesidad a los que están entre $+1$ y $+2$ Z. En general se define estadísticamente como anormal a un valor antropométrico situado por debajo o por encima de 2 desvíos estándar, que coincide aproximadamente con los percentilos 3 y 97. Debe tenerse en cuenta que todos estos puntos de corte se emplean de manera convencional como guía para facilitar el *screening*, pero no definen verdaderamente el rango normal desde el punto de vista de la salud y la nutrición. En el contexto clínico, cuando se presentan valores antropométricos “anormales”, es necesario cuantificar de modo más preciso el grado de desviación a través del puntaje Z.

Expertos de la OMS recomiendan usar el peso/talla y el grosor del pliegue cutáneo tricipital para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad. El peso/edad excesivo debe analizarse tomando en cuenta la talla de los niños.

Los indicadores antropométricos permiten evaluar el estado nutricional presente y/o pasado de grupos de población. Sin embargo, se debe tener presente que una población sana tiene cierto número de niños que normalmente tienen un peso o una talla inferior o superior a la mediana. Por esta razón, cuando se usan indicadores antropométricos para evaluar el estado nutricional de un niño específico, no se debe hacer un diagnóstico basado exclusivamente en sus medidas antropométricas, sino que se debe considerar las condiciones generales, antecedentes familiares, antecedentes alimentarios y aspectos clínicos y funcionales del niño.

Para facilitar la evaluación del crecimiento las medidas obtenidas de modo longitudinal deben ser anotadas en una gráfica que tenga en el eje horizontal la

edad del niño y que incluya curvas de crecimiento aceptadas como patrones de referencia. Esto permitirá determinar si el niño crece de manera paralela a dichas curvas. Si las mediciones son confiables y efectuamos una adecuada interpretación de los datos registrados, la antropometría, contando con estándares apropiados, representa un valioso instrumento semiológico de orientación diagnóstica. Debe tenerse en cuenta que, a nivel individual, valores antropométricos anormales generalmente no proveen por sí mismos información etiológica específica. Así por ejemplo un niño puede ser anormalmente bajo por múltiples y variadas causas. El estándar es básicamente un instrumento para detectar niños en riesgo nutricional o de salud.

Crecimiento del niño amamantado

En diversos estudios se encontraron diferencias importantes entre el patrón de crecimiento de niños alimentados exclusivamente con leche materna y las normas de referencia NCHS/OMS. En general los niños amamantados tienden a crecer rápidamente en los primeros 2 ó 3 meses, pero luego lo hacen más lentamente en comparación a la norma. Debe tenerse en cuenta que los datos de referencia para los primeros 24 meses provienen del estudio longitudinal del Instituto Fels (Estados Unidos, 1929-1975) en el cual sólo un pequeño porcentaje de niños recibió lactancia materna exclusiva durante 3 meses.

Es normal para los niños amamantados ganar peso menos rápidamente cuando se los compara con normas de referencia y ello no debe interpretarse como déficit del crecimiento. En base a éstas y otras consideraciones se pone en tela de juicio el concepto de que existe un equivalente entre crecimiento máximo y crecimiento óptimo. La recomendación de la Academia Americana de Pediatría expresa: “La alimentación al pecho es la referencia o norma modelo contra la cual todos los métodos alternativos de alimentación deben ser medidos en relación con crecimiento, salud, desarrollo y toda otra evolución de corto o largo plazo“. Esto significa que el crecimiento máximo alcanzado por los bebés con alimentación artificial no es necesariamente equivalente al crecimiento óptimo. Se concluye que la actual referencia NCHS/OMS no es la más adecuada para evaluar el crecimiento de los niños amamantados, alerta sobre el peligro de emplear estas normas como estándares y recomienda el desarrollo de una nueva referencia internacional. Se están confeccionando nuevas curvas de la OMS en base a niños exclusivamente amamantados. Hasta que éstas se hallen disponibles sugerimos realizar un seguimiento personalizado que incluya otros parámetros de evaluación:

- 1 - Estado clínico del niño.
- 2 - Desarrollo y maduración.
- 3 - Anamnesis y evaluación clínica de la lactancia materna para optimizar su rendimiento.
- 4 - Incremento de peso g/día, evaluando en controles sucesivos **valores mínimos aceptados.**

Niños de 1 a 3 meses: Niñas 12 g/d Niños 15 g/d
Niños de 3 a 6 meses: Niñas 10 g/d Niños 12 g/d
Niños de 6 a 11 meses: Niñas 7,5 g/d Niños 8,5 g/d

- 5 - Intercurrencia de morbilidad (SAP, UNICEF, OMS/OPS, 2000).

Parámetros para la evaluación del niño amamantado (Lawrence, 1986)

Lactante que gana peso lentamente

- Aspecto sano y alerta
- Buen tono muscular y turgencia de piel
- No < 6 pañales mojados/día. Orina clara
- Depositiones frecuentes grumosas
(o poco frecuentes, abundantes y blandas)
- 8 ó > mamadas/día (10 min)
- Adecuada succión/deglución
- Progreso de peso constante

Lactante con retraso de crecimiento

- Apático o lloroso
- Escaso tono muscular. Falta turgencia
- Pocos pañales mojados/día. Orina concentrada
- Depositiones infrecuentes y escasas
- < 8 mamadas/día (muy cortas)
- Inadecuada succión - deglución
- Peso errático o pérdida de peso

CONSULTAS DEL 1º AÑO DE VIDA

LA CONSULTA PEDIÁTRICA

El acompañamiento en la crianza debería ser una de las acciones fundamentales del equipo de salud ya que representa un aporte importante para el adecuado crecimiento y desarrollo de niños y niñas. En efecto, la práctica demuestra que numerosas situaciones cotidianas de la vida familiar generan incertidumbre o interrogantes que los padres no siempre se sienten en condiciones de responder por sí solos. En otros casos, los padres reproducen acríticamente pautas de crianza que pueden influir negativamente en el desarrollo del niño, como ser: a) la utilización del castigo corporal u otros comportamientos violentos como práctica para establecer los límites que el niño requiere (Mc Cord, 1988, Holmes et al, 1988; Strassberg , 1994); b) errores en las prácticas de alimentación (en especial en la primera etapa de la vida) que llevan al abandono temprano de la lactancia materna y la incorporación precoz de alimentos inadecuados (Feinstein et al, 1982; Avila et al, 1980; Sharma et al, 1991); c) actitudes compulsivas en la enseñanza del control de esfínteres y hábitos de higiene; etc. Es decir, diversas actitudes o prácticas susceptibles de acarrear consecuencias desfavorables para el pleno desarrollo del individuo. La violencia sobre los niños, el no respeto, engendra agresividad y desorganización psíquica.

En este sentido, no es posible continuar pensando en una atención pediátrica limitada al control antropométrico, a la evaluación del área psicomotora y la indicación de ciertas medidas terapéuticas o preventivas básicas, sin incorporar a ello el acompañamiento a los padres en la crianza. Es decir, sería conveniente que el equipo de salud en general y el pediatra en particular no sólo se preguntaran respecto de la normalidad del proceso de crecimiento y desarrollo del niño o niña, sino también en qué medida están ayudando a la familia a resolver aquellas situaciones que a diario se le plantean. En una encuesta realizada recientemente en el Conurbano bonaerense se observó que los médicos entrevistados reconocen descuidar los aspectos relacionados con el acompañamiento en crianza debido a falta de tiempo o desconocimiento de aspectos específicos referidos a desarrollo normal, trastornos de conducta y puesta de límites, etc.; cuando ellos intervienen lo hacen más desde sus propios hábitos y creencias que desde el conocimiento que aporta su profesión (Díaz et al, 2000).

Función del equipo de salud

El equipo de salud, por estar desde el nacimiento y a veces desde la gestación, por haber atendido a otros hermanos, tiene la posibilidad y el compromiso de una riquísima tarea no sólo de detección temprana y tratamiento oportuno. Provisto de una visión más amplia, más abarcativa, se le abre un amplio campo de prevención y de hacer salud (Pérez A, 1988). La crianza es un largo camino de aprendizajes. La manera de dar confort y crear las condiciones externas para el pleno desarrollo del potencial que cada niño trae a la vida requiere acompañamiento y ésta es una tarea del equipo de salud, entre otros motivos porque se halla próximo a la familia con una palabra valorada y reconocida en momentos clave de la vida de las personas. La posibilidad de preguntar y de escuchar del equipo de atención pediátrica configurará una situación de sostén para la madre y para el bebé. Donald Winnicott

plantea que cada madre quiere ensayar su propia manera de ser madre. Es importante entonces que el equipo de salud pueda revalorizar el papel de la madre reconociendo sus cualidades para facilitar el desarrollo de su hijo. El equipo de salud ofrece de este modo todas las oportunidades para que la madre desempeñe su papel manteniendo una actitud de apoyo aun frente a las equivocaciones. El apoyo del pediatra configura un respaldo para ella frente a sus propios temores y supersticiones, las valoraciones de sus vecinos, etc.; este apoyo le da contención y la reconduce a una relación espontánea con su hijo. De la misma manera es relevante reconocer a la madre con dificultades en la conducta adaptativa frente a las necesidades de su hijo o las situaciones vitales que interfieran en la interacción.

Este modelo de atención lleva implícito un alto grado de compromiso de las partes involucradas con el fin de alcanzar el cuidado de la salud del niño/a y su familia, por lo que permite la constitución de una «alianza terapéutica». El equipo de salud, entonces, puede incrementar la sensación de autoestima, confianza y capacidad. Esta **atención centrada en la familia** es preciso que sea continua y accesible. El equipo de salud ayuda a compartir la información médica adecuada y a encontrar las soluciones con la mayor cooperación posible del paciente y su familia. Si esta cooperación se logra el impacto va más allá de la entrevista actual. El tiempo real que pasa el equipo de salud con los padres es limitado; si a los padres se les brinda información adecuada y se alienta la confianza en sí mismos, este impacto puede extenderse en el cuidado del niño las 24 horas del día. La observación cuidadosa y objetiva de la interacción entre los padres y el niño durante la consulta proporciona datos valiosos. El dirigimos hacia los padres o cuidadores como a un individuo con necesidades, sentimientos e intereses, puede crear entusiasmo y volver la relación más valiosa para todos los interesados. Incluir a otros miembros de la familia brinda las bases para una futura colaboración.

Por otro lado, para alcanzar esta situación necesaria se requiere que confluyan diversas condiciones, algunas de las cuales se resumen a continuación:

Equipo de salud

- Comprensión de la situación del paciente.
- Importancia del abordaje integral del niño.
- Importancia de escuchar.
- Dar pautas comprensibles en sus mensajes verbales y escritos.
- Ser capaz de aceptar las limitaciones y decir “no sé”, consultar a otros profesionales y después orientar a la familia.
- Posibilidad de evaluar periódicamente la práctica diaria.
- Asegurar siempre la calidad de atención.
- Tener en cuenta las demandas explícitas e incluirlas en la consulta.
- Continuidad de relación del equipo con la familia para el fortalecimiento del vínculo y la comunicación.
- Reconocimiento de la necesidad de capacitarse.
- Capacitación en servicio del equipo de salud.

Institución

- Asegurar la calidad de la atención.

- Valoración de la atención programada sobre la libre demanda.
- Tiempos razonables para la atención de los pacientes.
- Estrategia para la capacitación adecuada del personal y del equipo de salud.
- Remuneración adecuada.
- Estímulo al trabajo interdisciplinario.

Familia

- Cumplimiento de pautas y tratamientos.
- Reconocimiento de los esfuerzos del equipo de salud.

Frecuencia de las consultas

Existen variantes en las normas acerca de la periodicidad de los controles en el primer año de vida, pero dentro de ellas hay acuerdo en que los primeros meses las consultas deben ser frecuentes. Una modalidad consiste en citar mensualmente al niño para realizar la evaluación antropométrica y clínica. Teniendo en cuenta los momentos clave para los controles desde el punto de vista del niño, por un lado, y las probables dificultades del sistema de salud para absorber a la totalidad de los niños de su área en el momento requerido, por el otro lado, se propone una secuencia de consultas a lo largo del primer año de vida de entre 7 y 13 consultas. El mínimo imprescindible de 7 consultas se distribuiría de la siguiente manera:

- 10 a 15 días de vida
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

La consulta

Las acciones para garantizar una comunicación efectiva durante la consulta con las madres se pueden dividir en cuatro momentos (AIEPI, 1999):

- **Generar un ambiente de confianza**
 - Saludar cordialmente a la madre, ofrecerle un lugar para sentarse. Si el padre se halla presente invitarlo a ingresar al consultorio.
 - Tener en cuenta al niño, qué dice y qué hace durante la consulta.
 - Previamente, tener alguna idea acerca de cuáles son las creencias más comunes que tienen las madres respecto de la situación de salud de sus hijos.
 - Ambiente físico limpio, iluminado, cómodo y privado; el mobiliario no debe impedir la circulación ni la cercanía.
- **Identificar las necesidades de la madre**
 - Usar un lenguaje sencillo y claro.
 - Hacer una sola pregunta por vez.
 - No inducir las respuestas.

- Saber preguntar. Las preguntas pueden ser: a) cerradas, para averiguar datos concretos; se contestan por sí o por no; b) abiertas, llevan a la madre a describir y comentar lo que hizo; permiten evaluar la comprensión de las recomendaciones (preguntas de verificación).
 - Saber escuchar: es poner atención a lo que la madre dice y también es una conducta activa; demuestra interés en el niño y en su salud.
- **Aconsejar a la madre**
 - Priorizar las recomendaciones.
 - Efectuar preguntas de verificación.
 - Utilizar dibujos y efectuar prácticas en el centro de salud si es necesario.
 - **Lograr acuerdos para el cuidado del niño**
 - Indagar sobre posibles problemas, barreras o dificultades que la madre pueda tener para cumplir alguna recomendación.
 - Presentar otras alternativas para que la madre pueda seleccionar la que estime más adecuada.

Preparar, en la medida de las posibilidades, un espacio con una colchoneta, alfombra o manta en el suelo, y solicitar a la madre que ubique allí a su bebé en posición decúbito dorsal. Una vez allí poner al alcance del niño algunos objetos sencillos para que pueda jugar. De esta manera la madre podrá sentirse más libre para conversar, y el médico y la enfermera podrán observar la actividad autónoma del niño (Cuidando al bebé, M.S.N., 2002).

Abordaje interdisciplinario

En la práctica cotidiana del equipo de salud y en especial del médico, la exigencia de tener que dar respuesta a todos los interrogantes que se plantean en la consulta bloquea sin quererlo la posibilidad de observar y reflexionar sobre lo que sucede, de preguntar y escuchar al paciente.

Dada la complejidad que implica la atención del niño y su familia sería conveniente contar con el apoyo de un equipo interdisciplinario. Para lograrlo se pueden entonces plantear dos propuestas: a) una que apunte a construir un modelo de organización de un equipo de salud para la atención integral de niño y b) un modelo de derivación para que el equipo que atienda al niño a partir de la detección precoz y oportuna pueda responder al problema del paciente.

El abordaje interdisciplinario puede favorecer entonces la integración y producción del conocimiento. La propuesta es partir de los problemas y no de las disciplinas dadas, la colaboración interdisciplinaria es básica. Esta metodología interdisciplinaria impone:

- Trabajo en equipo: formación de actitudes cooperativas en el grupo.
- Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada, el encuentro fortuito entre dos disciplinas no es interdisciplinaria.

- Flexibilidad: que exista apertura en cuanto a búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, etc, sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo.
- Cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión del equipo. Una cooperación ocasional no es interdisciplina.
- Reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas. La reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas y resultados, etc.
- Ética en cuanto a las informaciones y sugerencias ofrecidas a los familiares, que no entren en contradicción ni generen confusión o sospechas sobre los otros profesionales.

Lo trascendental es salir del aislamiento y la fragmentación aún vigentes y abocarse al trabajo en equipo, sin saberes absolutos, sino en la búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea.

LA CONSULTA PRENATAL

Objetivos:

- a) Iniciar la relación del equipo de salud con la familia.
- b) Promover la lactancia materna.
- c) Orientar y despejar dudas sobre el embarazo.
- d) Reasegurar a la madre en su capacidad de crianza del lactante.
- e) Detectar riesgos bio-psico-sociales.
- f) Establecer un vínculo afectivo y continente del equipo de salud con la familia.

Característica de esta etapa

El principal propósito de la consulta prenatal consiste en iniciar la relación entre el equipo de atención pediátrica y la familia. Los padres, que han estado esperando el nacimiento del niño durante varios meses, y especialmente si son padres primerizos, se enfrentan a una nueva experiencia. Durante la consulta prenatal se puede ayudar a la preparación para estos nuevos roles.

Si el profesional escucha activamente y discute con empatía las cuestiones que ellos traen a la consulta, los padres comenzarán a confiar en su propia intuición y su habilidad para tomar decisiones.

También es útil conversar sobre las expectativas que los padres tienen sobre su hijo. La consulta prenatal también ofrece una oportunidad inmejorable para promover la lactancia materna entre aquellos padres que aún no han decidido el modo de alimentación de su bebé, y para reforzar la preferencia de la lactancia materna entre aquellos que ya han hecho esta elección. Es muy importante alentar el amamantamiento y dar indicaciones respecto a la técnica de la lactancia. En esta consulta el equipo de salud ayuda a los padres a que expresen sus preocupaciones, dudas e inquietudes sobre el trabajo de parto, el nacimiento y el nuevo bebé.

Existe una gran cantidad de preguntas claves que pueden ser utilizadas con los padres para obtener información; a su vez es necesario responder claramente a todo lo requerido por la familia en cuanto a la información sobre los temas de su interés.

Algunas preguntas:

- ¿Cómo va su embarazo?
- ¿Cómo se está preparando para la llegada del bebé?
- ¿Tienen otros niños? ¿Les han hablado sobre su embarazo?
- ¿Quién los cuidará cuando usted esté en el hospital?
- ¿Es éste un buen momento para su embarazo?
¿Qué piensa su familia?
- ¿Cómo cree que la llegada del bebé cambiará sus vidas?
- ¿Piensa volver al trabajo/estudio luego de que nazca el bebé? (“Bright futures”, 1998).

Como parte de la anticipación para la familia puede informarse lo siguiente.

Para promoción de hábitos saludables:

- Asegurarse de que la cuna sea segura, con barrotes con separación menor a los 6,5cm. y colchón bien adaptado.
- Informar sobre los efectos del tabaquismo pasivo sobre el recién nacido.
- Informar sobre la necesidad de llevar siempre al niño en el asiento trasero del auto.
- Apoyar a la madre para que asista a las charlas prenatales de preparación para el parto.
- Discutir los métodos de alimentación. Informar sobre recursos comunitarios para apoyar el amamantamiento, por ejemplo, grupos de apoyo, material de folletería, etc.

Para promover la construcción de relaciones familiares saludables:

- Preparar a los hermanos mayores para la llegada del bebé.
- Anticipar que la madre en muchas oportunidades se sentirá cansada, sobrepasada o triste. Es conveniente advertir sobre los probables cambios en las relaciones familiares por el nacimiento del bebé.

Recién nacido: sostén (holding) (Chokler, 1998)

En la vida intrauterina el bebé está sostenido, envuelto por las paredes uterinas, el líquido amniótico, la placenta y el cordón umbilical, a la vez que forma con ellos una unidad. Son cinco elementos constituyendo esa unidad indisoluble. En el interior del útero el niño se halla a una temperatura más o menos constante, moviéndose en un espacio cada vez más limitado. Durante el parto el cuerpo es estirado, presionado, y en el momento de nacer recibe bruscamente numerosos impactos: temperatura, sonidos, luces, pero sobre todo la fuerza de la gravedad que impresiona súbitamente su aparato vestibular, y además pierde cuatro de los componentes que constituyen esa unidad intrauterina. Se pueden comprender así las vivencias caóticas primitivas descritas por Winnicott, Klein, Bick, Anzieu y tantos otros autores.

Estas angustias pueden ser apaciguadas cuando el adulto funciona como envoltura protectora que sostiene, unifica, cohesiona. Esto no sólo es emocional, es corporal. Las maneras de sostener y manipular al bebé son captadas por éste mediante receptores cutáneos y propioceptivos; cuando son adecuadas van generando una sensación de unificación y seguridad interior.

Para que el cuerpo del niño reciba experiencias reparadoras e integradoras es aconsejable que la familia tenga ciertos elementos que les permitan cumplir sus funciones de continencia, sostén y consuelo (sostén, equilibrio, y preservación de la unidad del cuerpo).

Cómo sostener al bebé

El recién nacido debe estar acostado en decúbito dorsal (no ventral ni lateral) sobre un colchón firme y ser anidado en un espacio cálido, no demasiado amplio, que puede consistir en dos rollos de toallas laterales y apoyo debajo de las rodillas, con lo que disminuye el número de reflejos de Moro (para los padres sobresaltos). Estos rollos laterales se desplazarán hacia afuera lentamente en la medida en que el niño deja de necesitarlos.

Sostenemos que **no es lo mismo el decúbito dorsal que el lateral** por los motivos

siguientes. El decúbito dorsal durante los primeros meses permite los movimientos espontáneos, estiramientos, flexiones y extensiones de los cuatro miembros, así como organizar la coordinación progresiva de las manos.

También permite un mayor contacto y relación con el entorno mediante el seguimiento visual y la exploración del espacio en 180 grados y de interacciones mímico-gestuales. Por ser la postura de mayor equilibrio y estabilidad genera una sensación de seguridad interna (Chokler, 1992). Además constituye una pauta de prevención de muerte súbita.

La manipulación debe ser suave, segura y lenta para evitar crispaciones en la manera de tomarlo, sostenerlo y dejarlo. Es preciso que el sostén de la cabeza y el del tronco sean solidarios, es decir que en estos primeros tiempos sean realizados con un mismo brazo y mano. Durante el acto de amamantar la madre debe estar cómoda, relajada, y el niño ser sostenido de manera unificada. Para acostarlo, acompañarlo con el cuerpo, y para levantarlo primero rodearlo con los brazos y luego elevarlo (Falk y Maajoros, 2002).

En cuanto a los cuidados cotidianos, es preciso consagrar suficiente tiempo, no realizar ese contacto frecuente de manera apurada. Es necesario hablarle desde los primeros momentos porque la tonalidad de voz suave (decirle lo que le va hacer, lo que pasa, lo que está haciendo) junto con la mirada y con el sostén firme le irá permitiendo tomar conciencia de sí mismo y luego de su entorno (Falk, 1993). Sabemos que la personalidad del niño se estructura por la seguridad del apego, en un vínculo estable y continuo en una relación privilegiada con un adulto permanente (generalmente la madre), por ello es fundamental que el equipo de salud favorezca este vínculo temprano especialmente cuando por prematuridad o patologías perinatales el niño deba ser separado de su madre (Klaus y Kennell, 1978).

Puerperio

¿Qué les sucede a la madre y al bebé en el puerperio?

La madre está aprendiendo a cuidar a su bebé al mismo tiempo que se está recuperando del estrés físico del trabajo de parto. Es un período de transición durante el cual ambos padres, pero especialmente la madre, ajustan sus formas de vida al nuevo integrante de la familia. Para poder puntualizar en qué consistiría la ayuda a la madre en esta etapa es necesario analizar brevemente qué es y cómo se establece el vínculo madre - hijo.

¿Qué le pasa al bebé? Se puede decir que viene de una experiencia desestructurante que es el nacimiento; por un lado es protagonista y por otro vivencia una pérdida de continuidad: confusión, desintegración, pérdida del cuerpo. Es un “mosaico de sensaciones” (Winnicott) que no puede integrar en percepciones; aparecen súbitamente cambios de temperatura, luz, sonidos y le suceden una serie de cambios fisiológicos; aparece el registro de la fuerza de gravedad, sensación de caída, fragmentación. El reencuentro rápido con el cuerpo de la madre le restituye la unidad y cede la angustia. Aquí aparece la primera indicación importante: poner en contacto al bebé con su madre apenas nace. Se sabe que esto facilita el sello del vínculo.

El bebé se caracteriza por carecer de capacidad de espera, que es vivida como catastrófica. Siente que la leche que lo satisface le llega cuando él la necesita; la madre le permite creer esto y el bebé descubre el pezón creativamente. Este es un momento delicado; el bebé no tiene necesidad inmediata de leche y está en la etapa de descubrir el pezón. Lo olfatea, lo lame, se toma su tiempo para

empezar a succionar. Aquí aparece la segunda indicación: tratar de no interferir.

¿Qué le pasa a la madre? Puede estar cansada, dolorida, con una gran conmoción emocional. En este período es extremadamente sensible a la menor necesidad del bebé. Necesita ir encontrando su modo de adaptarse a él, su propia manera de ser madre. Es un proceso de ajustes y fallas en la adaptación. Se trata del encuentro íntimo entre dos seres, uno maduro y biológicamente completo que está entrando en la tristeza postparto y otro pequeño y dependiente que viene del trauma del nacimiento. Es decir madre e hijo se encuentran en una situación contradictoria, de logro y privación, por lo que tienen una necesidad de acuerdo y gratificación recíproca. Es bueno que exista un “permiso interno” ante ese impulso. Al mismo tiempo pueden aparecer sentimientos encontrados, el recién nacido da placer pero también puede provocar miedo, angustia, extrañeza y a veces rechazo. Aclarado esto se puede pasar a definir en qué consistiría la intervención necesaria del equipo de salud.

“Lo que la madre precisa es una oportunidad de ser natural y de encontrar su modalidad propia con el bebé, como lo han hecho las madres desde los albores de la historia humana y aún antes de que los mamíferos evolucionaran hasta convertirse en hombres” (Winnicott). Es decir, se necesitan condiciones adecuadas para que la mamá y el bebé vayan aprendiendo a conocerse y entenderse. Todo lo que haga que ella esté sensible al máximo, le dé seguridad en sí misma, tranquilidad y contención, contribuirá a un buen establecimiento del vínculo. Ella puede decodificar finamente las necesidades y los sentimientos de su hijo, ella es la especialista. Podemos evitar las interferencias de todo tipo y aportarle conocimientos que despejen ideas erróneas, sobre todo las que la hacen dudar de sus propios sentimientos. Cuanto más sepa, más fácil le será confiar en su propio criterio, y una madre resulta más eficiente que nunca cuando confía en sí misma.

1º CONTROL: 10 A 15 DÍAS DE VIDA

Objetivos:

- a) Confirmar normalidad del RN.
- b) Evaluar su crecimiento.
- c) Promover la lactancia materna.
- d) Reasegurar a la madre en su capacidad de crianza del lactante.
- e) Orientar y despejar dudas sobre el cuidado general y el ambiente que necesita el niño/a.
- f) Informar sobre actividades propias del niño/a en las etapas inmediatas, sus necesidades y cuidados.
- g) Detectar riesgos bio-psico-sociales.
- h) Estimular a la madre para que realice su propio control de salud.
- i) Establecer un vínculo afectivo y continente del equipo de salud con la familia.

Descripción del niño normal

La etapa inmediatamente posterior al nacimiento de un bebé constituye un período de adaptación y ajuste para toda la familia, dado que este acontecimiento ha modificado de manera irrevocable su situación anterior. Por ello mismo, éste es un período vulnerable y a su vez clave para el niño/a y todos los miembros de la familia, no exento de cierto grado de turbulencia.

El bebé comienza su vida con capacidad para interactuar con su entorno y, a su vez, está utilizando sus capacidades de aprendizaje y adaptación para integrarse a esta unidad familiar que tendrá a su cargo captar e interpretar las señales que emita para poder generar una respuesta adecuada que satisfaga sus necesidades físicas y psicológicas.

Los padres, por su parte, irán construyendo la percepción del bebé real (probablemente diferente al imaginado e idealizado durante la gestación) lo cual sentará las bases que determinarán el estilo de relación entre ellos y el niño (Hoffman, 2002). En este punto, es importante destacar que la interacción entre ambos tendrá una influencia decisiva en el desarrollo posterior del niño. El niño participará desarrollando un comportamiento en cierta medida predecible, y los padres, siendo buenos observadores, podrán realizar una buena lectura de las señales que éste emita. Asimismo, el estilo de esta interacción estará influenciado por las características socioculturales del medio en el que viven.

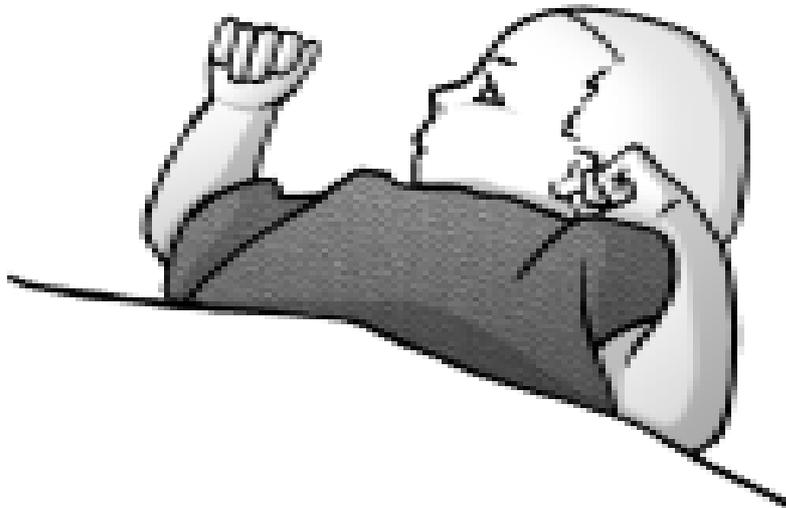
La relación con la madre aparece como el primer factor de importancia fundamental en la formación de la personalidad infantil. La madre ofrece los cimientos para la construcción de la salud mental. El desarrollo tiene lugar con la experiencia del bebé con respecto de la conducta adaptativa de la madre, la cual se apoya en la capacidad de empatía con el bebé que le permite ir aprendiendo a brindarle a su hijo lo que está requiriendo en el momento oportuno. Si una madre se encuentra bien psíquicamente, podrá llevar adelante el proceso de identificación contando con el apoyo personal del padre frente a las demandas del mundo externo.

La interacción madre¹²- lactante es entendida como un proceso en el que ambos entran en comunicación. Los bebés presentan diferencias individuales en su modo de entrar en interacción.

Características de esta etapa

- Desde el nacimiento el niño huele, oye y ve.
- Rápidamente es capaz de reconocer la voz de la madre.
- Se siente especialmente atraído por los rostros humanos.
- Duerme la mayor parte del tiempo.
- El llanto es vigoroso y bien tolerado, y se convierte en una forma de comunicación del bebé con el mundo adulto.
- Patalea alternativamente, llora ante sensaciones displacenteras y se tranquiliza cuando se le habla suavemente, se lo acaricia o se lo toma en brazos.
- Invierte gran parte del tiempo en dormir y alimentarse, lo cual se irá modificando paulatinamente.
- Posible aparición de: a) deposiciones semilíquidas (heces de transición); b) sangrado genital o tumefacción mamaria (crisis genital); c) sangrado de cordón.
- Patrón defecatorio particular de cada niño.

Los cinco sentidos del bebé: vista, olfato, audición, tacto y gusto, están presentes y activos desde el nacimiento.



Alimentación

El alimento básico y fundamental es la leche materna, la cual es:

- Específica
- De valor superior a cualquier otro sustituto
- Responde a las necesidades del lactante
- Aporta defensas
- Disponible en cualquier tiempo y circunstancia
- El amamantamiento fortalece el vínculo madre - hijo

La leche humana se adapta a las características **metabólicas, inmunológicas y digestivas** del lactante y a los cambios de composición corporal que ocurren en el primer año de vida.

Recordar que el amamantamiento es un acto natural, pero requiere de un período de ajuste y aprendizaje entre madre e hijo. Es aconsejable que el equipo de salud

acompañe este proceso. Sería útil durante la consulta observar una mamada, para valorar posibles errores de técnica y realizar las intervenciones necesarias.

Observar:

- 1 - Alineación céfalo corporal.
- 2 - Cuerpos enfrentados y cercanos.
- 3 - Boca abierta.
- 4 - Labio inferior evertido.
- 5 - Inclusión de la mayor parte de la aréola en su boca.
- 6 - Succión audible.
- 7 - Postura de la madre (distendida y bien apoyada o tensa y crispada).

Esta es una oportunidad única para lograr una lactancia materna eficaz, pudiendo ayudar, apoyar y contener a la madre y al grupo familiar.

El bebé alimentado a pecho presenta varias deposiciones al día, que pueden corresponder al número de mamadas (reflejo gastrocólico); las heces se caracterizan por ser de color “amarillo oro”, blandas y a veces con contenido acuoso.

Inmunizaciones

Verificar si recibió vacunas BCG (antituberculosa) y 1ª dosis de Antihepatitis B. Si no es así indicarlas. Aclarar la evolución del nódulo de BCG y recordar que puede aparecer una adenopatía axilar o eventualmente supraclavicular sin valor patológico. Si la madre nunca recibió vacuna antirubeólica aplicársela.

Examen físico

Se hará con el bebé totalmente desnudo (sin pañal); habiendo recabado previamente datos de historia clínica materna, embarazo, parto y período neonatal (interrogatorio/ libreta sanitaria).

Debe incluir:

- 1 - Determinar PESO, TALLA y PC, realizar las correspondientes curvas de percentilos (no olvidar la posible pérdida del 10 % del peso de nacimiento hasta el día 10 de vida).¹³
- 2 - Evaluación cardiorrespiratorio - abdómino - genital.
- 3 - Examen neurológico, evaluar reflejos arcaicos.
- 4 - Evaluación de ictericia.
- 5 - Maniobra de Ortholani.
- 6 - Búsqueda de anomalías congénitas.

Cabeza

- Palpar suturas.
- Fontanela anterior abierta, de tamaño variable.
- Fontanela posterior puntiforme o cerrada.
- Inspeccionar presencia de cefalohematoma; explicar su pronóstico benigno y evolución.

Cara y ojos

- Comprobar normalidad de la facies.
- Descartar cataratas. Observar la presencia de opacidad en la córnea con una buena fuente de luz.¹⁴
- Confirmar si ve: sostener al bebé con suavidad cerca de una

13

Ver patrón de crecimiento de niños exclusivamente amamantados.

14

Con un oftalmoscopio es aconsejable observar el reflejo rojo (Krupitzky y Convertini, 1991).

- fuente de luz y observar cómo dirige la mirada hacia ella.
- Presencia de hemorragias en las conjuntivas que son normales en el neonato.
- Presencia de angiomas planos en párpados que tienden a desaparecer en 1er año de vida; angiomas tuberosos que pueden crecer hasta el 7º u 8º mes de vida y que deben ser controlados.
- Millium facial que desaparece en pocas semanas.

Boca

- Visualizar paladar duro y blando con buena luz para descartar eventuales alteraciones.
- Observar quistes perlados de retención en encías y línea media del paladar que se resuelven solos.
- Descartar macroglosia y micrognatia.
- Detectar posibilidad de candidiasis bucal y tratarla (indicar también tratamiento a la mamá).

Oídos

- Examinar la normalidad anatómica del pabellón auricular y la permeabilidad del CAE.
- Confirmar que oye: efectuar reflejo cocleopalpebral, dando una palmada al costado de la cabeza del bebé y observando si pestañea.

Cuello

- Descartar presencia de quistes branquiales o tiroglosos.
- Palpar esternocleidomastoideo.
- Palpar tiroides. Excluir bocio o tumores.
- Palpar clavículas para excluir fracturas, las cuales no requieren estudios ni tratamiento específico. Adelantar la aparición de callo de fractura.

Tórax

- Presencia de nódulos mamarios fisiológicos.
- Búsqueda de frémitos y soplos orgánicos.
- Auscultación respiratoria y cardíaca (referencia: FR normal 30 a 60 x min, FC normal 90 a 160 x min).

Abdomen

- Palpar hígado normal hasta 3 ó 4 cm por debajo reborde costal.
- Palpar bazo, es frecuente hallar polo de bazo.
- Inspeccionar área periumbilical y/o cordón. Puede sangrar escasamente varios días después de su caída, reiterar medidas de higiene con cada cambio de pañal.
- Observar región perianal.
- Palpar pulsos periféricos (femoral).

Genitales

- Femeninos: labios mayores pueden o no cubrir labios menores. Puede observarse flujo mucoso, a veces sanguinolento, propio de la crisis genital del RN.
- Masculinos: los testículos deben estar presentes en escroto, es frecuente la presencia de una formación de consistencia líquida que corresponde a hidrocele que puede persistir

6 ó 7 meses. Corroborar el hidrocele por transiluminación con una linterna.

El prepucio suele no correrse por presencia de adherencias balanoprepuciales normales, a veces hasta alrededor de los 4 ó 5 años de vida. En la inspección del prepucio excluir hipospadias y epispadias. En toda hipospadia con un testículo no palpable debe investigarse intersexo. Preguntar características del chorro miccional; de tener la posibilidad observarlo. Descartar la presencia de hernias inguinales.

Miembros y manos

- Explorar normalidad anatómica y funcional.
- Maniobra de Ortholani.

Desarrollo

En las primeras semanas predomina la actitud flexora en las extremidades con la cabeza lateralizada indistintamente. El pediatra debe estar alerta frente a la aparición de algunos signos que requerirán descartar patologías orgánicas:

- 1 - Hipotonía extrema en los cuatro miembros.
- 2 - Hipertonía con aducción de cadera.
- 3 - Postura asimétrica del tronco.
- 4 - Ausencia de reflejos, reacción exagerada a los reflejos o respuesta asimétrica.
- 5 - Escasa búsqueda de interacciones.
- 6 - Extrema pasividad.
- 7 - Llanto permanente.
- 8 - Ritmias.
- 9 - Alteraciones en la coordinación succión - respiración - deglución.

Próximas adquisiciones

Al finalizar el 1^{er} mes de vida el niño podrá: a) fijar la mirada sobre un objeto y seguirlo cuando se desplaza lentamente delante de él (especialmente el rostro humano); b) estar atento a la palabra; c) emitir algunos sonidos.

Pautas de crianza

1^o Apego

La tarea médica favorecedora del apego consiste en esta edad en:

Observar si la madre empieza a tener hipótesis de lo que le pasa al niño cuando demanda, si lo puede calmar o no; “conoce” al bebé (reconoce el llanto de hambre y lo puede diferenciar del de sueño y del de dolor) (Berezovsky, 1987). Si el bebé está plácido, distendido o crispado. Informarse acerca de la conducta habitual del bebé durante el baño tanto en el agua como mientras se lo viste y desviste, si se deja hacer (Falk, 1997), si el bebé esta relajado, no llora y no retrae ninguno de sus miembros.

Orientar a los adultos en estrategias para contrarrestar la sensación de caída que experimenta el bebé, sugiriendo la implementación de un sostén adecuado (holding) tanto para acostarlo como para levantarlo y en todos los cuidados cotidianos. Es preciso que la manipulación sea suave pero a la vez segura, sostener el tronco y la cabeza de manera solidaria con el mismo brazo cuando se lo levanta, acompañarlo con el cuerpo cuando se lo acuesta (nunca levantarlo por las axilas y elevarlo verticalmente) (Falk y Maajoros, 2002).

Si el bebé presenta reacciones por reflejo de Moro frecuentes o sobresaltos, rodearlo con dos rollos laterales, uno de cada lado y otro debajo de las rodillas. Evitar los estiramientos durante el cambiado.

2º Comunicación

Desde el inicio el niño emite señales pues posee un repertorio de actitudes expresivas muy rico, reacciones tónico - posturales que se expresan en sonrisas, llantos, pataleos, crispaciones que pueden ser modificadas por el adulto cercano. Normalmente se establece un sistema de señales recíproco; en este momento comienza a constituirse la comunicación. Si ante una demanda del niño se le da devolución adecuada éste producirá nuevas expresiones tónico - posturales y vocales.

Observar. El comienzo de una armonía tónico - corporal, en el que la madre observa al niño. Las estrategias para desvestirlo o vestirlo durante el control, si son suaves, lentas y seguras, si se acompañan de miradas, gestos y palabras.

Orientar. Momentos de observación, “mirar al niño” para tratar de entenderlo. Riqueza del lenguaje durante los intercambios, gestos y palabras del adulto sobre los acontecimientos que le conciernen (te voy a poner la media, te voy a levantar, etc.). Anticipar desde los primeros tiempos lo que se le va hacer. Los momentos más importantes de la interacción adulto niño son los cuidados corporales (Falk, 1993).

3º Exploración

La exploración está presente desde los primeros momentos de la vida y le va a permitir conectarse y conocer el mundo exterior. Las funciones de apego y exploración son contrarias y al mismo tiempo complementarias. Un adulto que no puede despegarse del bebé, que lo tiene permanentemente en brazos limita la exploración y no le va permitir conectarse con otros seres u objetos. Por otro lado el niño sólo puede conectarse y explorar en la medida de que disponga de figuras de apego y a la distancia necesaria para reasegurarse.

Observar. Preguntar si cuando se alimenta o se lo cambia o en cualquier momento de intercambios fija la mirada. La distancia focal correcta para esta edad es de 19 a 20 cm que es la distancia al rostro de la madre cuando el bebe se amamanta (Raineri, 2002).

Orientar. La posición en decúbito dorsal sobre superficie (colchón) firme en esta etapa permite la exploración ocular del rostro del adulto cada vez que se acerca, así como de objetos cercanos.

Libertad de movimiento. El decúbito dorsal sobre superficie horizontal y plana y el uso de ropa que no impida los movimientos son las condiciones externas que le permitirán al bebé **los estiramientos**; éstos cumplen una función de autorregulación y descarga de tensiones. El bloqueo de estos movimientos espontáneos acumula tensiones que luego se transforman en crispaciones.

Para la armonía de los movimientos voluntarios ulteriores es muy importante que el niño no haya acumulado crispaciones y tensiones (Szanto, 1999). Un trozo de tela que aún no puede agarrar pero sí oler se podrá ir transformando en objeto acompañante (objeto transicional). El niño succionará su mano, lo que lo vuelve más autónomo, y logrará apaciguarse por sus propios recursos durante la etapa oral, cuando no tenga hambre y sólo necesite succionar.

4º Equilibrio

La sensación de equilibrio, que es íntima e individual, en su génesis se apoya en las

leyes de la física: “el equilibrio de un objeto sólido es tanto más estable cuanto mayor es su base de sustentación y más cercano a ella se encuentre su centro de gravedad”. Esa sensación de equilibrio es base del sentimiento de seguridad. Indudablemente el decúbito dorsal es la posición de mayor equilibrio en esta etapa.

Observar. Comodidad y distensión o tensión y crispación. Los movimientos, pataleos, estiramientos y bostezos son indicadores de su capacidad de autorregular el flujo tónico.

Orientar. Posición en decúbito dorsal, rodillos laterales mientras sean necesarios. No ponerlo en posturas que no domina por sí mismo. Contraindicar las mochilas, los bebesit o similares, aparatos donde el niño queda torcido, colgando con la cabeza bamboleante o las piernas sin apoyo.

5º Orden simbólico

Conocer la trama familiar, los mitos, creencias, expectativas y valores de la familia sobre el niño y la crianza.

Cuidados durante el baño

Coloque poca agua en la bañera del bebé o en el lavatorio y sosténgalo sobre su brazo, con la cabeza en el hueco de su codo. Luego deje que las nalgas se deslicen hacia el fondo de la bañera: la cabeza se apoya en su antebrazo y su mano izquierda lo sostiene firmemente desde la axila. De este modo puede estar dentro del agua casi por completo pero, al encontrarse bien sostenido, no experimentará ninguna inquietud (de Truchis, 2003).

Señales de alerta

- 1 - Fracaso en el contacto visual entre el bebé y la madre.
- 2 - Imposibilidad de calmar al bebé.
- 3 - Dificultad para el logro de una posición confortable y efectiva de sostén (Berezovsky, 1987).
- 4 - Ritmias, gran irritabilidad.

Algunas indicaciones necesarias

- Posición boca arriba para dormir.
- Para dormir los pies del bebé deben tocar el borde inferior de la cuna, con los brazos por encima de la sábana.
- No usar colchones blandos ni almohadas hasta los 2 años de vida.
- Baño diario en lo posible.
- No fumar dentro de la casa.
- No abrigar en exceso.
- Vestirlo de acuerdo a la temperatura ambiente.
- No exponerlo al sol directo, hasta el 6º mes de vida no podrá usar protectores solares.
- Desalentar las comparaciones con otros niños, apuntar a valorar la singularidad de su personalidad.
- No excitarlo ni hacerle cosquillas, valorar la calma, hablarle suavemente.
- Reiterar la importancia de la lactancia materna, que beneficia y protege al bebé.
- No indicar chupete.

- Higiene de la zona del pañal: emplear un trozo de algodón embebido en óleo calcáreo o aceite común de cocina; evitar el lavado con agua y jabón de la zona, que se reserva para el momento del baño diario.
- Se aconseja no ponerlo en posiciones a las que él no llegue por sí mismo.
- Preservar las condiciones de tranquilidad para el sueño.

Guía anticipatoria. Recordar que el niño va a comenzar a seguir con la mirada y va a aparecer la sonrisa social.

Próxima citación. Al cumplir 1 mes de vida.

Recomendaciones para el equipo de salud.

- Escuchar a los padres.
- Reconocer sus capacidades.
- Es importante valorizar los cuidados y la atención prestada al bebé.
- Retirar resultados de los dosajes de detección de patología endocrinometabólica antes del próximo control.
- Recomendar a la madre una dieta normal sin restricciones, para una adecuada producción de leche.
- Recordar a la madre realizar el control puerperal y explicar las características psicológicas de este período.

Guía para el padre

- Su apoyo y estímulo son importantes para una lactancia exitosa y prolongada.
- Siempre que pueda acompañe el momento del amamantamiento.
- Procure ocuparse y atender más a sus otros hijos.
- Recuerde que en este período las necesidades del recién nacido son prioritarias.

2º CONTROL: 1 MES DE VIDA

Objetivos

- a) Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño/a.
- b) Estimular y promover la lactancia materna.
- c) Reiterar pautas de crianza.
- d) Reasegurar a la madre en su capacidad para el cuidado y la atención de su bebé.
- e) Orientar y despejar dudas sobre el cuidado general del niño/a.
- f) Fortalecer el vínculo del equipo de salud con la madre y el grupo familiar.
- g) Anticipar conductas del niño y posibles riesgos.
- h) Detectar riesgo bio - psico - social.

Descripción del niño normal

Durante esta consulta es posible observar que los padres ahora interpretan mejor el llanto del niño, y ya han aprendido que pueden confortarlo de variadas maneras, como tocándolo, sonriéndole o simplemente hablándole. El niño fija la mirada en un rostro, sigue un objeto con sus ojos y responde a las voces de sus padres. La sonrisa del niño es una herramienta poderosa de la interacción social. El niño habrá aumentado de peso, talla y perímetro cefálico durante este período.

Es importante recordar a los papás la necesidad de dar, en la medida de lo posible, atención individual a cada hermano del bebé. Se han observado respuestas positivas de los hermanos frente al niño especialmente cuando las madres permiten a los hijos mayores presenciar colaborando con el cuidado del bebé y comentan con ellos sus necesidades y comportamientos.

El pediatra y el equipo de salud en general seguirán observando en todas las consultas el vínculo, recordando que la autoestima de los padres y sus sentimientos de competencia para la crianza son influenciados por los hechos producidos durante el primer mes de vida. Este es un tiempo de gran importancia para el niño y su familia. También es importante que se tengan siempre presentes las diferencias individuales y culturales en las formas en que los padres se relacionan con el bebé, cómo le hablan, lo tocan, lo miran.

Alimentación: La leche de madre sigue siendo el alimento único del niño. La promoción de la lactancia materna debe sostenerse a lo largo de las consultas pediátricas ya que en muchas oportunidades aparecen situaciones de “crisis de la lactancia” que pueden ser resueltas con apoyo y acompañamiento a las mamás y a la familia. La observación de la mamada en la consulta, de ser posible, ofrece una gran oportunidad para evaluar la sincronía que se está desarrollando entre la madre y el niño. Además esta observación directa brinda la oportunidad para dar sugerencias y corregir errores como así también alejar temores.

Inmunizaciones: Si por alguna razón aún no recibió ni BCG ni Antihepatitis B, indicarlas. Volver a hablar sobre la evolución del nódulo de BCG y posible aparición

de una adenopatía axilar o supraclavicular. Comentar sobre las vacunas a recibir al cumplir 2 meses de vida.

Examen físico

- 1 - Determinar PESO, TALLA, PC y PERCENTILAR.¹⁵
- 2 - Examen neurológico, visión y audición.
- 3 - Búsqueda de reflejos arcaicos.
- 4 - Auscultación cardiopulmonar.
- 5 - Palpación abdominal.
- 6 - Observación de genitales.

15

Ver patrón de crecimiento de niños/as exclusivamente amamantados.

Cabeza

- Fontanela anterior sigue siendo palpable.
- Fontanela posterior puede estar palpable hasta los 2 meses o encontrarse cerrada en esta consulta.

Boca

- Observar si existe frenillo corto lingual, habitualmente no produce síntomas ni requiere tratamiento.
- Detectar posibilidad de candidiasis bucal; de hallarla tratar al niño/a y a la madre.

Cara y ojos

- Verificar la presencia de obstrucción parcial del conducto lagrimal, generalmente con epífora e infecciones recurrentes (conjuntivitis). Esto puede persistir por varios meses.
- Observar si existe cierto grado de estrabismo, normal a esta edad, que suele desaparecer después del 6º mes.

Tórax

- Controlar FR y FC.
- Realizar auscultación cardiopulmonar, búsqueda de soplos.
- Reiterar palpación de pulsos femorales.

Abdomen

- Constatar hernias umbilicales, las cuales NO requieren ningún tratamiento; casi todas se resuelven espontáneamente alrededor del año de vida.
- Hígado se sigue palpando por debajo del reborde costal y también el polo de bazo.

Piel

- Observar si presenta mancha mongólica en región sacra, habitualmente se puede ver también en muslos, dorso de pies y manos. No presenta significación clínica, desapareciendo sin tratamiento.
- Detectar dermatitis amoniacal o micóticas en zona del pañal y tratarlas.
- Detectar dermatitis seborreica y tratarla.
- Controlar evolución o persistencia de ictericia y eventualmente solicitar estudios de acuerdo a cada caso.

Miembros

- Reiterar semiología de caderas.

Genitales

Femeninos

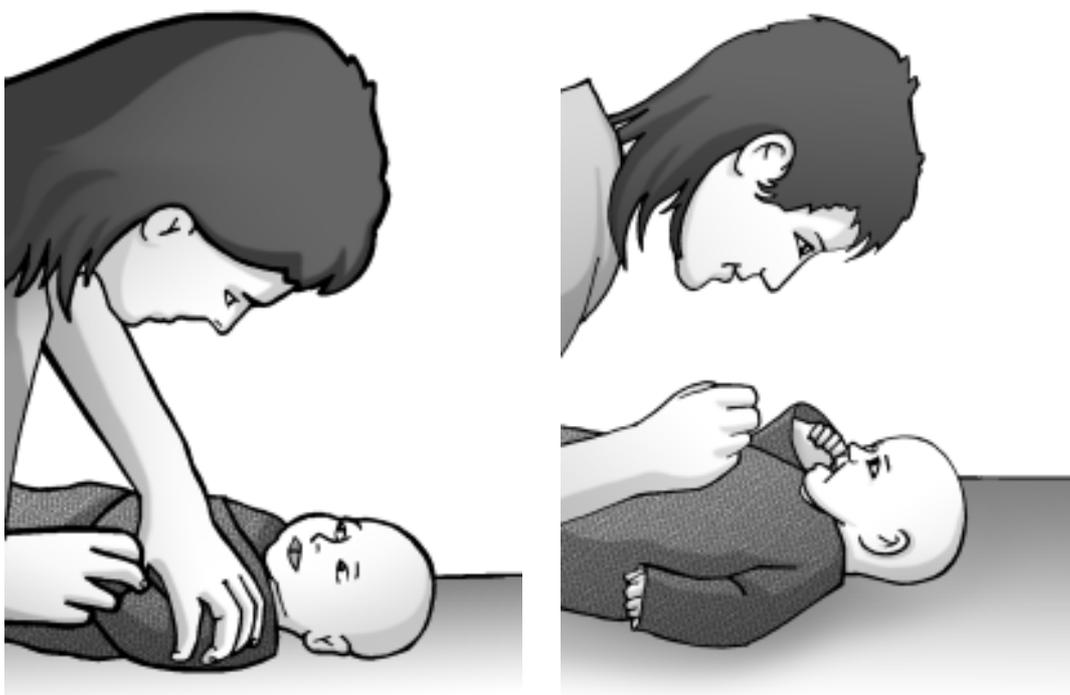
- Descartar sinequia de labios menores y, de constatarla, tratarla.

Masculinos

- Verificar la presencia de testículos en escrotos.
- Controlar evolución de hidroceles.
- Detectar posibilidad de hernias inguinoescrotales.
- Reiterar a los padres que las adherencias balanoprepuciales son fisiológicas y que el prepucio de un lactante no debe retraerse.

Desarrollo

Al mes, mantiene los cuatro miembros en flexión, se estira, mueve, patalea, las manos van abriéndose ligeramente cada vez con mayor frecuencia (manos semiabiertas). Mejora la coordinación succión - deglución y emite sonidos vocálicos "a" "e". Calla ante el ruido. Atento un momento ante los ruidos. La fijación de la mirada y el seguimiento que a través de ella hace de sus padres o cuidadores cobra un gran valor en el establecimiento de lazos afectivos. En este sentido, la sonrisa es una poderosa herramienta que progresa desde una actividad refleja a un acto de respuesta a estímulos externos (rostro y voz humanos), pasando por un comportamiento espontáneo dirigido a provocar una respuesta por parte de los adultos (aproximadamente a la edad de 6 a 8 semanas) para concluir en la risa alrededor de los 4 meses como respuesta a estímulos externos que provoca el asombro y placer de sus cuidadores. Durante el primer mes el niño utiliza un lenguaje sonoro, emitiendo sonidos guturales, arrullos y balbuceos. Desde el nacimiento se va estableciendo un diálogo tónico - emocional especialmente con la madre.



Pautas de crianza

1º Apego y comunicación

La mirada mutua madre - bebé juega un papel fundamental en el apego. El bebé tiene una tendencia innata a prestar atención al rostro humano; la voz y el rostro humano son los estímulos que más lo atraen. Al final del 1º mes localiza de manera prolongada la mirada en los ojos de la madre (atrapa la mirada) y sigue con la mirada a otros rostros.

Observar. Si existe sincronía (diálogo tónico - corporal) entre el bebé y la mamá. Desde la madre observación, suavidad, seguridad, y desde el bebé mirada, placidez, que alterna en ocasiones con sonrisa y vocalizaciones. Se ha establecido un sistema de señales recíproco.

Comienzo de una armonía tónico - corporal; la madre observa y se ajusta al niño. Estrategias para desvestirlo o vestirlo durante el control, si son suaves, lentas y seguras, si se acompañan de miradas, gestos y palabras.

Orientar. En los cuidados cotidianos continuar con un sostén adecuado y evitar los estiramientos bruscos por parte del adulto.

Tratar de que se observe al niño desde una situación de empatía para hacer la devolución a sus demandas. Evitar la falsa estimulación a través de ciertas tendencias invasoras de nuestra cultura que no respetan lo que el niño trae como potencial innato. Riqueza del lenguaje durante los intercambios, gestos y palabras del adulto sobre los acontecimientos que le conciernen. Anticipar desde los primeros tiempos lo que se le va hacer. Esperar y escuchar las respuestas del bebé gestuales o tónicas. Recordar que el bebé es una persona interesada en el mundo que lo rodea y en las actividades de cuidado que lo implican.

Reiterar que los momentos más importantes de la interacción adulto - niño son los cuidados corporales y la alimentación.

2º Exploración

Observar. Si está atento a la palabra (al mes lo hace el 3 al 25 % de los bebés). Si sigue con la mirada. Preguntar si cuando se alimenta o se lo cambia o en cualquier momento se producen intercambios y fija la mirada.

Orientar. La posición en decúbito dorsal sobre superficie firme le permite en esta etapa la exploración del rostro del adulto cada vez que se acerca, así como de objetos cercanos.

Un trozo de tela que aún no puede agarrar pero sí sentir se podrá ir transformando en objeto acompañante (objeto de transición). Si no usa chupete el niño succionará su mano, lo que lo vuelve más autónomo, y logrará apaciguarse por sus propios recursos durante la etapa oral cuando no tenga hambre y sólo necesite succionar.

3º Equilibrio

La sensación de equilibrio es íntima e individual. Es base del sentimiento de seguridad. Indudablemente el decúbito dorsal es la posición de mayor equilibrio en esta etapa.

Observar. Comodidad y distensión o tensión y crispación.

Orientar. Posición decúbito dorsal, rodillos laterales mientras sea necesario. No ponerlo en posturas que no domina por sí mismo. Contraindicar mochilas, bebesit o similares, aparatos donde el niño queda colgando con la cabeza bamboleante y piernas sin apoyo.

4º Orden simbólico

Conocer la trama familiar y social.

Señales de alerta

- 1 - Fracaso en el contacto visual entre el bebé y la madre.
- 2 - Imposibilidad de calmar al bebé.
- 3 - Dificultad para el logro de una posición confortable y efectiva de sostén, niño "torcido"

- o con sobresaltos por falta de apoyo suficiente.
- 4 - Llanto continuo.
- 5 - Falta de hipótesis sobre el llanto e imposibilidad de decodificar las demandas del bebé.
- 6 - Niño que no crece bien a pesar de no detectar patología orgánica.
- 7 - Madre muy deprimida.

Algunas indicaciones necesarias

- Posición boca arriba para dormir.
- No usar colchones blandos ni almohadas para dormir.
- Continuar con lactancia materna, preparación y acompañamiento en caso de volver al trabajo (enseñanza de técnica de extracción de la leche materna, su conservación, transporte, etc.).
- Aprovechar el momento del baño, el cambio de pañales o la alimentación para hablarle e imitar los sonidos que él hace.
- Vestirlo con ropa holgada que permita libertad de movimientos.
- El bebé debe viajar en el asiento trasero del auto en brazos de un adulto.
- Nunca dejar al bebé solo con otros niños o con mascotas.
- Mantener siempre una mano sobre el bebé cuando se encuentre en una superficie alta sin barrotes.
- Otras pautas de prevención de accidentes: quemadura durante el baño, caídas, aspiración por vómito (no acostar inmediatamente después de alimentar al niño/a, no dar líquidos por mamadera, en caso de vómitos incorporarlo rápidamente).
- Mención de los posibles cambios en las deposiciones y el ritmo evacuatorio (varias deposiciones al día o períodos de constipación).
- Recordar la posibilidad de la extensión de los períodos de vigilia.
- Mantener las indicaciones sobre vestimenta y baño.
- No recomendar el uso de chupete.
- Nunca fumar dentro de la casa.

Guía anticipatoria. Comentar que el niño va a comenzar a vocalizar, que se va a mover más. A los 2 meses de vida el niño deberá recibir la 1ª dosis de vacuna Cuádruple, Sabin Oral y la 2ª dosis de Antihepatitis B.

Próxima citación. Al cumplir 2 meses de vida.

Recomendaciones para el equipo de salud

- Mostrar a la madre el progreso del niño.
- Estar abierto y dispuesto a responder todas las preguntas e interrogantes de los padres respecto a problemas con la crianza.
- No olvidar escuchar a los padres, analizar sus intuiciones y favorecer la expresión de sus sentimientos.

Prevención de IRA

- Tener al día las vacunas.
- Amamantar a su hijo hasta los 6 meses de edad de manera exclusiva y complementando con otros alimentos hasta los 2 años o más.
- Cada vez que tome al niño lavarse las manos.
- Darle el pecho a su hijo aunque esté resfriada (el resfrío no se transmite a través de la leche materna).
- Mantener aire puro en su hogar.
- Prohibir que fumen en su casa.
- Mantener una ventana abierta para que circule el aire y salgan los humos de las estufas o cocinas.
- Prender y apagar estufas fuera de la casa.
- Mantener su casa seca, no hierva eucalipto en las estufas porque humedece la casa y puede provocar bronco obstrucción.
- Evitar los enfriamientos y las corrientes de aire.
- Cambiar al niño cuando esté mojado.

Prevención de la diarrea

Se basa en intervenciones que reducen la propagación de los agentes causantes de la diarrea, o incrementan la resistencia del niño a la infección con esos agentes. Las siguientes son prácticas cuya utilidad y factibilidad ha sido demostrada:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad cumplidos; prolongada hasta los 2 años de edad o más.
- Introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses de vida.
- Uso abundante de agua segura para la higiene y para beber.
- Lavado de manos después de ir al baño, antes de preparar alimentos y antes de comer.
- Uso de letrinas.
- Desecho higiénico de las heces de los niños menores.

Agua segura

- Hervirla durante unos segundos.
- Colocarle 2 gotas de lavandina pura por litro y dejarla reposar 20 min.
- Proteger fuentes de agua: letrinas a más de 10 m de la fuente; mantener a los animales alejados de la fuente.
- Recoger y guardar agua en recipientes limpios y luego taparlos.

Evolución de los reflejos arcaicos

Reflejo	Edad en la que suelen aparecer	Edad en la que no suelen obtenerse¹⁶
Moro	Nacimiento	6 meses
Perioral	Nacimiento	6 meses
Tónico cervical asimétrico	2 meses	6 meses

16

Se integran en conductas aprendidas

Paracaídas	6-8 meses	Persiste
Succión despierto	Nacimiento	4 meses
Prensión palmar	Nacimiento	6 meses

Fuente: Nelson, Belerman y kliegman, "Compendio de Pediatría", 2º Ed., 1994.

3º CONTROL: 2 MESES DE VIDA

Objetivos:

- a) Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño/a.
- b) Detectar factores de riesgo.
- c) Continuar estimulando la lactancia materna.
- d) Reafirmar pautas de puericultura para la madre y el grupo familiar.
- e) Controlar el calendario de vacunación.
- f) Comentar los progresos que está teniendo el bebé.
- g) Promover el control de la salud materna y orientar a la pareja sobre aspectos de salud reproductiva.

Descripción del niño normal

Habiéndose producido los ajustes del período neonatal, el 2º mes de la vida es generalmente un tiempo de reacomodación.

La alimentación le insume al bebé y a la mamá un tiempo considerable del día; en general la lactancia ya se ha establecido. Además, el tiempo justo antes, durante y después de las mamadas es el más propicio para la comunicación.

La aparición de la sonrisa del bebé constituye un hecho significativo para los padres, que los llena de satisfacción.

Los ciclos de sueño y vigilia después del 1er mes son altamente variables, dependiendo del temperamento del bebé y de la actitud de los padres mientras el niño está despierto.

Este período representa un tiempo transicional entre el sueño neonatal, que es caracterizado por períodos cortos y múltiples de sueño, y después del 3er mes, en que los períodos de sueño son más prolongados debido a la mayor maduración y organización del sistema nervioso central.

La **mayoría de los lactantes despierta cada 3 ó 4 horas**; es posible esperar períodos de sueño nocturno variables. Es importante cuidar las condiciones para el sueño: silencio, tranquilidad, no excitarlo previamente. Las percepciones del bebé son el resultado de la organización de su experiencia sensorial. Con respecto a la audición, a los 2 meses un niño comienza a orientar su cuerpo para acomodarlo a las fuentes de sonidos. Es conveniente comentarles a los padres que los bebés oyen desde antes de nacer.

El bebé en este período está muy interesado cuando se le habla cara a cara. En la consulta se puede observar su reacción frente a un estímulo sonoro. Con respecto al olfato, desde el nacimiento el bebé distingue el olor proveniente de su madre, especialmente de la leche materna. Tanto es así que el olfato juega un rol importantísimo en el vínculo madre - bebé.

En cuanto a la visión, el bebé viene equipado de manera tal que puede fijar la mirada en el rostro de su madre mientras ésta lo amamanta. Si al comienzo su mirada es algo errática, hacia el final del 2º mes puede focalizar visualmente un objeto de manera singular. El bebé sigue el rostro humano si éste se desplaza.

Alimentación

Continúa con la lactancia materna exclusiva que sigue siendo el alimento más adecuado para el bebé. La introducción de semisólidos se hará a los 6 meses de vida cuando el niño alcance la maduración suficiente y sea necesario reforzar nutrientes para su crecimiento. Es importante reiterar que con la leche de su madre tiene todo lo que necesita, que el aporte de líquidos es el correcto aun en los días más calurosos del verano, que no deben ofrecerle té, jugos ni agua. No olvidar que un bebé alimentado a pecho exclusivo tiene un patrón de crecimiento diferente al niño alimentado con leche artificial¹⁷.

17

Ver patrón de crecimiento del niño amamantado.

Es aconsejable comentar con la mamá que a partir de los 3 meses el niño/a se distrae más fácilmente con los sonidos y las personas, pero esto no significa que haya perdido el interés en amamantarse sino que es un rasgo madurativo normal a esta edad.

A veces se produce una crisis de la lactancia a los 3 meses debido a que por el aumento de su tamaño corporal sus requerimientos de leche también han aumentado, por lo tanto la mamá deberá colocarlo con más frecuencia al pecho para aumentar la producción de leche.

Inmunizaciones

Deberá recibir 1ª dosis de vacunas Cuádruple (contra tétanos, difteria, coqueluche y Haemophilus influenzae) y Sabin Oral (antipolio); 2ª dosis de Antihepatitis B.

Comentar que las próximas dosis de vacunas las recibirá al 4º mes de vida.

Recordar la posibilidad de fiebre y/o irritabilidad con posterioridad a la vacunación.

Examen físico

Como siempre hacerlo con el bebé completamente desnudo. Dados los progresos evolutivos del niño esta consulta es una oportunidad útil de observar el vínculo madre - hijo.

- 1 - Determinar PESO, TALLA, PC y PERCENTILAR prosiguiendo con el gráfico iniciado en la primer consulta.
- 2 - Examen neurológico, visión y audición.
Evaluar reflejos arcaicos.
- 3 - Auscultación cardiopulmonar.
- 4 - Palpación abdominal.
- 5 - Control de genitales.

Cabeza

- Fontanela anterior sigue siendo palpable.
- Fontanela posterior ya se debe encontrar cerrada.

Boca

- Detectar posibilidad de candidiasis bucal; de hallarla tratarla.

Cara y ojos

- Si el niño presenta cierto grado de estrabismo (intermitente), tranquilizar a la madre explicándole que esta situación es normal a esta edad y que suele desaparecer después del 6º mes.

Tórax

- Realizar auscultación cardiopulmonar.

Abdomen

- Controlar hernias umbilicales, las cuales NO requieren

ningún tratamiento.

- El hígado se sigue palpando por debajo del reborde costal y también el polo de bazo.

Piel

- Detectar dermatitis amoniacal o micóticas en zona del pañal y tratarlas.
- Reiterar recomendaciones sobre la higiene y cuidados en la zona del pañal.

Genitales

Femeninos:

- Observar los genitales.
- En caso de sinequia de labios menores, controlar su tratamiento.

Masculinos:

- Controlar evolución de hidroceles.
- Detectar posibilidad de hernias inguinoescrotales.
- Reiterar a los padres que las adherencias balanoprepuciales son fisiológicas y que el prepucio de un lactante no debe retraerse.

Desarrollo

Es a través del movimiento muscular y de las coordinaciones subsecuentes, junto con la organización perceptiva, que el niño comienza a dar sentido al mundo que lo rodea. Es necesario facilitar las condiciones espaciales y afectivas que permitan que el niño se mueva en libertad.

Se detiene ante los objetos y en especial los rostros. Ya comenzó la coordinación visual. Los bebés necesitan un entorno seguro. Su cuerpo y el cuerpo de su madre son los principales objetos de exploración y placer.

Es aconsejable que la madre sostenga al bebé en brazos cómodamente y afectivamente mientras lo alimenta; que lo llame por su nombre y que respete sus ritmos. El espacio de la cuna debe ser amplio y firme.

En este momento las personas son más importantes para el desarrollo que los objetos y juguetes.

Pautas de crianza

1º Apego

El niño requiere afecto, presencia del adulto, seguridad, pero no “pegoteo”.

Observar si la mirada del bebé tiene una firmeza y selectividad mucho mayor. Si existe sincronía, diálogo tónico - corporal, una especie de “danza sincrónica” entre el bebé y la mamá. El niño se ve por momentos como atrapado por el rostro y por la voz que le viene del exterior. Habilidad y cuidado para desvestirlo o vestirlo durante el control, con gestos suaves, lentos y seguros, si se acompaña de miradas, gestos y palabras y si el bebé está atento y distendido.

Investigar si durante el baño hay placidez y distensión.

Orientar en mirar al niño, esperar a que el niño requiera al adulto, no tratar de satisfacer las necesidades antes de que aparezcan. Ejemplo: si le da de comer antes de que tenga hambre, no permitirá que el niño tenga un registro de necesidad, si no hay registro no perfeccionará sus señales y será muy pasivo. El bebé necesita del adulto pero también experimentar por sí mismo. El cariño se expresa por el respeto, la mirada atenta y no por gestos efusivos. Es conveniente no excitarlo con cosquillas.

Objeto acompañante o de transición: trapito, etc. (aún no puede agarrar pero sí sentir). Aceptar que se chupe la mano.

2º Comunicación

Se observa un diálogo tónico - cinético más rico, se ha establecido un sistema de señales, el único código de que dispondrá el niño durante mucho tiempo. El niño está despierto más tiempo, sigue con la mirada, está atento a la palabra, sonríe ante el rostro de frente, redondea los labios; algunos niños ya emiten sonidos suaves. Las vocalizaciones que comienzan alrededor del 2º mes están en gran parte determinadas genéticamente, pero desempeñan, al igual que la sonrisa que se presenta en la misma época, un papel importante en la socialización del individuo. En los niños sordos también aparecen las vocalizaciones al margen de cualquier aporte exterior, pero son efímeras por la falta de autoestimulación auditiva. Por esto se admite que las primeras vocalizaciones no son aprendidas y que pueden ser mantenidas por la autoestimulación de las emisiones del niño y por la heteroestimulación del adulto.

Anticipar lo que se le va a hacer. Esperar y escuchar las respuestas del bebé, gestuales o tónicas. Reiterar que los momentos más importantes de la interacción adulto - niño son los cuidados corporales.

Orientar. Responder al diálogo verbal, aun en los niños sordos. Reiterar a los padres la orientación de los controles anteriores de **“mirar al niño”** para tratar de comprender qué expresa con una postura de su cuerpo, un gesto o su voz.

3º Equilibrio

La posición en decúbito dorsal sobre superficie firme, y hasta que el niño no se ponga en otra por propia iniciativa, permite mayor sensación de equilibrio, genera una mejor postura y armonía en sus movimientos.

Observar. Comodidad y distensión o tensión, crispación y sobresaltos. Amplitud de los movimientos.

Orientar. No verticalizar al niño. Posición en decúbito dorsal. Continuar con todas las estrategias de sostén mientras los niños presenten sobresaltos. No ponerlo en posturas que no domina por sí mismo. Contraindicar los bebesit o similares, posiciones reclinadas o aparatos donde el niño queda colgando con la cabeza caída.



4º Exploración y apropiación del mundo externo

Algunos bebés se despiertan, balbucean, observan el mundo circundante o miran su propia mano que de manera involuntaria pasó frente a sus ojos, o hacen intentos de elevar los hombros y/o la cadera del mismo lado en el comienzo de lo que se completará con la posición de costado, y son capaces de estar concentrados, distendidos y alegres solos.

Orientar. Respetar la actividad autónoma. El niño que llega a algo por sus propios

medios adquiere conocimientos de su propio cuerpo y del medio de una manera mucho más rica, así como una mejor postura y armonía en sus movimientos. Por ello es necesario reiterar que no se lo coloque en posturas que no domina por sí mismo. La no intervención en la actividad independiente del niño, y sí la presencia adulta cuando la requiere. Es conveniente colocarle pañuelos de colores variados y pequeños objetos de tela a su lado y no colgados frente a él.



5º Orden simbólico

Conocer la trama familiar, cultural y social o institucional que operan en el psiquismo del niño. Valores y expectativas que se traducen en la vida cotidiana en el tipo de “juego” que proponen los adultos, en especial los padres según el sexo.

Señales de alerta

- 1 - Fracaso en el contacto visual entre el bebé y la madre.
- 2 - Imposibilidad de calmar al bebé.
- 3 - Indiferencia del bebé a la voz, el rostro y las proposiciones lúdicas de los adultos, estando completamente despierto y en calma.
- 4 - Falta de conducta anticipatoria durante el juego y cuando es alzado y vestido (Berezovsky, 1987).
- 5 - Mirada perdida, desenfocada, “vacía” (Raineri, 2002).
- 6 - Tensiones durante los cuidados corporales: baño, vestimenta, alimentación.

Algunas indicaciones necesarias

- Continuar con lactancia materna; preparación y acompañamiento en caso de volver al trabajo (enseñanza de técnica de extracción de la leche materna, su conservación, transporte, etc.).
- No dejar solo al bebé al momento de cambiarlo.
- No acostumbrarse a acostarlo sobre una cama aunque esté rodeado de almohadones, sólo usar su cuna. De no contar con una cuna en algún momento, colocar un colchón o mantas en el suelo y acostarlo allí, tomando las precauciones necesarias.
- Posición boca arriba para dormir.
- Evitar las cadenitas y cintas sujetadoras en el cuello.
- No usar chupete.
- No dejarlo solo con sus hermanitos pequeños ni con las mascotas.
- No beber ni trasladar líquidos calientes mientras se sostiene al bebé.
- No fumar dentro de la casa.
- Controlar la temperatura del agua del baño (ídeal 30/32º C).

- Evitar el uso de portabebé porque lo verticaliza precozmente y produce una rotación forzada de la cabeza.
- No exponer al sol, no usar protectores solares, recién se podrán usar después del 6º mes de vida.
- Evitar el sobreabrigo o el calor excesivo del ambiente.
- En caso de que la madre comience a trabajar, al elegir el cuidador asegurarse de que se trata de un adulto responsable, afectivo y equilibrado emocionalmente.

Guía anticipatoria. Comentar que el niño va a estar más activo e interesado en los objetos del entorno. A los 4 meses de vida el niño deberá recibir la 2ª dosis de las vacunas Cuádruple y Sabin Oral.

Próxima citación. Control antropométrico a los 3 meses y pediátrico al cumplir 4 meses o ante cualquier duda.

Recomendaciones

- Enfatices las capacidades y progresos y cambios del bebé.
- Pregunte a los padres de qué temas quisieran hablar o qué dudas tienen.
- Escuche a los padres.

Cómo observar señales de la calidad del vínculo

Es conveniente observar cómo la madre sostiene al bebé en sus brazos, si éste se amolda al cuerpo materno, si hay conexión visual entre ambos, si cuando realiza el control pediátrico ella mantiene proximidad con el cuerpo del niño. Es decir, el pediatra debería hacer una aproximación diagnóstica acerca de si la madre está segura o insegura, definida como tal con respecto a las respuestas del bebé. Éste es un eje importante del desarrollo: contar con una calidad de vínculo apropiado, que se expresa e también en el ajuste tónico - corporal, dado que este vínculo está en la base que dirige los futuros aprendizajes del niño. Adulto atento, relación empática, reacomodamientos mutuos, en vez de adulto posesivo, o negligente y ansioso.

La mano en los primeros meses de vida ¹⁸

Para el niño/a el descubrimiento de sus propias manos comienza ante una aparición casual de la mano, como un objeto cualquiera en el campo visual, que anteriormente no atraía para nada su atención y ahora capta su interés. Cuando mediante movimientos no intencionales, reflejos, la mano sale del campo visual, intenta recuperarla nuevamente. En ese momento la mano se convierte en objeto de exploración, de conocimiento y de juego. El logro de reubicar voluntariamente ante sus ojos una de las manos, o las dos, y el posterior dominio de esa coordinación, implica la integración propioceptivo - visual de ese circuito: objeto atractivo, percepción visual, cinestesia y motricidad voluntaria. Al principio “no hace mover su mano”, sino que mira la mano que se mueve. Pronto comienza a “hacer mover” las manos ante sus ojos, las aleja y las acerca, abre y cierra los dedos.

Al iniciar el **4º mes** comienza a recoger información sobre las sensaciones que los objetos provocan en sus manos. Las manos constituyen los primeros objetos de conocimiento, luego el interés pasa de las manos a las cosas, lo que las transforma en herramientas para conocer esas cosas. La exploración y la manipulación es ya

una actividad autónoma que aparece espontáneamente, basada en una incitación interna, propia del niño. Estira la mano hacia el objeto, lo empuja, mira cómo se mueve, lo pasa de una mano a la otra, lo toquetea con ambas manos, lo sacude, lo aleja, lo lleva hacia el rostro, a la boca.

A partir del **7º mes** se observa la búsqueda de efectos de su manipulación sobre los objetos, hacia la comprensión de las relaciones físicas y topológicas, más que a las sensaciones que éstos provocan en sus manos. Juega a alejar el objeto y frotarlo contra el suelo, lo pasa de una mano a la otra mirándolo. Se anima a soltar lo que tiene y luego lo retoma. Se interesa entonces en dos objetos y los hace entrar en relación. Golpea un objeto con el otro, o golpea un objeto que sostiene con otro más lejano, coloca un objeto en otro, lo agita, lo vacía, etc.

Los primeros juguetes serán, en primer lugar, el rostro, las manos, el cuerpo y la ropa de las personas significativas; en segundo lugar, sus propias manos; al 4º mes, objetos que puedan ser tomados fácilmente (pañuelo de algodón, argollas, objetos de tela suaves).



4º CONTROL: 4 MESES DE VIDA

Objetivos

- a) Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño.
- b) Detectar factores de riesgo.
- c) Continuar sosteniendo la lactancia materna exclusiva.
- d) Controlar el calendario de vacunación.
- e) Seguir acompañando y asesorando a los padres en el proceso de crianza.

Descripción del niño normal

En esta etapa la familia ya ha logrado cierta organización. El bebé probablemente ya adquirió ciertas rutinas en cuanto a la alimentación y al sueño. El tiempo entre mamadas es cada vez mayor y el intervalo nocturno puede aumentar hasta 6 horas, permitiendo un mejor descanso de los padres.

En general, los padres (más descansados) tienen ahora más energía para disfrutar y jugar con su hija/o, quien por otro lado es visto como menos frágil que en los primeros días. La relación entre los padres y el bebé es más placentera y divertida ya que ellos están más seguros de sí mismos, al mismo tiempo que las expresiones del bebé, como la risa y la vocalización, facilitan la interacción y el diálogo. El niño de 3 meses parará de llorar en la posición de amamantamiento aun antes de que el pezón llegue a su boca. Puede anticipar. Es capaz de más iniciativas sobre su medio ambiente. Juega con sus manos. La actividad de las manos cae bajo un control intencional, aunque la precisión en su manejo debe esperar un poco más.

Intenta y a veces logra manipular objetos prensiles livianos y seguros. Junta las manos. La agudeza visual ha aumentado marcadamente, por lo tanto puede ver fácilmente objetos pequeños.

Existen variaciones individuales en cuanto a períodos y características del dormir. También hay diferencias en el temperamento de los niños, tolerancia de los padres y en la valoración cultural del sueño.

El niño de esta edad está ávido de interacción social. Los juegos verbales, táctiles, vestibulares y motores son prácticas a través de las cuales aprende que puede afectar el comportamiento de otros y provocar una respuesta. Un aspecto que caracteriza al niño es su gran sociabilidad que se manifiesta en la sonrisa y en los intentos de imitación de expresiones faciales y sonidos que realizan los adultos.

Alimentación

Mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, seguir acompañando y conteniendo a la familia en cuanto a la lactancia. Reforzar las indicaciones y alentar especialmente a aquellas madres que deban ausentarse del hogar por motivos laborales. Explicar nuevamente, de ser necesario, la técnica de extracción, conservación, almacenamiento y transporte de la leche de la madre. Es aconsejable comentar con la mamá que durante este período el niño/a se distrae más fácilmente con los sonidos y las personas, pero esto no significa que haya perdido el interés en amamantarse sino que es un rasgo madurativo normal a esta edad.

A veces se produce una crisis de la lactancia a los 3 meses debido a que por el aumento de su tamaño corporal sus requerimientos de leche también han aumentado, por lo tanto la mamá deberá colocarlo con más frecuencia al pecho para aumentar la producción de leche.

En caso de que el niño reciba lactancia materna parcial o ya haya sido destetado se deberá incorporar sulfato ferroso a 1 mg/kg/día o complementarlo con leche fortificada con hierro.

Inmunizaciones

Deberá recibir 2ª dosis de vacunas Cuádruple y Sabin Oral.

Volver a recordar la posibilidad de fiebre con posterioridad a las vacunas.

Examen físico

Como siempre hacerlo con el bebé completamente desnudo.

- 1 - Control y percentilado de PESO, TALLA, PC. Continuar con el gráfico ya iniciado.
- 2 - Realizar semiología completa.
- 3 - Controlar patologías ya detectadas.
- 4 - Controlar alteraciones fisiológicas y evaluar evolución.

Cabeza

- Fontanela anterior sigue siendo palpable.

Boca

- Detectar si existe candidiasis bucal; de hallarla tratarla.

Cara y ojos

- Observar cierto grado de estrabismo, que sigue siendo normal a esta edad; suele desaparecer después del 6º mes.

Tórax

- Realizar auscultación cardiopulmonar.

Abdomen

- Controlar hernias umbilicales, reiterar que NO requieren ningún tratamiento.
- Hígado se sigue palpando por debajo del reborde costal y a veces se puede palpar también el polo de bazo.

Piel

- Detectar dermatitis amoniacal o micóticas en zona del pañal y tratarlas. Reiterar recomendaciones sobre la higiene y cuidados en la zona del pañal.

Genitales

Femeninos:

- Controlar el tratamiento de sinequia de labios menores.

Masculinos:

- Controlar evolución de hidroceles.
- Detectar hernias inguinoescrotales.

Miembros y manos

- Realizar maniobra de Ortholani y valorar tono muscular.

Desarrollo

- Pasa desde la posición boca arriba a la de costado.
- A veces gira boca abajo.

- Reacciona activamente cuando se le habla.
- Gorjea y balbucea.
- Se mira las manos.
- Juega con sus manos.
- Han desaparecido la mayoría de los reflejos arcaicos en conductas aprendidas.
- En posición boca arriba ya alinea cabeza, tronco, miembros.
- Mantiene sus manos semiabiertas la mayor parte del tiempo.
- Se ha incrementado el movimiento de los ojos, que será acompañado por la cabeza y el tronco.
- Aumenta la actividad y la ejercitación de todo su cuerpo. En posición prona levanta la cabeza.

Pautas de crianza

1º Apego y comunicación

Juegos de mirar y dejar de mirar cuando es mirado y volver la mirada. Se calma al escuchar la voz de los adultos próximos. Conductas anticipatorias: cuando va a ser levantado anticipa con alegría, lleva las manos hacia delante, mueve las piernas y sonrío.

Observar. Sincronía mamá - bebé, suavidad, diálogo tónico - corporal, miradas recíprocas.

Es importante contar con datos sobre los cuidados cotidianos: por ejemplo, lo que ocurre durante el baño. **“Se deja hacer”:** tanto en el agua como cuando se lo viste o desviste el niño está relajado, no llora y no retrae ninguno de los miembros. Esto ocurre en casi todos (97%) los niños cuando la familia ha podido implementar las conductas propuestas. **“Coopera”:** algunos un (25%) ejecutan gestos de cooperación al contacto o aproximación de la mano del adulto, al escucharlo hablar gira la cabeza en el sentido correcto, relaja los músculos, etc. **“Chapotea”:** (3%) de los niños de esta edad regularmente goza golpeando el agua con las manos y los pies.

Orientar. Permitirle al niño descubrir por sí mismo y por propia iniciativa y a su ritmo sus principales posturas y movimientos. El decúbito dorsal le permite jugar con sus manos, así como una rica actividad motora y exploratoria. Disponibilidad del adulto cuando es solicitado pero que no interfiera en la actividad del niño (Szanto - Feder, 1993).

2º Exploración y apropiación del mundo externo

Es conveniente que el lugar para dormir sea un espacio diferente del de juego.

Coordinación óculo - manual y actividades de manipulación y juego.

Coordinación: sus manos atrapan su atención, se las mira percibidas al azar y trata de mantenerlas dentro de su campo visual. Intenta tomar objetos cercanos.

3º Equilibrio

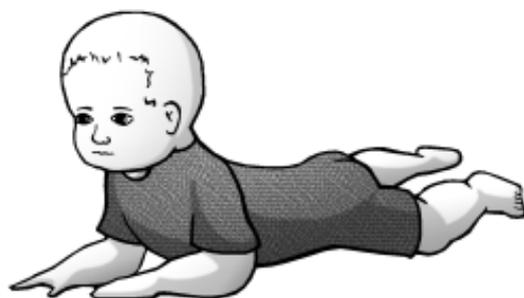
Desarrollo de las posturas y grandes movimientos. Realiza movimientos cada vez más variados con los brazos, las piernas e incluso el tronco. Hace trabajar especialmente los músculos del plano anterior del tronco y del abdomen. Empujándose con los pies, involuntariamente cambia de lugar y puede deslizarse hacia atrás. Muchos niños, por iniciativa propia y sin ayuda, “giran de costado”, es

decir pasan de la posición dorsal a la de costado. El bebé sube primeramente un hombro, levanta la pelvis del plano de apoyo y poco a poco vuelve todo el tronco de costado.

Permanece en esta posición un cierto tiempo, mira a su alrededor, se encuentra en esta posición moviéndose, no de casualidad (Falk, 1997).

Acostado de lado su cabeza, su brazo y su muslo participan igualmente en el apoyo para el equilibrio de su cuerpo en esta nueva postura.

Orientar. Contraindicar posturas que producen sensación de caída y sentimientos de inseguridad y que no lo comprometan a hacer un movimiento que él no haya descubierto y experimentado todavía durante su actividad autónoma y por su propia iniciativa. Importancia de una vestimenta que no debe impedir ni limitar los movimientos. Lugar de juego (allí donde el niño permanece cuando está despierto): superficie dura, suficiente lugar a su disposición, siempre un poco más del que pueda utilizar momentáneamente. Lugar seguro, el piso o un corralito amplio.



Señales de alerta

- 1 - Falta de sonrisa social (intercambio de sonrisas con la madre y otros adultos).
- 2 - Escasa o nula atención sobre el entorno. Incapacidad de participar de juegos sociales con la madre.
- 3 - Evitación del contacto visual con otros seres humanos, o apariencia de “mirar a través de ellos”.
- 4 - Alejamiento del cuerpo del adulto, con la cabeza extendida y la espalda arqueada, lo que dificulta tenerlo en brazos (Berezovsky, 1987).
- 5 - Tensiones y crispaciones durante los cuidados corporales: baño, vestimenta alimentación (Falk, 1997).
- 6 - No emite sonidos solo o en presencia de los adultos (Falk, 1997).
- 7 - No está atento a la palabra ante el adulto que le está hablando inclinándose hacia él (Falk, 1997).

Algunas indicaciones necesarias

- Continuar con lactancia materna, preparación y acompañamiento en caso de volver al trabajo.
- No dejar solo al bebé al momento de cambiarlo sobre la cama o mesa.
- Posición boca arriba para dormir.
- Evitar los collares y cintas sujetadoras en el cuello.
- No indicar chupete.
- No dejarlo solo con sus hermanitos pequeños ni con las mascotas.
- No beber ni trasladar líquidos calientes mientras se sostiene al bebé.
- No fumar dentro de la casa.
- Evitar el uso de portabebé.
- No exponer al sol. No usar protectores solares.
- Evitar el sobreabrigo o el calor excesivo del ambiente.
- Prevenir el riesgo de sustancias u objetos peligrosos como alfileres de seguridad.
- No usar recipientes de polvos o talcos para distraer al bebé.
- Alertar sobre la calidad de los juguetes para el bebé (materiales atóxicos, que no sean fáciles de romper y adecuados para cada edad).
- Desaconsejar la compra de andador, hamacas, sillita “dindon”, bebesit, mochilas (evite la verticalización precoz).
- Si viaja en auto, ubique al bebé en el asiento trasero.
- Es aconsejable colocarlo en el suelo, sobre una manta, boca arriba y con los objetos de su interés a su alrededor.

Guía anticipatoria. Comentar que el niño va a comenzar a rodar, a cambiar de posición y a llevarse “todos” los objetos a la boca, por lo tanto tendrán que extremarse todos los cuidados y controles sobre los mismos. A los 6 meses de vida el niño deberá recibir la 3ª dosis de vacunas Cuádruple, Sabin Oral y Antihepatitis B. Recordar la posibilidad del inicio de la dentición, y que los tiempos de aparición de

los dientes suelen ser variables en cada niño.

Próxima citación: a los 5 meses control antropométrico y control pediátrico a los 6 meses de vida. Ante cualquier duda, necesidad de reforzar conductas, situaciones de riesgo o control de curva de peso, citar antes.

Recomendaciones para el equipo de salud

- Relate los progresos logrados por el bebé.
- Pregunte a los padres de qué temas quisieran hablar o qué dudas tienen.
- Escuche a los padres.
- No olvide de felicitar a la familia por el cuidado y la atención prestados al bebé.

5º CONTROL: 6 MESES DE VIDA

Objetivos:

- a) Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño.
Detectar factores de riesgo.
- b) Sostener la lactancia materna e iniciar alimentación con semisólidos.
- c) Controlar el calendario de vacunación.
- d) Seguir acompañando y asesorando a los padres en el proceso de crianza.
- e) Anticipar los principales cambios esperados en la siguiente etapa.

Descripción del niño normal

Una vez que el niño ha descubierto visualmente sus manos, alrededor de los 5 a 6 meses comienza a explorar activamente los objetos que entran en su campo visual. La textura, la temperatura, las formas y la maleabilidad de los objetos se han convertido en nuevas dimensiones del mundo que añaden interés a su vida. Los ojos, las manos y la boca trabajan juntos con un enorme apetito de exploración. La forma específica en que el alcance de objetos y la prensión evolucionan durante la infancia y cómo esos cambios interaccionan con el mundo externo son puntos a ser observados durante la visita.

Percibir el desarrollo de las herramientas viso - motoras durante la infancia es parte de cada encuentro con el equipo de salud. Es aconsejable que los padres procuren un medio ambiente seguro que ofrezca amplias oportunidades para la exploración del niño. El desarrollo neurológico provee la capacidad de lograr movimientos armónicos, integrando la postura a las actividades de utilizar las manos y los brazos más efectivamente.

El equipo de salud puede realizar una orientación preventiva en salud mental mediante la sugerencia de que el medio ambiente de juego físico y social debe estar más adaptado a las necesidades del niño que a los deseos de los padres. En el consultorio pediátrico es aconsejable contar con un espacio seguro para que los niños jueguen teniendo lugar físico y juguetes simples y seguros.

El ser humano se desarrolla y madura jugando. La ejercitación necesaria para su crecimiento saludable es juego. Lo llamamos juego porque es espontáneo, placentero y es expresión de intereses y deseos inconscientes.

El juego le permite al niño practicar sus nuevas habilidades motoras, utilizadas en una variedad de circunstancias con una serie de objetos, que varían de tamaño, textura, peso, temperatura, etc. Las funciones cognitivas se organizan a través de la manipulación directa con los objetos.

Alimentación.

No se han demostrado beneficios en la introducción de alimentos distintos de la

leche de madre antes de los 6 meses de vida. Por lo tanto éste es el momento oportuno para introducir la alimentación complementaria; cuando se deben cubrir nuevos requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renales y de la maduración neurológica.

Para que la alimentación complementaria (semisólidos) sea exitosa no sólo se deben indicar alimentos y nutrientes apropiados, sino también tener en cuenta la disponibilidad de ellos en el hogar y en la comunidad, la seguridad en su preparación como así también tener presente las actitudes, conductas y creencias de quienes están a cargo de esta tarea. La alimentación deberá aportar los macro y micronutrientes adicionales a los de la lactancia materna para cubrir las nuevas necesidades del niño.

Se deberá prestar atención a la textura, el sabor y el olor de las preparaciones. Las características de la alimentación complementaria deben responder a los siguientes criterios:

- Densidad energética entre 65 - 80 cal/100 g.
- Adecuada proporción de proteínas de origen animal.
- Proporción de grasas superior al 30%.
- Hidratos de carbono complejos.
- Fibra no aumentada.
- Adecuada concentración y biodisponibilidad de hierro.
- Aumento progresivo de consistencia y viscosidad.

Es necesario respetar las características de la madre y el niño en su entorno socio - cultural (SAP, 2001).

Se hará en el horario más adecuado para la familia, con el bebé semisentado en la falda de la madre, “bien sostenido” por sus brazos, eligiendo cualquier momento en el que ella disponga de tiempo suficiente para brindarle a su hijo toda la atención que requiera, teniendo en cuenta el bienestar y la tranquilidad de ambos. Es aconsejable que la mamá respete las iniciativas del bebé durante la comida. No olvidar que sigue siendo beneficioso que los niños continúen después de los 6 meses con la lactancia materna mientras reciben alimentación complementaria y segura, hasta cumplir los 2 años de edad (“Lineamientos de alimentación del niño menor de 2 años”. Ministerio de Salud Pcia. Bs. As, 2000). Cuanto mayor seguridad, bienestar y regularidad experimente un lactante con la comida, tendrá mayor posibilidad de mantenerse tranquilo, interesado en el mundo y de recibir todo lo que la vida pueda brindarle.

Inmunizaciones.

Deberá recibir 3ª dosis de vacunas Cuádruple, Sabin Oral y Antihepatitis B.

Examen físico

Realizarlo como siempre con el bebé desnudo.

- 1 - Control de PESO, TALLA, PC y PERCENTILAR en el gráfico iniciado en el 1^{er} control.
- 2 - Examen semiológico por aparatos.
- 3 - Controlar patologías y/o alteraciones fisiológicas ya detectadas y evaluar evolución.
- 4 - Examen neurológico, visual y auditivo.

Desarrollo

A los 6 meses de edad el niño en general se desplaza. Es capaz de:

- Pivotear.

- Deslizarse apoyado sobre los talones; a veces rotar sobre sí mismo, rolar.
- Buscar y alcanzar objetos, sacudir y golpear; y al finalizar los 6 meses puede cambiar un objeto de una mano a la otra.
- Estar atento al entorno, se interesa por manos, pies y objetos.
- Girar la cabeza y vocalizar cuando se le habla.
- Observar y alcanzar objetos pequeños.
- Jugar con sus pies.
- Mostrar signos de ansiedad y desconocimiento ante extraños, según sus gestos faciales y corporales.
- Reír, gritar y tomar la iniciativa para vocalizar y balbucear a otros. Imitar sonidos, puede jugar a hacer sonidos solo o con otros.

La acción del niño es multifactorial y multisemiótica, al mismo tiempo es motriz, afectiva, cognitiva y social.

Pautas de crianza

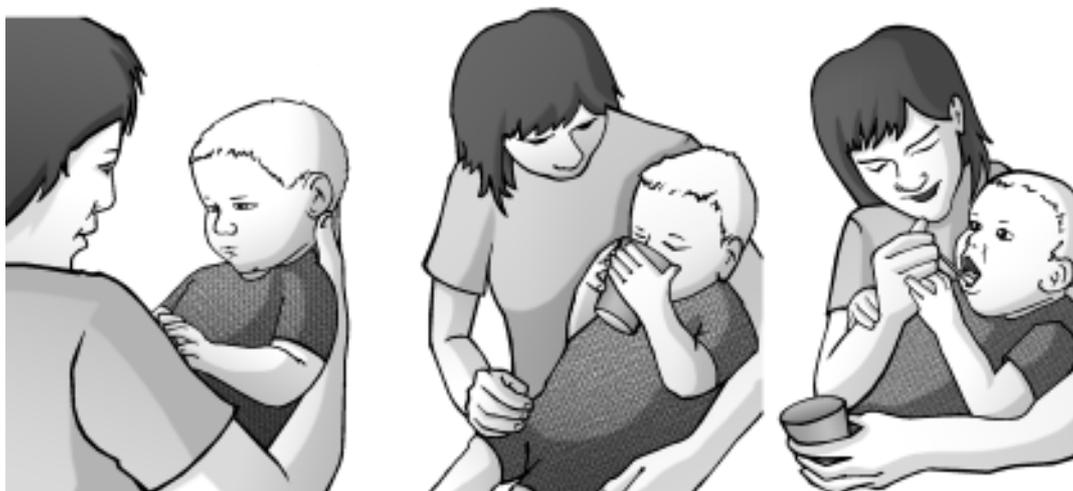
1º Apego y comunicación

Aproximadamente desde los 5 meses se observan conductas que indican el comienzo del proceso de separación - individuación y los intentos de autonomía. El bebé ha explorado el rostro familiar, la aproximación y separación de sus cuerpos y a través de ello la noción de estar separado. Existe un reconocimiento de los rostros de los adultos cercanos especialmente el de la madre. Desplaza la mirada del rostro desconocido al familiar y expresa alegría ante este último mediante sonrisas, pataleos y gorjeos.

Juegos de esconder - aparecer, el adulto aparece y desaparece con movimientos de su cabeza o con la sábana con la que cubre sus ojos. Es una actividad que anticipa la permanencia mental del objeto.

Actitud de rechazo o miedo ante el extraño en relación con la discriminación más ajustada de lo familiar y lo desconocido, de sí mismo y el otro.

A los 6 meses comienza la introducción de la primera papilla y esto, además de constituir un hecho desde lo nutricional, tiene que ser visto desde lo vincular y en



un proceso hacia la autonomía. Es importante que la comida represente una fuente de alegría para el niño y su familia.

Observar si busca la mirada de la madre cuando se lo coloca en la camilla para revisarlo o llora y se calma con la voz de la madre. Reacción a la palabra e iniciativas vocales, gorjeos, balbuceos, silabeo y respuestas del adulto cuidador. Diálogo tónico - corporal, miradas recíprocas, vocalizaciones y palabras bebé - padres.

Preguntar sobre los momentos cotidianos, los cuidados, sobre el baño, si es placentero, coopera, chapotea. Cómo y dónde duerme. Si juega a las escondidas, si toca y explora el rostro de los adultos.

Orientar. La comida es una situación sensible en la relación niño - adulto y se debe priorizar por sobre todo como momento agradable para ambos. Es conveniente que las primeras comidas las realice en los brazos del adulto. Éste debe estar confortablemente sentado y distendido. Es importante que el bebé tome parte activa en la comida desde el principio, decidiendo cuánto desea comer. Estar atentos a las manifestaciones que expresen esto. Es conveniente que tenga los brazos libres durante toda la comida. Mostrarle primero la cucharita y lentamente llevarla a la boca sin insistencias ni juegos. Elegir un momento adecuado tanto para el niño, que no debe tener sueño ni estar molesto, como para el adulto que no debe estar presionado por los horarios. Recordar que algunos niños presentan neofobia por lo tanto es aconsejable ofrecer el mismo alimento en reiteradas oportunidades hasta su adecuada aceptación.

Para que progresivamente vaya reemplazando la succión es conveniente ofrecerle los líquidos con un vaso; en un proceso irá primero apoyando la mano mientras toma y lo aferra. Algunos niños en esta etapa toman el vaso, lo retienen y lo inclinan hacia él casi solos (el adulto lo sostiene).

Si el bebé rechaza categóricamente la cuchara y/o el vaso, se suspende el intento durante 2 semanas y se repite un nuevo ensayo.

2º Exploración y apropiación del mundo externo

Ante la propuesta del niño responder a los juegos sin dirigirlos ni modificarlos. El juego de las escondidas que de diversas maneras va a ir presentando el niño (sabanita, esconder la cara en el hombro de los adultos, etc.), les permite elaborar la presencia y ausencia de personas y objetos.

Espacio amplio, diversidad de objetos puestos a su alcance y adecuados a su edad, sencillos, livianos, no peligrosos (que el niño juegue con el juguete y no el juguete con el niño). Contraindicar juguetes que el niño no pueda tomar (colgantes), a cuerda, sofisticados.

El desarrollo de la inteligencia es expresado a través de la coordinación óculo - manual y la actividad de manipulación y juego.

Regularmente y por propia iniciativa agarra un objeto, lo da vuelta, lo pasa de una mano a la otra. Algunos niños sacuden el objeto, lo golpean contra otro, contra la cuna o el suelo.

Observar o investigar la manipulación y el juego.

3º Equilibrio

El niño se moviliza cada vez más; si está en equilibrio sobre superficie firme con sus manos libres desarrollará una riqueza de acción (gira de costado, se pone boca abajo, vuelve al decúbito dorsal, gira repetidamente, algunos reptan, se acercan a los objetos).

Giran boca abajo 25 al 75 % de los niños, (acostado de espalda por iniciativa propia se da vuelta y se pone boca abajo), y **gira repetidamente** 25 al 75% de los niños (de posición inicial de espalda se pone boca abajo y luego se vuelve a poner de espalda varias veces al día). Se desplazan de espaldas, pivotean, algunos pocos reptan.

Orientar sobre la importancia de que el niño descubra por sí mismo y por propia iniciativa y a su ritmo sus principales movimientos y posturas. Por ejemplo no sentarlo hasta que no lo logre por sí mismo porque no estará en equilibrio y no sentirá seguridad, además de limitar toda la actividad de su cuerpo y de sus manos. Sobre la vestimenta: no debe impedir ni limitar los movimientos y no debe molestar al niño. Cuando se halla despierto que tenga bastante lugar para moverse sobre superficie dura y segura (el piso o corralito de madera amplio) con juguetes adecuados a la edad: pañuelos de algodón, trapitos, argollas, variados juguetes livianos y seguros que pueda llevar a la boca.

En cuanto a respetar la acción del niño a partir de su propio impulso, recordar **la íntima relación entre acción y construcción del pensamiento y del conocimiento.**

Señales de alerta

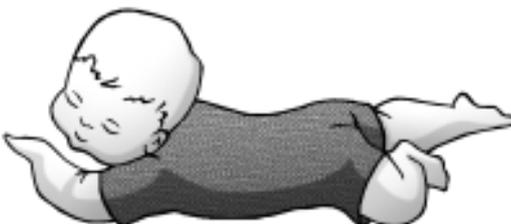
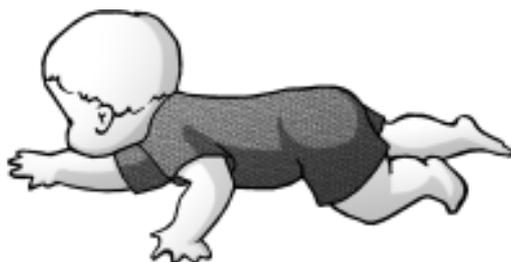
- 1 - Indiferencia ante los seres humanos, sean familiares o no.
- 2 - Excesivo rocking (acunación).
- 3 - Rostro inexpresivo o gestos faciales sin establecer un contacto social (Berezovsky, 1987). Puede tratarse de formas precocísimas de conductas potencialmente autistas de 4 a 6 meses.
- 4 - Falta de cooperación durante los cuidados cotidianos, tensiones y crispaciones (Falk, 1997).
- 5 - No responde habitualmente a la palabra del adulto que se inclina ante él.
- 6 - No extiende la mano en la dirección de objetos o personas para lograr tocar.
- 7 - No gira de costado a partir del decúbito dorsal.
- 8 - No gorjea (sonidos de manera continua solo o en presencia de otros), ni balbucea (producción de sílabas o grupos de sílabas solo o en presencia de otros).
- 9 - Escaso interés por el entorno. Extremada pasividad.

Algunas indicaciones necesarias

- Sugerir revisar la casa en busca de riesgos de accidentes (objetos filosos, bordes de mesas, medicinas, venenos domésticos, plantas que puedan ser tóxicas, líquidos o polvos de limpieza) y quitar del alcance del bebé todos los objetos que puedan dañarlo.
- No exponer al sol. A partir de este mes se puede comenzar a usar protectores solares.
- Ofrecer al bebé juguetes adecuados a su edad.
- Fortalecer la relación padres - hijo/a al jugar con él.
- Informar a los padres que los niños no necesitan usar zapatos a esa edad.
- Desaconsejar el uso de andador.
- Dentición: explique las variaciones en la dentición y los

trastornos leves que se asocian con la erupción de los dientes. Evitar el uso de sustancias para calmar las molestias generadas por la dentición.

- Evitar utilizar aparatos eléctricos con extensiones de cables colgantes.
- Advertir a los padres que el bebé es capaz de tirar de manteles, lámparas y carpetas al comenzar a ponerse de pie.
- aconsejar colocar protectores plásticos en enchufes eléctricos.
- Colocar rejillas y/o protectores en escaleras, ventanas y balcones.
- Mantener envolturas, bolsas plásticas y globos lejos del bebé.
- Informar a los padres de la "angustia del 8º mes" que se traduce básicamente en la ansiedad ante la presencia de extraños, la misma puede presentarse a partir de este control y en algunos niños aun antes.



Guía anticipatoria. El niño va a comenzar a balbucear, empezar a tomar objetos pequeños. Va a comenzar a diferenciar a familiares de extraños. Intentará sentarse por sí mismo, colocándose de costado en el piso y liberando un brazo (ver posiciones intermedias). Es aconsejable que el niño/a escuche su voz aun cuando esté haciendo otras tareas. Ponga a su alcance objetos adecuados (que no tengan partes desprendibles, de bordes romos, no tóxicos, de un tamaño que no lo pueda tragar) para que primeramente pase de una mano a otra y luego tome con sus dedos (migas de pan, cubos). Jugará a imitar gestos (aplaudir, saludar).

Próxima citación: a los 7 y 8 meses control antropométrico, y al cumplir 9 meses control pediátrico. Ante cualquier duda, necesidad de reforzar conductas o control de peso citar antes.

Recomendaciones

Vuelva a felicitar a los padres por la manera en que realizan su labor.

Pregunte qué otros aspectos les gustaría conocer, analizar o discutir sobre su hijo.

6º CONTROL: 9 MESES DE VIDA

Objetivos:

- a) Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño.
- b) Informar sobre cambios en la alimentación, incorporación de nuevos alimentos.
- c) Continuar con la lactancia materna.
- d) Seguir acompañando y asesorando a los padres en el proceso de crianza.
- e) Observar la relación entre los padres y el niño.

Descripción del niño normal

El niño de 9 meses aprende sobre el mundo de un modo más activo ya que aumenta su movilidad general y mejora en el uso de sus manos. La tarea de los padres es organizar su ambiente de modo de aumentar el sentimiento de seguridad en su capacidad para explorar. El equipo de salud obtendrá mucha información interesante, sabrá más sobre el niño y su familia en este momento si le dedica parte de la visita a verlos jugar.

Durante este período sensoriomotor descrito por Piaget, el niño aprende a través de la percepción directa y de la acción sobre el medio ambiente. Ese proceso de conocimiento del mundo parece seguir una secuencia predecible de pasos. El rango de edades en el que se producen las adquisiciones es variable entre los niños normales. Aparecen nuevas capacidades tales como la permanencia de los objetos, el concepto de causa para eventos observables, y la posibilidad de jugar en un espacio tridimensional, ya que el niño ha empezado a desplazarse por sí mismo. En esta edad el apoyo de los padres para el crecimiento cognitivo significa permitir que el niño experimente con objetos simples y juguetes en un medio ambiente seguro.

Alimentación

El niño de esta edad estará recibiendo dos comidas por día (almuerzo y cena). El desayuno y la merienda se irán incorporando entre los 9 y 12 meses, uno por vez, de acuerdo a los gustos, necesidades y/o horarios de la familia. Estas comidas contendrán cereales, carnes, lácteos, vegetales y frutas en lo posible frescos y de cocción diaria siguiendo los lineamientos ya indicados con respecto a sus características organolépticas, sin el agregado de sal.

Seguiremos suplementando con hierro a una dosis de 1 mg/kg/día de sulfato ferroso, en caso de que el niño no reciba alimentos fortificados con hierro, y mantendremos la lactancia materna, la cual sigue siendo útil y beneficiosa para el niño.

En lo posible seguirá siendo la madre la que le dé de comer o en su defecto que sea siempre la/s misma/s persona/s. Si el bebé se sienta solo de manera adecuada se podrá en este período incorporar la "sillita de comer", la cual deberá contar con todas las medidas de seguridad requeridas. Se tratará que se siente cómodamente y pueda apoyar sus pies en un escalón; más adelante podrá sentarse en una mesa baja a su nivel, con sus pies tocando el suelo de manera que pueda sentarse y levantarse solo. Es aconsejable comenzar con el aprendizaje del uso de la cuchara. Para el bebé la comida significa la recuperación repetida de sus propios recursos

una y otra vez; si ésta transcurre en paz, en calma con una constancia que le permita orientarse en el desarrollo de los hechos, el bebé obtendrá de ellos una experiencia enriquecedora y aseguradora muy especial. Es aconsejable que la madre o el cuidador respete las iniciativas del niño durante la comida. En algunos bebés el apetito fluctúa mucho según el bienestar o malestar que sientan.

Inmunizaciones

Controlar cartilla de vacunación; de no haber cumplido el calendario oficial indicar vacunas faltantes.

Examen físico

Una vez más recordamos realizarlo con el bebé totalmente desnudo (sin pañales).

- 1 - Control de PESO, TALLA, PC. PERCENTILAR continuando el gráfico.
- 2 - Examen físico completo.
- 3 - Controlar patologías y / o alteraciones fisiológicas ya detectadas y evaluar evolución.
- 4 - Examen neurológico y psicomotor.
- 5 - Semiología de la marcha y evaluación del tono muscular (rango habitual para dar pasos sosteniéndose, entre los 10 y 17 meses, por ejemplo).

Desarrollo

- El niño a esta edad comienza a veces a pasar de semisentado a sentado espontáneamente.
- Rola, repta o gatea, y se sostiene sobre su región glútea.
- Utiliza su índice y su pulgar como pinza, investiga con el dedo índice. Señala con el dedo.
- Produce vocalizaciones, balbucea con monosílabos y en ocasiones bisílabos (ej.: puede decir “dada”, “mama” de manera inespecífica).
- Responde a su nombre.
- Comprende algunas palabras: “no-no”, “adiós”.
- Reacciona ante los extraños, con seriedad, timidez, ansiedad o incluso temor.
- Tiene conciencia de la permanencia de los objetos: busca un juguete escondido bajo una manta cuando le interesa.

Sería aconsejable que el equipo de salud observe al niño acostado en el suelo sobre una manta y rodeado de objetos interesantes. Así podrá obtener la siguiente información: ¿qué posturas asume? ¿cambia de postura?, ¿con qué frecuencia?, ¿toma objetos?

Pautas de crianza

1º Apego y comunicación

Clara discriminación perceptiva y fuerte lazo afectivo entre su familia o personas cercanas e inquietud o franco rechazo ante los extraños a su entorno. La intensidad es variable, menor en los bebés acostumbrados a estar con muchos adultos. Frente a dificultades, los bebés miran a su madre buscando señales de sostén y de aprobación antes de enfrentar lo temido; “el rostro y los ojos de la madre son un espejo en que el bebé se ve a sí mismo como él es mirado” (Winnicott, 1958).

El juego a las escondidas es uno de los primeros juegos de interacción y está vinculado a la elaboración de “presencia” y “ausencia” del objeto. Le permite elaborar la angustia de separación.

Desarrollo de la inteligencia expresado a través de la atención y de la manipulación en diferentes niveles.

Nivel I: toma un objeto, lo palpa, lo da vuelta, se lo pasa de una mano a la otra, etc. Lo lleva a la boca, lo sacude, lo golpea contra otro, contra la pared. Pone en relación dos objetos, golpea uno contra el otro, los ajusta, los pone uno encima del otro.

Nivel II: comienza a formar la representación de permanencia mental de objeto. Ya mira atentamente la desaparición de un objeto y fija la mirada donde éste se hallaba. Con el desarrollo de la coordinación de la mano y la vista que le permite tomar objetos deseados comienza el juego del espacio siguiendo el recorrido del alejamiento. Recibe con alegría su reaparición cuando se los alcanza.

2º Autonomía y exploración

Si se le ha brindado espacio amplio y firme y se ha respetado el desarrollo motor autónomo el bebé se desplaza rodando (se desplaza pasando de espalda a boca abajo, luego de la posición ventral a la dorsal en el mismo sentido y con el mismo impulso) y reptando (se desplaza en el suelo sobre el vientre con la ayuda de los cuatro miembros). En cuanto a los hábitos, si se lo ha acostumbrado al vaso, el niño toma el vaso y lo inclina hacia él casi solo (el adulto solamente lo sostiene). Se le puede dar de comer sin que se ensucie, abre la boca cuando se le acerca la cuchara y la cierra, traga la comida sin que se pierda nada de la boca.

Vocalización, palabra y lenguaje: se intensifica el balbuceo (produce sílabas o grupo de sílabas, solo o en presencia de otros), comprende gestos y palabras y por ello comienza a cooperar cuando se lo viste durante los cuidados cotidianos, siguiendo a cada paso, y a pedido ofrece a menudo el brazo o la pierna, se da vuelta, se pone boca abajo, cambia de mano un objeto, etc.

Orientación a padres

Favorecer el desarrollo del sentimiento de iniciativa y competencia en el niño con una actitud adecuada del adulto y un ambiente material conveniente para que pueda actuar sobre los objetos. Ofrecer variedad de objetos simples, que no estén atados, suspendidos o fijados, que no sea inconveniente llevarlos a la boca, a distancia accesible en un espacio adecuado, (el suelo es el lugar más seguro). Objetos que le permitan múltiples experimentaciones con posibilidades no limitadas por el adulto, y que él pueda seguir según su interés, su curiosidad, su ritmo, que pueda buscar respuestas a las preguntas que se plantea durante su propia actividad, a diferencia de los juguetes que sólo permiten un gesto y que no pueden ser usados de otra manera porque así han sido programados.

Orientar a los padres en observar y captar señales, y en la elaboración de respuestas con tiempo de observar las reacciones, para modelar y adecuar recíprocamente las interacciones. Es importante que el niño sienta el interés del adulto por su actividad y la disponibilidad cuando la solicita. A la vez permite que el adulto pueda conocer a fondo a sus hijos.

Señales de alerta

- 1** - Indiferencia ante los seres humanos, sean familiares o no.
- 2** - Excesivo rocking (acunación).

- 3 - Rostro inexpresivo o gestos faciales, pero sin establecer un contacto social.
- 4 - No demuestra la ansiedad en respuesta a los extraños, en contraste con la respuesta a personas familiares, que se ve normalmente desde los 4 a 6 meses.
- 5 - Fijación persistente en los objetos inanimados, y fuente de estimulación, tales como ruidos y luces, antes que en las personas (Berezovsky, 1987). Puede tratarse de formas precocísimas de conductas potencialmente autistas, 6 meses a 1 año.
- 6 - Falta de balbuceo (producción de sílabas o grupos de sílabas, solo o en presencia de otros) y/o falta de respuesta habitual a la palabra.
- 7 - En la actitud durante los cuidados cotidianos: falta de cooperación y gozo durante el baño. Durante la alimentación: que no abra la boca a la vista de la cuchara, que se ensucie exageradamente porque pierde la comida al no cerrar o tragar correctamente.
- 8 - En el desarrollo de la inteligencia expresado a través de la coordinación óculo - manual y la manipulación y el juego: no extiende las manos en la dirección de objetos o personas para lograr tocar y agarrar o no logra agarrar con seguridad. Que no manipule objetos, sin ayuda y varias veces por día (lo sacuda, lo golpee contra otro, contra una superficie, etc.).
- 9 - En el desarrollo motor: que no gire repetidamente (de su posición de espalda el niño se coloca boca abajo, luego vuelve a ponerse de espalda por propia iniciativa y sin ayuda varias veces por día).
- 10 - Estereotipias motoras.
- 11 - Aumento de tono, rigidez o hipotonía, asimetrías del tronco o de los miembros.

Algunas recomendaciones necesarias

- Generar un medio ambiente seguro teniendo en cuenta la mayor movilidad del niño.
- Sugerir revisar la casa en busca de riesgos de accidentes (objetos filosos, bordes de mesas, medicinas, venenos domésticos, líquidos o polvos de limpieza) y quitar del alcance del bebé todos los objetos que puedan dañarlo.
- Guardar objetos peligrosos (cuchillos, tijeras, herramientas,



- monedas, objetos de vidrio, cuentas, medicinas, etc.) en un lugar seguro fuera del alcance del niño.
- Evitar utilizar aparatos eléctricos con extensiones de cables colgantes.
- Advertir a los padres que el bebé es capaz de tirar de manteles, lámparas y carpetas al comenzar a ponerse de pie o simplemente gateando.
- aconsejar colocar protectores de plástico en enchufes eléctricos.
- Colocar rejas y/o protectores en escaleras, balcones y ventanas.
- Mantener envolturas, bolsas plásticas y globos lejos del bebé.
- Facilitar el juego del bebé con juguetes adecuados a su edad.
- Privilegiar los momentos de calma compartida y de comunicación durante los cuidados. Participar en juegos con el niño para desarrollar la interacción e imitación. Alentar la vocalización y comunicación.
- Reiterar que no es conveniente el uso de andador.
- Tratar de proveer al niño espacio, juguetes y oportunidades para la exploración libre del ambiente dentro de límites de seguridad.
- No dar al niño alimentos que puedan aspirarse con facilidad (garrapiñadas, frutas secas, maní, trozos pequeños de fruta, galletitas duras, etc.).
- Dar información sobre la higiene dental.

Guía anticipatoria. Si aún no lo ha hecho, el niño comenzará a gatear en esta época, y de rodillas verticalizará el tronco dando pasos en esa postura. Algunos niños se ponen de pie tomados de la pared o barrotes. También se incorporará con apoyo (entre los 9 y 16 meses). Dará pasos sosteniéndose entre los 10 y 17 meses. Dará pasos sin sostén entre los 12 y los 20 meses. A su vez en el área del lenguaje empezará a emitir silabeos tipo ba-ba, da-da, pa-pa, etc.

Próxima citación: a los 10 y 11 meses control antropométrico y control pediátrico al cumplir 1 año de vida. Ante cualquier duda, necesidad de reforzar conductas o control de peso, indicar otras citaciones.

Recomendaciones

Actitud de empatía y reconocimiento hacia los padres por la marcha de la crianza. Reitere las felicitaciones a los padres por su labor. Esté dispuesto a responder preguntas e interrogantes de los padres sobre el desarrollo y crecimiento de su hijo/a. Favorezca la realización de preguntas sobre estos temas.

7º CONTROL: 12 MESES DE VIDA

Objetivos

- a) Controlar el crecimiento y desarrollo del niño.
- b) Evaluar la alimentación, incorporar nuevos alimentos.
- c) Continuar con la lactancia materna.
- d) Seguir acompañando y asesorando a los padres en el proceso de crianza.
- e) Observar la relación entre los padres y el niño.

Descripción del niño normal

La perspectiva del niño sobre el mundo y cómo él se ve a sí mismo va cambiando a medida que domina más posturas. Cuando el niño tiene 1 año de edad la consulta ofrece la oportunidad de mirar los inicios o los avances en los desplazamientos y el desarrollo motor en general. El objetivo es mirar esta área de desarrollo en el contexto más amplio de la integración con otras áreas y su importancia para la familia.

La edad de la deambulación independiente no es un marcador diagnóstico. El rango de edad normal para la adquisición de la marcha es muy amplio.

Algunos niños necesitan realizar más experiencias antes de caminar solos con seguridad. El desarrollo motor acelerado no testifica en general una mayor inteligencia; un desarrollo motor más tardío, excepto en el extremo, no indica deficiencia mental.

La demora en caminar en niños con dificultades perinatales se asocia con una incidencia aumentada de demora en todo el desarrollo; sin esta historia la edad del caminar tiene poco valor pronóstico.

La primera vez que el niño se para sin apoyo y los primeros pasos independientes son hitos en el desarrollo de la personalidad, así como en el desarrollo motor. Pararse sin apoyo, dar el primer paso es algo que se hace solo y con mucho valor. Todo el desarrollo está alimentado por la habilidad de cambiar de posición en el espacio y de alejarse desde un lugar completamente dependiente a uno más independiente. La habilidad de deambular independientemente anuncia una nueva era.

Alimentación

Al llegar al año recibirá cuatro comidas y se irán incorporando nuevos alimentos (ver “Lineamientos de alimentación del niño menor de 2 años”. Ministerio de Salud Pcia. Bs. As., 2000). De ser posible se continuará con la lactancia materna, que sigue siendo útil y beneficiosa para el niño. Cada niño tiene un ritmo de maduración y aprendizaje que le es propio, rápido en un área, más lento o menos activo en otra; adaptándonos a estas posibilidades iremos incorporando lentamente el uso por parte del niño del vaso, el plato y la cuchara.

Cuando intente alimentarse por sí mismo con la cuchara, es importante ofrecerle otra para que, a su ritmo, pueda colaborar con la comida.

Seguiremos priorizando el bienestar y la tranquilidad del niño y del adulto durante el transcurso de las comidas. Recordar que ésta es una situación privilegiada para múltiples contactos afectivos e intensos momentos de intercambio y de aprendizaje.

Inmunizaciones

Deberá recibir 1º dosis de vacuna Triple Viral (sarampión, paperas, rubéola), controlar si ha recibido todas las vacunas anteriores del calendario oficial; si no es así, indicárlas.

Examen físico

Con el niño desnudo y sin pañales.

- Control de PESO, TALLA y PC. Completar el gráfico de percentilos y evaluar curvas de crecimiento.
- Examen físico completo.
- Controlar patologías y / o alteraciones fisiológicas ya detectadas y evaluar evolución.
- Examen neurológico y psicomotor.
- Semiología de la marcha y evaluación del tono muscular (rango habitual para el inicio de la deambulación 9 a 17 meses).
- Investigar problemas de audición y/o estrabismo.

Desarrollo psicomotor

- Tiene mayor autonomía de movimiento, se desplaza de manera variada.
- Algunos se ponen de pie con o sin apoyo.
- Algunos dan algunos pasos con apoyo.
- Entrega un objeto cuando se le solicita un objeto.
- Colabora cuando se lo viste.
- Dice “dada” “mama”, “papa”, etc.

Pautas de crianza

1º Apego

Es importante que los padres sepan que se pueden intensificar conductas anteriores de preferencia marcada por la madre o adultos permanentes de su entorno. Angustia de separación. Pueden ser frecuentes las expresiones de ansiedad, curiosidad o franco rechazo ante el extraño. Al mismo tiempo el impulso hacia la autonomía se revela en distancias cada vez mayores en la exploración del mundo.

Coordinación óculo - manual e inteligencia

Piaget señala que de los 8 a los 12 meses cursa el 4º estadio de la inteligencia sensoriomotriz, “la coordinación de esquemas secundarios y la aplicación a situaciones nuevas”, distingue fines y medios, por ej. cuando se pone un objeto fuera del alcance atado a un cordón, lo observa y si no puede agarrarlo tira del cordón. Manipula varios objetos; sin ayuda, sin incitación y varias veces por día manipula más de dos objetos por vez, los recoge, los pone en un orden cualquiera, los clasifica por la forma, etc. Algunos niños (5 a 25 %) “construyen” en las mismas condiciones, ponen tres objetos del mismo tipo uno arriba del otro (cubos, baldes, canastos dados vuelta, etc.).

Vocalización y palabra

“Comprende durante los cuidados”: dentro del contexto de los cuidados siguiendo cada paso y a pedido ofrece a menudo el brazo o la pierna, se da vuelta, se pone boca abajo, cambia de mano un objeto, etc.

También comienza a hacerlo en otros momentos de fuera de los cuidados pero en la vida cotidiana, se detiene, deja una ocupación cuando se lo solicita, se acerca cuando se lo llama, entrega un objeto a pedido, se sienta o se pone de pie, etc. Algunos niños pueden comprender consignas verbales: realizan una orden expresada exclusivamente en palabras.

Todos los niños a partir de los primeros meses balbucean: producen sílabas o grupo de sílabas, solos o en presencia del adulto u otros niños. Solamente un pequeño número “utiliza palabras o fragmentos de palabras”: algunos pronuncian con frecuencia y por propia iniciativa al menos 3 ó más palabras corrientes con sentido inteligible por lo menos para su entorno.

Actitud durante los cuidados

Mordisquea y mastica regularmente estando sentado. “Se le puede dar de comer sin que se ensucie”, abre la boca cuando se le acerca la cuchara y la cierra, traga la comida sin que se le pierda nada de la boca. Algunos niños intentan comer solos, tratan de tomar la comida con la cuchara y llevarla a la boca y algunos lo logran bastante bien.

Bebe solo I: bebe solo del borde del vaso sin volcar la bebida y sin ensuciarse pero todavía no puede agarrar o apoyar el vaso por sí mismo.

Bebe solo II: sentado a la mesa levanta el vaso solo, se lo lleva a la boca, toma y lo pone sobre la mesa (solamente un 3 a 25 % al año de vida).

Baño y vestimenta: “ayuda” siguiendo la secuencia de las acciones y a pedido del adulto extiende los brazos y las piernas, se da vuelta, pasa un objeto de una mano a la otra. Ofrece un brazo o los saca de la ropa a pedido del adulto. Algunos niños se sacan solos alguna ropa intencionalmente a pedido. Toma las iniciativas de jugar en esas situaciones con el adulto, a veces en actitudes “provocadoras”.

Desarrollo motor

Algunas veces se ponen de pie aferrándose. Otros ya más adelante se ponen de pie libremente: se pone de pie sin apoyo ni aferrándose y se quedan parados algunos instantes de pie 4 ó 5 segundos. Otros dan pasos solos, sueltan el borde del corralito u otro apoyo y dan uno o dos pasos durante el juego por propia iniciativa, sin ayuda ni incitación del adulto. Algunos niños caminan y otros lo hacen posteriormente, si el resto de las pautas del desarrollo están bien se puede esperar hasta los 18 meses. Algunos caminan de rodillas.

Orientación a padres

El adulto estimula la actividad del niño de manera indirecta creando las condiciones adecuadas para el desarrollo emocional, afectivo, psicomotor e intelectual, con la seguridad afectiva procurada a través de un apego profundo y estable y el interés de que es objeto el niño. Otorgar valor al sentimiento de eficacia que experimenta el niño tanto en las relaciones con el adulto como en lo que emprende en el curso de su actividad autónoma.

Diversidad de material seguro y apropiado a su edad puesto al alcance del niño para que responda a sus gustos y a las diferentes posibilidades de experimentación.

Riqueza del lenguaje durante los intercambios que le permitan al niño situarse convenientemente en los acontecimientos que le conciernen.

Favorecer el proceso de reconocimiento, separación e individuación, función paterna (independientemente de quién la ejerza) de límites, humanización y continencia que permita la maduración.

Evitar colecho y que duerma en la pieza de los padres, aun dentro de las familias de

escasos recursos; en lo posible establecer espacios separados, biombos, cortinas, sábanas, etc.

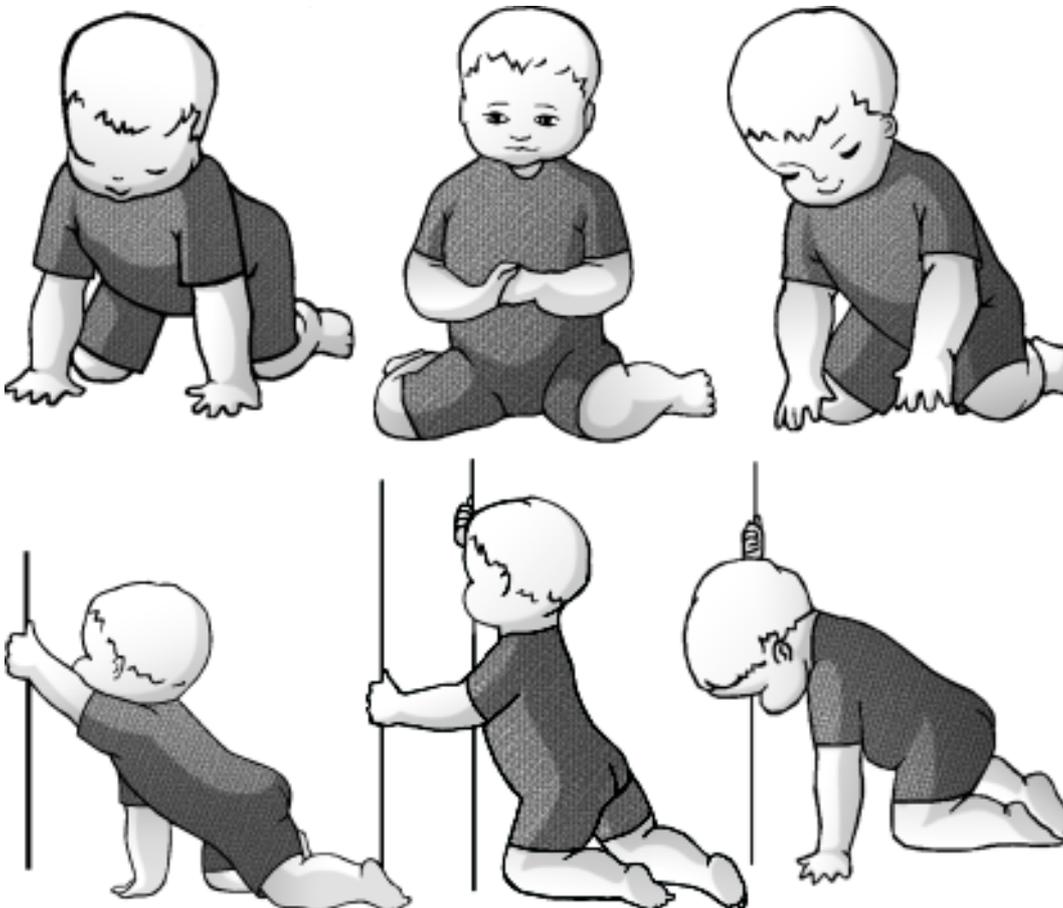
Acondicionar el espacio, cubrir el piso donde juega con hules o cartones para que se limpien frecuentemente.

Si el niño aún no camina, lo que es sumamente frecuente, tranquilizar a los padres y solicitarles que no lo fuercen, que eviten falsas estimulaciones.

Reiterar que lo que el niño realiza por propia iniciativa, por conocimiento de su propio cuerpo y del medio y con la disponibilidad afectiva y corporal del adulto, serán movimientos armoniosos, con equilibrio, seguridad interna y eficacia fundamentales en la construcción del psiquismo.

Señales de alerta

- 1 - No demuestra la ansiedad en respuesta a los extraños, en contraste con la respuesta a personas familiares, que se ve normalmente desde los 4 a 6 meses.
- 2 - Fijación persistente en los objetos inanimados y fuentes de estimulación, tales como ruidos o luces, antes que en las personas.
- 3 - Falta de interés en vestirse y alimentarse solo.
- 4 - Repertorio inusual de unos pocos sonidos mecánicos, consistentes por lo general en tonos simples, producidos en explosiones, en reemplazo de inflexiones vocales (líneas melódicas) en el balbuceo y comienzo de la formación de palabras.
- 5 - Rechazo de nuevas comidas, basado en la preferencia por unas pocas texturas familiares. A menudo el niño se



limita a una o dos comidas, tales como galletitas o flan; esto puede producir con cierta frecuencia problemas nutricionales o dentales.

- 6 - Manipuleo repetitivo y no exploratorio funcional de ciertos objetos. Esto, así como la elección de comidas, se basa en la limitación de las preferencias por las texturas antes que por la función.
- 7 - No muestra ninguna evidencia de ansiedad ante la separación y parece haber levantado una pared invisible a su alrededor que no permite la entrada desde afuera.
- 8 - Muestra un exceso de conductas de morder, succionar y llevar algo a la boca, o bien mantiene la boca en una posición fija, semicerrada, con ausencia de succión o mordisqueo. Podría tratarse de una forma precocísima de conductas potencialmente autistas, entre 6 meses a 1 año.
- 9 - En el desarrollo motor: que no repte, no se coloque semisentado o no se siente sobre talones o juegue sentado, que no gatee, que no se ponga de pie aferrándose o dé pasos sosteniéndose de la mano.
- 10 - En la actitud durante los cuidados cotidianos: durante el baño y la vestimenta que no coopere, ayude o tome la iniciativa de jugar. En la comida que no apoye la mano sobre el vaso, lo tome, lo incline hacia él casi solo, que no se le pueda dar de comer sin que se le caiga la comida de la boca, mordisquee o mastique.
- 11- Vocalizaciones y palabras: que no esté atento a la comunicación cuando se le habla y no utilice palabras o fragmentos de palabras.

Algunas recomendaciones necesarias

- Recordar que la mayor movilidad del niño lo predispone a accidentes si no se tienen en cuenta el desarrollo motor autónomo y la seguridad del ambiente.
- Volver a revisar la casa en busca de espacios, objetos o situaciones de riesgos de accidentes (objetos filosos, bordes de mesas, medicinas, venenos domésticos, líquidos o polvos de limpieza) y quitar del alcance del niño todos los objetos que puedan dañarlo.
- Evitar utilizar aparatos eléctricos con extensiones de cables colgantes.
- Aconsejar colocar protectores de plástico en enchufes eléctricos.
- Colocar rejas y/o protectores en escaleras, balcones y ventanas.
- Mantener envolturas, bolsas plásticas y globos lejos del niño.
- Favorecer el juego del niño con juguetes adecuados a su edad, en el piso. El corralito amplio de madera delimita un área de seguridad cuando hay hermanos mayores. Preservar al niño del contacto con los animales domésticos.

- Tratar de proveer al niño oportunidades para la exploración libre del ambiente dentro de límites de seguridad; no se requiere calzado.
- No dar al niño alimentos que puedan aspirarse con facilidad (garrapiñadas, frutas secas, maní, trozos pequeños de fruta, galletitas duras, etc.).
- Reiterar la información sobre la higiene dental.
- No dejar al niño solo en la bañera. Poca agua en la bañera.
- Fomentar el desarrollo del lenguaje. Nombrar objetos comunes y señalar las partes del cuerpo. Hablar al niño mientras se lo alimenta, cambia, baña, viste y en todo momento que encuentre oportuno sobre los elementos que le interesan.
- Compartir momentos mirando libros de cuentos con una ilustración y una palabra por página.

En general es mejor no enseñarles a los niños a hacer cuando son pequeños cosas que se les prohibirán un tiempo después.

Guía anticipatoria. El niño comenzará a deambular con mayor seguridad, y poco a poco empezará a trepar escalones. A su vez podrá emitir enunciados de una palabra y posteriormente de 2 ó 3 palabras con significado. También podrá responder a órdenes sencillas. Jugará atentamente experimentando el efecto de sus acciones.

Próxima citación: al cumplir 15 meses de vida. Ante cualquier duda, necesidad de reforzar conductas o control de peso, citar antes.

Recomendaciones

Reitere las felicitaciones a los padres por su labor.

Mencione cómo el niño se va desarrollando, aprecie y destaque sus adelantos.

Favorezca la realización de preguntas sobre estos temas.

Prevención del síndrome urémico hemolítico

Recordamos las medidas recomendadas por el Comité de Nefrología de la SAP para disminuir el riesgo de padecer SUH a través de los alimentos:

- 1 - Asegurar la correcta cocción de la carne, la bacteria se destruye a 70°C.
- 2 - Tener especial cuidado con la carne picada, ya que generalmente se cocina bien sólo la parte superficial, permaneciendo las bacterias activas en su interior.
- 3 - Utilizar utensilios de cocina distintos para cortar la carne cruda y para trozarla antes de ingerirla.
- 4 - Evitar el contacto de carne cruda con otros alimentos.
- 5 - Controlar el uso de leche y otros derivados lácteos pasteurizados y conservar la cadena de frío.
- 6 - No consumir jugos de frutas comerciales no pasteurizados.
- 7 - Lavar cuidadosamente verduras y frutas.
- 8 - Asegurar la correcta higiene de las manos (deben lavarse

con agua y jabón) antes de preparar los alimentos y luego de ir al baño.

- 9-** Se sugiere que los menores de 2 años no ingieran comidas rápidas que contengan carne.
 - 10-** Consumir agua potable. Ante la duda, hervir.
-

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- AIEPI. El lactante enfermo menor de 2 meses de edad. OPS/OMS/UNICEF. Ministerio de Salud de la Nación, 1999.
- AIEPI. Manual de procedimientos. Adaptación de la Provincia de Buenos Aires. OPS. Ministerio de Salud de la Nación, 2001.
- AIEPI. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Conversando con las madres, 1999.
- American Academy of Pediatrics. Guidelines for health supervision, 1998.
- Anzieu D. Le moi peau (El yo piel). Dunod, París, 1985.
- Avila H, Arroyo P, García D, Huerta F, Díaz R, Casanueva E. Factors determining the suspension of breast-feeding in an urban population group. Bull Pan Am Health Organ 14 (3), 1980.
- Berezovsky RZ. Aportes para una (psico) semiología del 1er año de vida. Eudeba, 1987.
- Bion W. Aprendiendo de la experiencia. Paidós, Buenos Aires, 1966.
- Blanco O, Bakalary B, Sfaello Zenon. Trastornos del sueño. PRONAP, Módulo 2, SAP, 1996.
- Bleger J. Simbiosis y ambigüedad. Paidós, Buenos Aires.
- Bowlby J. El vínculo afectivo. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Morata, Madrid, 1999.
- Bronfenbrenner, Uri. Ecology of human Development. Harvard University Press, Boston 1989.
- Brown K, Creed-Kanashiro H, Dewey K. Optimal Complementary feeding practices to prevent malnutrition in developing countries. Food Nutr Bull 1995; 16: 320-338.
- Bushnell EW, Boudreau JO. Motor development and the mind: the potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development. Child Devel 1993; 64: 1005-1021.
- Calvo E et al. Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación, junio 2001.
- Carnegie Corporation: Starting points. Meeting the needs of our youngest children. New York, 1994.
- Chokler M. Los organizadores del desarrollo. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1988.
- Chokler M. El bebé hipotónico. Rev. La Hamaca Nº 9, Buenos Aires, 1992.

- Chokler M. Neuropsicosociología del desarrollo, marco conceptual para la práctica de la Atención Temprana. La Hamaca N° 9, Buenos Aires, 1998.
- Comité de Nefrología SAP. Arch. Arg. Ped. 2001; 99(1).
- Convertini G, Krupitzky S. Dos pruebas oftalmológicas para pediatras. Arch. Arg. Ped. 1991; 89:52-55.
- Convertini G, Krupitzky S. Normatización para el control del sistema visual. Arch. Arg. Ped. 1998. Vol 96 N° 1.
- De Truchis, Ch. El despertar al mundo de tu bebé. Editorial Oniro, Barcelona, 2003.
- Dewey KG, Heining MJ, Nommsen LA, Lonnerdal B. Adequacy of energy intake among breast fed infants in the DARLING study: relationships to growth velocity, morbidity and activity levels. 1991. J Pediatr; 119:538-47.
- Díaz A, Klass R, Pedra C, Raineri F, Grad E, Ramírez P, Del Bene G, Wislow L, Levav I. Encuesta sobre oferta y necesidades de acompañamiento familiar para la crianza. PMI, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, OPS, 2000.
- Díaz A, Raineri F, Hernandez F. Guías de Atención de niños y niñas. Maestría de Salud Pública, UBA, 2002.
- Dicandia A, Krupitzky S. Desarrollo normal en el primer año de vida. PRONAP, SAP, Módulo 4, 1997.
- Dolto F. La causa de los niños. Paidós, 1996.
- Estudio CLACYD. Perfiles epidemiológicos de alimentación, crecimiento y desarrollo en los 2 primeros años de vida. Córdoba, Argentina: EUDECOR. Publicación N° 2, 1997.
- Estudio CLACYD. Estándares de crecimiento de la ciudad de Córdoba para niños de 0 a 4 años. Peso, Talla y Perímetro Cefálico. Córdoba, Argentina Publicación N° 3, 1999.
- Falk J. Mirar al niño. La escala de desarrollo Instituto Pikler (Lóczy), Ariana, Fund. Ari, Buenos Aires, 1997.
- Falk J. Cuidados corporales y prevención. Rev. La Hamaca, año 2, N° 5, 1993.
- Falk J, Maajoros M. Las primeras semanas de su bebé, Octaedro-Rosa Sentat, 2002.
- Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruszka ME, Wong CA, Carey AE. Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. Pediatrics Vol.78. No.2, 1986.
- Gutman, L. La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Editorial del Nuevo extremo, 2002.
- Habicht JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. Bol Of Sanit Panam; 1974, 76:375-84.
- Hoffmann JM. El desarrollo en el primer año de la vida. Los árboles no crecen tirando de las hojas. Editorial del Nuevo Extremo, 2002.

- Holmes SJ, Robin LN. The rol of parental disciplinary practices in the development of depression and alcoholism. *Psychiatry* 1988; 51:14-23.
- Klaus M, y Kennell J. La relación madre - hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Panamericana, 1978.
- Lawrence R. La lactancia materna, Mosby, 4ª ed., 1996.
- Lefkowitz MM, Eron LD, Walder LO, Huesmann LR. Growing up to be violente: a longitudinal study of the development of aggression. Pergamon Press, Inc., New York.
- Lejarraga H. La supervisión del crecimiento. Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias. Washington DC. OMS. Publicación científica Nº 510, 1988.
- Lejarraga H, Krupitzky S. et al. Organización de un estudio nacional para la evaluación del desarrollo psicomotor infantil con un programa de entrenamiento para pediatras. *Arch. Arg. Ped.* 1996. Vol 94 Nº5.
- Lejarraga H, Krupitzky S et al. Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños sanos argentinos menores de 6 años. *Arch. Arg. Ped.* Vol 94, Nº6. 1996.
- Marcondes E. En Falkner F, Evaluación del crecimiento desde la edad fetal hasta los dos años de edad. *Nutrición clínica en la infancia.* 1985 Vevey/Raven Press, New York.
- Martorell R, Mendoza F, Castillo R. Poverty and stature in children. Linear growth retardation in less developed countries. Nestlé Nutrition Workshop Series, Vol. 14. Nestec Ltd. Vevey/Raven Press, Ltd, New York.
- Mc Cord J. Parental behaviour in the cycle of aggression. *Psychiatry* 1988; 51: 24-36.
- Ministerio de Salud de la Nación. Cuidando al bebé. Acompañando a la familia en el proceso de desarrollo del niño. Guía para el equipo de salud, 2002.
- National Center for Education in Maternal and Child Health. Bright futures Guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. Anticipatory guidance cards, 1998.
- O'Donnell A, Carmuega E, Machain Barzi C. Recomendaciones para la alimentación de niños normales menores de 6 años. Publicación CESNI Nº 12.
- O'Donnell A. Una visión de la problemática nutricional de los niños argentinos. Salud y calidad de vida de la niñez argentina. Documentos y discusiones del Taller Realizado en Villa La Angostura/Neuquén/República Argentina, 1998.
- O'Donnell et al. La alimentación del niño menor de 6 años en América Latina. Bases para el desarrollo de Guías alimentarias. OPS. OMS CESNI. Fundación Cavendes. Caracas, Venezuela, 1993.
- OMS. ISBN: 92 75 32220 1. NNE 01. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. PALTEX. CESNI. Fundación CAVENDES.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud de la niñez". 42º CONSEJO DIRECTIVO, 52º Sesión del Comité Regional. Washington DC 25 al 29 de Septiembre de 2000.

- Organización Panamericana de la Salud. Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes. HPP/HPF/95-25.
- Organización Panamericana de la Salud. Serie HCT/AIEPI/4.E Acciones de salud materno infantil a nivel local según las metas de la cumbre mundial a favor de la infancia.
- Pérez, A. Curso “Familia y Pediatría”. Htal. Sor María Ludovica, La Plata, 1988.
- Pollit E et al. Early supplementary feeding and cognition. Monographs of the Society for Research in child Dev. Vol 5, Nº 7, 1993.
- Piaget J. La construcción de lo real en el niño. Nueva Visión, Buenos Aires, 1976.
- Pikler E. Moverse en libertad. Narcea, Madrid, 1985.
- Quiroga A P de. Matrices de aprendizaje. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1994.
- Raineri, ML. La mirada de los bebés y su desarrollo temprano. Rev. La Hamaca, Nº 12, 2002.
- Rodrigo MA. Desarrollo del niño de 1 a 5 años. PRONAP, SAP, Módulo 2, 1998.
- Rodrigo MA. Prácticas de crianza. Iniciativa para la atención nutricional y desarrollo infantil. UNICEF, 2000.
- Ruiz E, Moldes J, de Badiola F et al. Dificultades y controversias en el manejo del prepucio en la infancia. Arch. Arg. Ped. 2001; 99(1): 80-83.
- SAP. UNICEF. Guía de Salud Nº 1. El bebé, 2002.
- SAP. Guías de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años. Buenos Aires, 2001.
- Sharma RK, Rutstein SO. Comparative Analysis of the Determinants of Infant Feeding Practices. Demographic and Health Surveys. World Conference. Washington DC, 1991 Vol.: 403-427.
- Spitz R. El primer año de vida del niño. Aguilar, Madrid, 1966.
- Strassberg Z, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Spanking in the home and children's subsequent aggression toward kindergarten peers. Development and Psychopathology 1994; 445-461.
- Super C, Harkness S. The developmental niche. Int. Journal of behavioral Dev. Vol 9, 1987.
- Szanto-Feder A. Afectos y manifestaciones tónico-musculares. Rev. La Hamaca, 1992.
- Szanto-Feder A. Conferencia en Curso “La Pediatría a la escucha del niño pequeño”, La Plata, 1999.
- Szanto-Feder A. ¿Se debe enseñar motricidad a los bebés pequeños? La Hamaca Nº 2, Buenos Aires, 1993.
- UNICEF ARGENTINA-SAP. Guías en Salud. El niño de 2 a 5 años. Buenos Aires, 1995.
- UNICEF-OMS. Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales amigos del niño. 1993.

- Van Der Gaag: Investing in the future. Presentación realizada en la conferencia sobre “Early Child Development”.
- Van Der Gaag: Early Child Development: An Economic Perspective: Cost and Financing of Early Child Development. En Young M: Early Child Development: Investing in our Children’s future.
- Wallon H. Del acto al pensamiento. Lautaro, Buenos Aires, 1965.
- Wallon H. Los orígenes del pensamiento en el niño. Lautaro, Buenos Aires, 1965.
- Waterlow JC. Malnutrición proteico-energética. Organización Panamericana de la Salud , Washington, 1996.
- WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. Bull WHO, 73 (2): 165-74, 1995.
- Winnicott D. Conozca a su niño. Paidós, Barcelona, 1994.
- Winnicott D. La familia y el desarrollo del individuo. Horme, Buenos Aires, 1984.
- Winnicott D. El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. Paidós, Buenos Aires, 1993.
- Winnicott D. Los bebés y sus madres. Paidós, Buenos Aires, 1991.
- Winnicott D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Laia, Barcelona, 1981.
- Winnicott D. Realidad y juego. Granica, Buenos Aires, 1972.

