

4

TEMA

Desarrollo psicomotor. Factores de riesgo y signos de alerta para enfermería

M^a Dolores Medina Romero y José M^a Garrido
Miranda

Entendemos por "desarrollo psicomotor" del niño la progresiva adquisición de competencias en lo referente al control y conocimiento de su cuerpo y a la relación con el entorno humano y físico. El término psicomotor nos indica los aspectos tanto mentales o psíquicos como de los movimientos o motrices. El conocimiento del desarrollo psicomotor es importante para su comprensión como proceso complejo y dinámico que es consecuencia de una maduración neurobiológica en continua relación con aspectos psicológicos y sociales.

El desarrollo del niño pequeño depende de:

- La maduración del sistema nervioso.
- El mundo que le rodea y le da lo que necesita para su crecimiento personal.
- El proceso interno de estructuración de su pensamiento y personalidad.

Es necesario conocer el desarrollo normal para poder detectar las posibles anomalías del mismo (retraso mental, parálisis cerebral, disfunción cerebral mínima. etc.). Hay veces en las que es fácil percibir la desviación de la normalidad, pero en otras ocasiones es más complicado.

Una valoración correcta del desarrollo psicomotor permite el diagnóstico y el tratamiento precoz, esto es, la curación o bien la instauración de un programa rehabilitador. Las posibilidades correctoras de la mayoría de las alteraciones neurológicas va a depender de la precocidad en el diagnóstico.

Los datos que obtengamos de cada niño los tenemos que comparar con los datos teóricos de la normalidad y así establecer la normalidad o no del desarrollo psicomotor.

"Sólo se puede decir que cuanto más lejos del promedio se encuentre un niño en cualquier aspecto, es menos probable que sea normal" (Illingworth).

El desarrollo no se realiza de forma rígida, así el niño puede alcanzar la marcha independiente:

- a) Poniéndose de pie sin pasar por la fase de gateo.
- b) Reptando, gateando, andando.
- c) Desplazándose sobre las nalgas (shuming).
- d) Rodando sobre sí mismo y después adoptando una de las posibilidades anteriores.
- e) Las desarmonías del desarrollo consisten en retardo cronológico en un área circunscrita del desarrollo, siendo en las restantes áreas normal. Esto se recupera con el tiempo sin dejar secuelas aparentes. Así hay niños que adquieren la motricidad fina a su edad, y sin embargo tienen retraso en otras adquisiciones como la sedestación, gateo, marcha ,etc. sin signos de disfunción neurológica.

1. REACCIONES ARCAICAS. CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA PRÁCTICA

Los reflejos o reacciones arcaicas se definen como una serie de respuestas que pertenecen a diferentes categorías , ya que unas son propiamente reflejos, otras son sinergias y otros automatismos (tabla 1).

- **Reflejos:** son la respuesta más primitiva, correspondiendo a los reflejos de estiramiento o profundos y superficiales: corneal, bicipital, etc.
- **Sinergias:** precisan un nivel de intervención de circuitos polisinápticos, reflejo de Moro.
- **Automatismos:** son la base de actividades instintivas futuras y se encargan de la supervivencia individual: succión, búsqueda, marcha primaria, enderezamiento, etc.

1) **Barkin.** Al apretar al recién nacido las manos, el niño llora, se excita y abre la boca.

2) **R. Búsqueda O "Rooting Reflex".** Al frotar las comisuras labiales o los labios, el niño inclina los labios y la lengua hacia el estímulo.

3) **Succión.** Presión y chupeteo de un objeto introducido en su boca.

4) **Marcha Automática.** En suspensión vertical y algo inclinado hacia delante se provoca el roce con el plano inferior provocando unos pasos.



5) **Tónico-Cervical.** (R. de Magnus y Klein). Al girar pasivamente la cabeza se extienden las extremidades de ese lado y se flexionan las contralaterales. Un reflejo persistente, no transitorio es siempre patológico.

6) **Suprapúbico.** Al presionar encima del pubis se produce una extensión tónica de las piernas con aducción, rotación interna, equino de los pies y separación de los dedos.

7) **Extensión Cruzada.** Al flexionar pasivamente una extremidad inferior la otra tiene una respuesta en extensión con aducción, pie en equino y separación en abanico de los dedos.

8) **Reflejo de Moro.** En decúbito supino levantar el tronco 45° y soltar, se produce abducción del hombro con extensión del codo, seguido de aducción del hombro con flexión del codo. También se puede producir con una palmada, etc.

9) **Enderezamiento.** Haciendo presión sobre los pies del niño se produce un enderezamiento progresivo desde la zona caudal a la apical.

10) **Galant.** Suspendido el niño por el vientre, se hace una presión paravertebral desde el ángulo escapular inferior hasta encima de la cresta ilíaca, produciéndose una contractura hacia el lado estimulado.

11) **R. Acústico-Facial.** Parpadeo al hacer un ruido brusco. Aparece en la 3ª semana de vida.

12) **R. Óptico-Facial.** Parpadeo al aproximar un objeto al ojo. Aparece a los 4 meses de vida.

13) **Prensión Palmar.** Al introducir un objeto en la palma de la mano, lo agarra.



14) **Prensión Plantar.** Al presionar la almohadilla plantar se flexionan los dedos.

	RN	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	7 m	8 m	9 m	1 a	2 a
BARQUIN	█	█	█									
BÚSQUEDA	█	█	█	█								
SUCCIÓN	█	█	█	█								
M. AUTOMÁT	█	█										
TON-CERVIC.	█	█	█	█								
EXT.CRUZADA	█	█										
SUPRAPÚBICO	█	█										
MORO	█	█	█	█	█							
ENDEREZAM	█	█	█									
GALANT	█	█	█	█	█							
R.A.F		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
R.O.F.						█	█	█	█	█	█	█
R.PALMAR	█	█	█	█	█	█	█					
R.PLANTAR	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█		

█ Periodo normal de aparición.

Tabla 1. Reflejos-tipos.

2. DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

2.1. ETAPA DE RECIÉN NACIDO.

a) **Motricidad general:** está condicionada por los reflejos arcaicos, la posición fetal y la inestabilidad del control cefálico. Algunos reflejos como el de los puntos cardinales o el de succión, le son muy útiles. El niño reacciona a los estímulos con movimientos globales. Predomina la posición fetal con flexión de extremidades e hipotonía de cabeza y tronco. En decúbito prono hace movimientos reflejos de reptación y puede liberar las vías respiratorias lateralizando la cabeza. En supino patatea alternativamente. En posición de sentado existe una marcada cifosis de tronco y la cabeza se vence hacia delante.



b) **Manipulación:** está dominada por el reflejo de "presión palmar" y la flexión predominante de extremidades. Las manos permanecen cerradas casi todo el tiempo.

c) **Función visual:** puede fijar la mirada en nuestra cara también hay respuesta a los cambios de luz, orientándose hacia la luz. En un recién nacido la agudeza visual es 1/3.

d) Función auditiva: el recién nacido es muy sensible a la intensidad de los sonidos. La voz de la madre lo tranquiliza. Lateraliza la cabeza hacia el sonido en determinadas condiciones.

e) Lenguaje: con el llanto expresa todas sus necesidades.

f) Nivel adaptativo-social: cuando lo cogemos en brazos se tranquiliza, también cuando lo mecemos o acariciamos o damos el pecho. Las habilidades perceptivas están más desarrolladas que las motrices.

2.2. EL NIÑO DE 1 MES.

a) Motricidad general: la tonicidad muscular ha mejorado. La respiración es más regular. También ha mejorado la succión y deglución. La motricidad sigue condicionada por los reflejos arcaicos. La actitud corporal sigue siendo en flexión y se mantiene la inestabilidad de la cabeza. Los movimientos que realiza son bruscos e incoordinados. Puede lateralizar la cabeza y separarla momentáneamente del plano de la cuna. Las extremidades inferiores las extiende de forma intermitente realizando movimientos de reptación. Da pequeñas patadas. Los codos se mantienen todavía flexionados. En decúbito supino mantiene las extremidades en flexión y puede mantener la cabeza en la línea media durante unos segundos. En posición vertical todavía no controla la cabeza.



b) Manipulación: el reflejo de presión palmar persiste. Va disminuyendo la tendencia a tener las manos cerradas. Puede llevarse la mano a la boca de forma involuntaria.

c) Función visual: tiene un interés especial por el rostro humano y puede sonreír a la madre mirándola intensamente cuando le habla. La luz atrae su mirada.

d) Función auditiva: reacciona claramente a los ruidos fuertes. Se calma con la voz de los padres.

e) Lenguaje: emite sonidos guturales de carácter emocional. Habitualmente se consuela y deja de llorar cuando la madre lo coge en brazos o le habla. Puede emitir sonidos vocálicos entre "a" y "e" guturales asociados a "j" suave.

f) **Nivel adaptativo-social:** el niño es más receptivo a la voz y a la cara de la madre. Disfruta de actividades como el baño. Aparece la "sonrisa social" que el niño manifiesta cuando la madre le proporciona bienestar. Duerme bastantes ratos. No le gusta que lo estimulen demasiado.

2.3. EL NIÑO DE 2 MESES.

a) **Motricidad general:** los reflejos arcaicos, aunque no todos tienden a desaparecer. Va disminuyendo la flexión de las extremidades. En decúbito prono, la cabeza la apoya sobre un lado y la levanta iniciando la extensión cervical. Por unos segundos, puede levantar la cabeza formando un ángulo de 45° con el plano de la cuna. Los codos y hombros permanecen aún flexionados, pero con más flexibilidad hacia la extensión. En supino patalea vigorosamente de manera simétrica y alternante. En la posición de sentado, la espalda se endereza un poco iniciándose la extensión a nivel



cervical y dorsal alto. Progresa el control de la cabeza, que mantiene unos segundos en la vertical, aunque sigue siendo vacilante. En la maniobra del paso de supino a sentado sujetado por los antebrazos, la cabeza permanece retrasada en relación al tronco. En el inicio del paso de sentado a supino hacia intentos para evitar la caída, hacia atrás, de la cabeza.

b) **Manipulación:** las manos se mantienen frecuentemente abiertas. El reflejo de presión disminuye.

c) **Función visual:** mira los objetos que están en su campo visual y puede hacer un seguimiento incompleto. Prefiere el movimiento de personas al de objetos.

d) **Función auditiva:** se interesa por diferentes sonidos. Reacciona a la voz humana suave.

e) **Lenguaje:** ya emite vocalizaciones que son conjuntos de vocales formados únicamente por la boca, que traducen habitualmente un estado de bienestar, son sonidos universales. Los sonidos guturales son cada vez más complejos.

f) **Nivel adaptativo-social:** el niño va siendo cada vez más sensible a su entorno inmediato. Se mantiene más tiempo despierto. Es más expresivo y activo. Aparece la primera sonrisa intencional en respuesta a la mirada y al habla de la madre. Parece buscar estimulaciones.

2.4. EL NIÑO DE 3 MESES.

a) **Motricidad general:** la motricidad refleja se va integrando en la voluntaria. Los movimientos de las extremidades están poco coordinados. En decúbito prono levanta la cabeza con más facilidad y por más tiempo. La cara alcanza un ángulo de 45 a 90° con el plano de la cuna. Hay una extensión armónica del tronco y se mantiene apoyado en los antebrazos. La pelvis reposa plana en la cuna. En decúbito supino hace movimientos de flexión y extensión de piernas. En sedestación hace una extensión cervical y dorsal pudiendo mantener la cabeza erguida durante más tiempo. La cifosis dorsolumbar va disminuyendo. Sostenido en vertical, al apoyar las plantas de los pies en una superficie lo hace con las caderas en abducción y las piernas flexionadas.

b) **Manipulación:** las manos permanecen generalmente abiertas. Hay presión al contacto o involuntaria cuando se coloca un objeto en contacto con la mano y esto provoca que la abra, la cierre y lo retenga por unos instantes. Tiene mucho interés por sus manos, que mira y puede llevarse a la boca.

c) **Función visual:** mira durante tiempo la cara de la madre. Se mira las manos. Gira la cabeza para seguir un objetivo que se desplaza. Puede desplazar la mirada de un objeto a otro. Hace una persecución óptica vertical hacia arriba.

d) **Función auditiva:** busca con la mirada el lugar de origen de un sonido que está dentro de su campo visual. Presta mucha atención cuando se le habla.

e) **Lenguaje:** puede emitir gritos tanto cuando está alegre como cuando está enfadado. Va ampliando la variedad de sonidos. Lloro menos y se comunica mejor cuando se interesan por él. Ya utiliza algunas consonantes. Es la edad del balbuceo en forma de vocalizaciones prolongadas. Manifiesta placer cuando lo hace. Se mantiene atento a las conversaciones.

f) **Nivel adaptativo-social:** el niño ha aumentado el tiempo de alerta, estando más abierto a su mundo. Las vocalizaciones son más prolongadas y expresa sus sentimientos mediante gestos. Se consolida la sonrisa alegre en respuesta a la mirada humana. La proximidad de la madre le suele calmar. Le gusta estar en compañía y mira mucho las caras. Los hábitos de sueño suelen estar ya bien organizados aunque todavía se puede despertar por la noche.

2.5. EL NIÑO DE 4 MESES.

a) **Motricidad general:** en decúbito prono puede levantar la cabeza y el tórax de manera cada vez más estable y apoyándose en sus antebrazos, pudiendo llevar la cara a un ángulo recto con la cuna. Las piernas las suele mantener en extensión, realizando movimientos de flexión y extensión con las cuatro extremidades: en esta posición, la pelvis queda completamente plana sobre la cama. Intenta girar a decúbito lateral. En la maniobra

del paso a sentado desde supino, la cabeza ya va alineada con el tronco y hace una elevación activa de las piernas, que a su vez flexiona. En la posición de sentado, mantiene la cabeza en vertical de manera continuada. Va disminuyendo la cifosis dorsolumbar. Sostenido en vertical y al apoyar los pies sobre una superficie, disminuye la flexión de piernas.

b) Manipulación: junta las manos. Inicia el acercamiento vacilante y conjunto de las dos manos al objeto. Se lleva los objetos a la boca. Juega con los dedos de la mano.

c) Función visual: puede ver objetos a diferentes distancias y percibir pequeños detalles. La convergencia ocular le permite la visión binocular. Mantiene más el interés y los periodos de observación son más largos. Puede observar un juguete que tenga en la mano. Alcanza los 180° en la persecución óptica horizontal.

d) Función auditiva: la agudeza auditiva ya está bien adquirida. Identifica ruidos familiares girando la cabeza hacia la dirección adecuada.

e) Lenguaje: ha mejorado la calidad de su voz y su entonación se hace más variada. Forma melodías de sonidos tanto vocálicos como consonánticos asociados. Va ampliando las consonantes utilizadas. Pueden aparecer sonidos como la "v" y labiales como la "m" y la "b". Demuestra alegría con la emisión espontánea de sonidos. Ríe a carcajadas.

f) Nivel adaptativo-social: es una edad de gran importancia para la socialización. Se encuentra alegre incluso delante de extraños. Todo le interesa. Va alargando los periodos de vigilia. Conoce muy bien a los padres. Continúa observándose las manos que cruza, toca y golpea. Reconoce el biberón si lo utiliza.

2.6. EL NIÑO DE 5 MESES.

a) Motricidad general: boca abajo levanta la cabeza y gran parte del tronco apoyándose en los antebrazos o las palmas de las manos. Tiene gran actividad y extiende brazos y piernas. Intenta pasar a decúbito. En esta posición se toca las piernas con las manos. En el paso a sentado desde supino participa activamente avanzando la cabeza con relación al tronco. Si lo mantenemos de pie, mantiene gran parte de su peso.

b) Manipulación: aparece la presión voluntaria. Es capaz de coger voluntariamente y con dificultad los objetos que le queden próximos, los cuales se llevan a la boca. Es una presión ya bimanual, palmar, global, imprecisa....

c) Lenguaje: es similar al de los cuatro meses, diferenciándose mejor las consonantes. Mira con interés las bocas y escucha atentamente los diferentes sonidos. Le interesa mucho la voz humana. Va asociando el lenguaje y la comunicación a un proceso de afectividad y de bienestar.

d) Nivel adaptativo-social: aparece la presión voluntaria. Esto le ayuda en el proceso de ir comprendiendo que el objeto es algo diferente de él, que está fuera. Si el objeto desaparece, aún no lo busca. Delante del espejo se muestra intrigado con el reflejo

de su imagen. Pide más atención. Necesita estar al lado de los padres para comunicarse y sentirse seguro. Va diferenciando las tonalidades afectivas del lenguaje y la mímica. Los espacios de sueño comienzan a acotarse. Puede despertarse intranquilo.

2.7. EL NIÑO DE 6 MESES.

a) **Motricidad general:** en decúbito prono levanta la cabeza, tórax y parte del abdomen apoyada por momentos en sus manos y llevando la cabeza hacia atrás. Si en supino la madre le pone los pulgares en sus manos, tracciona y puede sentarse. Comienza a cogerse los pies y casi va profundizando en el descubrimiento de su cuerpo. Sentado puede mantenerse con un mínimo de soporte y comienza a apoyarse en sus manos puestas delante. La espalda está recta o con cifosis mínimo lumbar. El control de la cabeza ya está conseguido. Si lo ponemos de pie extiende caderas y rodillas, y mantiene una gran parte de su peso.

b) **Manipulación:** la presión voluntaria global, con toda la mano, está bien adquirida. De una presión palmar más cubital va pasando a una más radial. Palpa superficies con la palma de la mano.

c) **Función auditiva:** localiza con seguridad un sonido girando la cabeza y dirigiéndole la mirada.

d) **Lenguaje:** es el inicio del balbuceo o encadenamiento de sílabas. Controla mejor el caudal de sus expresiones vocales y puede variar su volumen. Va tomando conciencia de los diferentes tonos.

e) **Nivel adaptativo-social:** manifiesta mucho interés por los objetos y alterna su exploración entre las manos y la boca. Comienza a manifestar un comportamiento diferente frente a desconocidos. Es sensible a la entonación y volumen de la voz humana. Le gusta el sonido de su voz. Las pronunciaciones verbales se acompañan de movimientos de extremidades. Puede seguir con la mirada un objeto que cae al suelo. En general acepta bien el momento de comer. Deja de mirarse las manos.

2.8. EL NIÑO DE 7 MESES.

a) **Motricidad general:** en prono se apoya sobre las manos y puede separar una mano del suelo para coger un objeto. En decúbito puede voltear de prono a supino. En supino se coge los pies y puede llevarlos a la boca. Si le ofrecemos un dedo para cogerse, se levanta por sí mismo para sentarse. En la posición de sentado puede mantenerse unos instantes con el apoyo de las manos por delante. Mantenido de pie sobre una base le gusta saltar y agacharse y se mantiene unos instantes.

b) **Manipulación:** inicia las tentativas de presión en pinza inferior (con la base del pulgar y parte lateral del índice). Puede retener un objeto en cada mano. Se pasa objetos

de una mano a otra. Puede dejar un objeto cuando lo desea. Los movimientos de las manos son todavía imprecisos. Juega con manos y pies. Progresa en la inspección manual de objetos.

c) Lenguaje: perfecciona el laleo con una mejor diferenciación de las sílabas. Utiliza las pronunciaciones verbales para llamar la atención de las personas que le rodean. Puede cantar.

d) Nivel adaptativo-social: es un mes transitorio en la vida del lactante. Está muy interesado en todo lo que le rodea. Puede estar sólo, pero la presencia de la madre es primordial. Diferencia a la madre de otras personas. Sigue con atención las actividades de la persona que lo cuida. Comienza a llorar si la madre se aleja. Puede encontrar un objeto escondido detrás de una pantalla. Puede comer sólo un trozo de galleta.

2.9. EL NIÑO DE 8 MESES.

a) Motricidad general: en decúbito prono puede iniciar el paso a la posición de gateo. Puede hacer el volteo en los dos sentidos. Generalmente puede mantener una sedestación bastante estable, pero poco mantenida. Sentado puede apoyarse delante o lateralmente. Se mantiene de pie si lo cogemos de ambas manos.

b) Manipulación: va perfeccionando la presión en pinza inferior que va siendo más distal. Puede dejar el objeto de una mano para coger otro. Juega a lanzar objetos.

c) Lenguaje: vocaliza cuando ve personas u objetos, como si quisiera contactar con ellos. Intenta modular sus combinaciones fonéticas. Puede iniciar la duplicación silábica. El niño se habla a sí mismo y a los demás. Puede susurrar.

d) Nivel adaptativo-social: al controlar la sedestación avanza hacia su independencia de movimientos y de relación con el entorno. Su presión es cada vez más precisa y le gusta coger un objeto en cada mano. También le gusta lanzar objetos para oír el ruido. Le gusta el juego del espejo y sonrío al observar su imagen. El espejo le proporciona una vía para el reconocimiento de todo su cuerpo. Sacude el sonajero. Busca la presencia de la madre para sentirse seguro. Puede extender los brazos para que le cojan. Comienza a imitar a los adultos. Lloro en presencia de extraños. Es muy sensible a las separaciones de la madre, que pueden provocarle una fuerte ansiedad.

2.10. EL NIÑO DE 9 MESES.

a) Motricidad general: en prono pasa a la posición de gateo e intenta gatear. Puede rastrear sobre el abdomen hacia delante. Le gusta voltear para desplazarse. Cuando está sentado puede inclinarse hacia adelante sin perder el equilibrio, pero le gusta hacerlo hacia los lados. La reacción de apoyo lateral está ya establecida. Inicia el paso de sentado a decúbito prono. Puede iniciar el paso a bipedestación apoyándose en los muebles, pero

cae fácilmente. De pie y apoyado en un soporte puede mantener el equilibrio y todo su peso por unos segundos.

b) Manipulación: puede coger objetos pequeños haciendo presión en pinza inferior. Esto le da más independencia manual. Aproxima un objeto a los padres, que no llega a entregar en una primera fase. Con el dedo índice toca detalles de los juguetes. Puede golpear dos objetos entre sí.

c) Lenguaje: ya hace duplicación silábica, pero sin un significativo claro. Puede decir varias sílabas diferentes que encadena.

d) Nivel adaptativo-social: el perfeccionamiento de la presión le permite más libertad de manipulación y le da muchas satisfacciones. Deja caer voluntariamente los objetos para volverlos a coger. Progresa en encontrar un objeto escondido. Continúa la gran dependencia de la madre y constantemente le dirige la mirada como si no la quisiera perder de vista. Reacciona con desconfianza delante de una persona extraña. Le encanta el juego de esconderse y mostrar la cara, que le ayuda en la elaboración mental de la separación de la madre. Puede imitar acciones sencillas, como hacer palmas.

2.11. EL NIÑO DE 10 MESES.

a) Motricidad general: ya puede gatear de manera poco coordinada, aunque una proporción de niños (15-20 %) no lo hará antes de caminar. Puede balancearse manteniéndose a cuatro patas. Con ayuda pasa de decúbito a sedestación. Sentado mantiene una postura casi permanente con la espalda recta y las rodillas extendidas. Puede ponerse de pie cogiéndose de los muebles y mantener la postura.



Motricidad general: gateo.

b) Manipulación: la pinza inferior va evolucionando hacia la pinza fina o superior, puntas de pulgar e índice en oposición. Puede coger objetos pequeños.

c) Lenguaje: utiliza tanto monosílabos como sílabas repetidas. Puede hacer una imitación bastante correcta de sílabas conocidas. Es un juego de palabras o diálogo entre madre y niño. Puede decir "adiós" con la mano imitando al adulto. Reacciona al oír su nombre.

d) Nivel adaptativo-social: le gusta ejercitar sus adquisiciones motrices, sobre todo el desplazamiento por el suelo. Se va haciendo más ágil y curioso. Quiere explorarlo todo. Puede utilizar un objeto como continente de otros. Le gusta sacar e introducir objetos de un recipiente. Adapta sus manos a las formas de los objetos, los explora con la mirada y los puede lanzar bruscamente al suelo. La reacción de desconfianza frente a los extraños es más clara.

2.12. EL NIÑO DE 11 MESES.

a) Motricidad general: puede caminar solo, cogido de las manos del adulto o de los muebles o de los muebles lateralmente. Puede gatear con coordinación cruzada y hacer la "marcha de oso" apoyándose en manos y pies. Pasa a sedestación desde decúbito sin ayuda. La sedestación permanente está bien desarrollada. Va mejorando el equilibrio en las diferentes posiciones. Mejora el paso a la bipedestación.

b) Manipulación: va perfeccionando la oposición pulgar-índice, que es prácticamente completa. Puede coger pequeños objetos con la punta del índice flexionado y el pulgar en oposición. Señala objetos con el índice.

c) Lenguaje: va utilizando un lenguaje global bastante significativo. Pueden aparecer las primeras palabras con sentido todavía amplio. Mueve la cabeza para negar. Entiende prohibiciones. Puede decir "adiós" con la mano. Busca con la mirada a la madre o al padre al nombrarlos. Comprende el significado de algunas palabras.

d) Nivel adaptativo-social: sigue interesado en introducir y sacar objetos de un continente. Esto le ayuda a comprender y asimilar los conceptos de "dentro" y "fuera". Entrega objetos cuando se le pide. Demuestra interés por las imágenes. Puede empezar a jugar con la pelota lanzándola a otra persona. También es capaz de bailar escuchando música. Va mejorando en las imitaciones de otras personas y esto le ayuda en el descubrimiento de los otros. Va tomando conciencia de que es una persona diferente. Puede mostrarse tozudo y tener momentos de ansiedad cuando no consigue lo que desea. Poco a poco va tolerando mejor las separaciones de la madre y las crisis de ansiedad por este motivo se van atenuando. Va siendo más sociable. Puede pedir ayuda. Colabora al vestirlo. Continúa con el interés por los juegos de aparecer y desaparecer, de separar y unir objetos. Le gusta jugar con la comida. Le fascina su imagen en el espejo y juega con ella.

2.13. EL NIÑO DE 15 MESES.

a) Motricidad general: ya puede caminar solo. Sube escaleras gateando. De pie se puede agachar para coger un objeto. Puede arrodillarse sin ayuda. Puede pasar solo a la bipedestación, apoyándose en el suelo, pero el equilibrio es aún precario.



b) Lenguaje: va perfeccionando su lenguaje global significativo. Ya puede decir "mamá" y "papá" de manera específica y también tres palabras más. Puede expresar mejor sus sentimientos. Puede repetir palabras sencillas. La comprensión del lenguaje avanza rápidamente.

c) Nivel adaptativo-social: el control de la verticalidad de su cuerpo le permite una exploración más completa de su entorno. Eso también afecta a su personalidad y acepta menos las limitaciones de su familia. Tiene gran interés por la práctica de los movimientos generales de su cuerpo: camina, se para, vuelve a caminar, se agacha, se arrodilla. El niño tiene necesidad de los otros para divertirse. Comienza el interés por pequeñas construcciones, por los juegos de encaje: puede imitar actividades domésticas. Demuestra interés en comer solo. Es tozudo y perseverante. Puede despertarse temporalmente por la noche.

2.14. EL NIÑO DE 18 MESES.

a) Motricidad general: puede subir escaleras cogido de la mano. Intenta saltar sobre los dos pies. Inicia la carrera con las piernas separadas. Puede caminar hacia atrás.

b) Manipulación: puede quitarse los zapatos sin cordones y algunas prendas de ropa. Puede comer solo. Le gusta hacer garabatos. Sabe hacer torres de tres cubos.

c) Lenguaje: sabe decir el nombre de uno o dos objetos conocidos. Nombra una parte de su cuerpo. Puede decir 4 o 6 palabras, aparte de "mamá" y "papá". Tiene una jerga propia. Comprende órdenes cada vez más complejas. Puede identificar con la mirada o señalando un objeto conocido.

d) Nivel adaptativo-social: destaca su vitalidad. Le gusta practicar las nuevas adquisiciones motrices (comer, subir y bajar peldaños, agacharse y levantarse, lanzar una

pelota...). Las caídas son frecuentes ya que el equilibrio es aún precario. Es muy observador e imitador. Puede imitar algún gesto facial. Le gustan los juegos en los que perseguido va a buscar un refugio. Puede liberar la agresividad con agresiones físicas. También le gusta transportar juguetes con una actividad repetida de ir y volver. Todavía participa poco en juegos colectivos con otros niños. Puede dormir continuo y tranquilo.

2.15. EL NIÑO DE 24 MESES.

a) **Motricidad general:** puede subir y bajar peldaños solo cogido de la barandilla. Ha mejorado mucho el equilibrio y ya puede correr deprisa. Puede girar en redondo, saltar sobre los dos pies, trepar, bailar y chutar una pelota con precisión.

b) **Manipulación:** los movimientos de la muñeca y antebrazo han mejorado mucho y esto le permite desarrollar capacidades como abrir y cerrar puertas, lavarse y secarse la cara, ponerse los zapatos, ponerse prendas de ropa, pasar páginas gruesas, hacer una torre de seis cubos. Puede hacer garabatos cada vez mejor e imita los trazos horizontales y verticales. Come solo correctamente.

c) **Lenguaje:** en general, es la edad de la exploración del vocabulario. Ya utiliza verbos y puede hacer frases explícitas combinando dos palabras. Puede utilizar pronombres posesivos. Nombra varios objetos habituales. Puede identificar imágenes sencillas. Nombra 4 o 5 partes de su cuerpo.

d) **Nivel adaptativo-social:** la coordinación motriz y el desarrollo del lenguaje le permiten ir progresando en su autonomía, separación de los padres y expresión de sus sentimientos. En la medida que la separación de los padres le sea emocionalmente más tolerable, también evolucionará el lenguaje y otros aspectos. Es una etapa de transición entre un vínculo acentuado con la madre y la autonomía y separación. En el momento de ir a dormir pueden aparecer conductas que retarden la separación de la madre. Le cuesta compartir los juguetes. Le gustan los juegos de movimiento, pero también los de manipulación y relación de objetos con pequeñas construcciones y encajes. Se inicia el juego simbólico. Observa a otros niños pero le cuesta jugar con ellos. El niño va demostrando sus preferencias en las actividades habituales. Puede demostrarse autoritario y opositor. Le gusta hacer las cosas solo, pero pide ayuda cuando no consigue su objetivo.

TABLA DE ADQUISICIONES FUNDAMENTALES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

	Prono	Supino	Social
Recién nacido	En tracción a sentado la cabeza cae	Postura fetal rodilla debajo del abdomen	Es capaz de fijar la mirada pero la visión es confusa
1-2 meses	En tracción a sentado la cabeza cae	Levanta la barbilla. Las rodillas ya no están debajo del abdomen. Continúa elevada la cadera	Sonrisa social. Puede seguir un objeto 90°
2-3 meses	En tracción a sentado la cabeza cae. Sosteniéndolo sentado es capaz de sujetarla	Apoyo en tórax y antebrazos. Levanta la cabeza 45°. Continúa el predominio flexor	Sigue objetos 180°. Coordinación mano-mano
3 meses	En tracción a sentado lleva la cabeza alineada con el tronco	Eleva la cabeza 45-90°. Se apoya en antebrazos. Piernas extendidas	Se mira las manos. Sujeta objetos al contacto. Balbuceos
6 meses	En tracción a sentado participa activamente agarra los pies	Apoyo sobre manos y pubis. Volteo de prono a supino	Laleos. Levanta una mano para ir a por el objeto
7 meses	Se mantiene sentado con apoyos anteriores. Volteo de supino a prono		Se cambia objetos de una mano a otra. Presión en pinza inferior
8 meses	Sedestación sin apoyos		
10 meses	Gateo. Se pone de pie agarrándose		Pinza superior. Bisílabos no referenciales
12 meses	Anda agarrado. Puede agacharse por un objeto		3-4 bisílabos referenciales
18 meses	Chuta el balón		Torre de 3 cubos. 10 palabras
2 años	Sube y baja escaleras. Salta sobre los dos pies		Frases de 3 palabras Come solo
3 años	Monta en triciclo. Salta sobre un pie		Torre de 8-9 cubos Cuenta hasta cinco Conoce 4-5 colores

3. FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALERTA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El niño va expresando por medio de su desarrollo su progresivo crecimiento como persona humana. Muchos autores han insistido en la importancia de los primeros años de vida para el futuro del niño, tanto en lo referente a la salud física como a la mental. Una situación de bienestar biológico, psicológico y de entorno se traducirá en un desarrollo sano que conduzca a un adulto también sano. Al contrario, problemas biológicos, psicológicos o un entorno inadecuado que no ayuden al niño, pueden conducir a un desarrollo anómalo

y a un adulto insatisfecho, aislado o con retraso. La salud del adulto depende en gran medida de la salud en los primeros años de vida.

En la valoración de enfermería del desarrollo psicomotor es necesario tener en cuenta dos cuestiones importantes:

- a) La primera es la consulta de la familia. Cuando una familia consulta por una preocupación sobre el desarrollo de su hijo, hay que acogerle y evitar la negación absoluta del profesional que dificulta su seguimiento en visitas posteriores.
- b) La segunda es que ningún instrumento de valoración del desarrollo (test o tabla) puede sustituir el sentido común y la experiencia del profesional. La observación de enfermería repetida y atenta del niño pequeño, de cómo se mueve, habla, o se relaciona, es su mejor instrumento de valoración.

3.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y FACTORES DE RIESGO.

Concepto: por factor de riesgo en el desarrollo se entiende la situación conocida que ha vivido o vive un niño que puede causar o condicionar un desarrollo anómalo.

Su conocimiento nos va a permitir estar más atentos al desarrollo de estos niños y hacer un seguimiento más completo y frecuente. En el aspecto conceptual debemos saber que un niño en situación de riesgo pasado o presente puede tener un desarrollo normal. En determinadas situaciones de riesgo psicosocial puede plantearse una intervención o ayuda a pesar de que el desarrollo del niño sea normal en aquel momento, estos datos los obtiene enfermería después de la valoración y entrevista.

Los factores de riesgo se clasifican en:

- a) **Factores de riesgo biológico.** Hacen referencia a situaciones genéticamente determinadas o no, que pueden haber provocado una lesión del Sistema Nervioso Central o de otros tejidos que pueden impedir o dificultar su desarrollo normal.
- b) **Factores de riesgo psicosocial.** Hacen referencia a situaciones del entorno del niño no adecuadas o adversas para un desarrollo normal del niño.

Es conveniente pensar en la manera para hacer llegar nuestra ayuda en las situaciones de riesgo psicosocial. La colaboración con los servicios sociales suele ser muy valiosa en este sentido.

Cuando en un mismo niño se dan factores de riesgo biológico y psicosocial, situación bastante frecuente, las posibilidades de un desarrollo anómalo son muy altas. En estos casos se puede hablar de "efecto multiplicador".

Según la Academia Americana de Pediatría, este sería el listado de los factores de riesgo biológico:

1. Peso al nacimiento < 1500 g o tiempo de gestación menor a 34 semanas.
2. R.N de bajo peso para la edad gestacional.
3. Asfixia perinatal.
4. Test de Apgar < de 3 a los 5 minutos y con evidencia clínica de disfunción neurológica.
5. Retraso de inicio o ausencia de respiración espontánea de más de cinco minutos que requiera ventilación mecánica.
6. Evidencia clínica de anomalías del SNC.
7. Hiperbilirrubinemia superior a 20 mg/dl en RN a término sanos en RN pretérmino las cifras son inferiores.
8. Trastornos genéticos, dismórficos o metabólicos específicos o una historia de estos trastornos en el niño, hermano u otro familiar.
9. Historia de infección prenatal o del RN.
10. Anomalías psicosociales.

Este listado se refiere sobre todo a factores biológicos, incluyendo de pasada los psicosociales, por ello ofrecemos a parte otra lista con los "Factores de riesgo psicosociales":

- Familia en situación de pobreza.
- Progenitores adolescentes (familia prematura).
- Progenitor con trastorno mental o emocional importante (incluye drogadicción y enfermedad depresiva).
- Progenitor con deficiencia sensorial severa.
- Presencia de signos que hacen pensar en desinterés de la madre o el padre en los cuidados del niño (nutrición y/o higiene deficientes, falta de controles médicos, signos de maltrato físico, comentarios negativos repetidos sobre el niño, anomalías en la interacción afectiva entre progenitor y niño...).
- Desacoplamiento entre el temperamento del niño y las expectativas del entorno hacia él.
- Familia con algún otro hijo institucionalizado.
- Progenitor con conductas antisociales.
- Familia sin soporte adecuado del entorno social (aislamiento familiar).
- Familia numerosa y con problemas económicos importantes.
- Familia residente en vivienda muy deficiente.
- Familia con historia de malos tratos a otro hijo.
- Situaciones que han comportado separaciones prolongadas entre el niño y sus progenitores. Por ejemplo: niño criado en una institución.

Delante de un niño que se encuentre en una de estas situaciones es conveniente evitar poner la etiqueta de "niño de riesgo social", que lleve a un pesimismo e infravaloración de nuestras posibilidades de ayuda.

3.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Algunas de las intervenciones que enfermería puede realizar con los niños en los que tras la valoración se hayan detectado alteraciones del desarrollo son:

- **Fomentar el desarrollo: niño. 8274.**

Las actividades de enfermería para ello serán:

- Establecer una interacción individual con el niño.
- Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.
- Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.
- Enseñar a los cuidadores los hitos de desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos.
- Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.
- Facilitar el contacto de los cuidadores con los recursos comunitarios, si procede.
- Remitir a los cuidadores a grupos de apoyo, si procede.
- Facilitar la integración del niño con sus iguales.
- Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal.
- Abrazar o mecer y consolar al niño, especialmente cuando esté angustiado.
- Crear un espacio seguro y bien definido que el niño explore y en el que aprenda.
- Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad.
- Escuchar y hablar de música.
- Animar al niño a que cante y baile según su edad.
- Enseñar al niño a que obedezca instrucciones.
- Ser coherente y estructurado con las estrategias de manejo/modificación de la conducta.
- Redirigir la atención, cuando sea necesario.
- Proporcionar la oportunidad de armar puzzles y laberintos.
- Enseñar al niño a reconocer y manipular formas.

- **Fomentar la implicación familiar. 7110.**

Las actividades de enfermería serán:

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar los déficit de autocuidados del paciente.
- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo.
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede por la edad o la enfermedad.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Reconocer y respetar los mecanismos para enfrentarse con los problemas utilizados por la familia.
- Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia.
- Facilitar el control familiar de los aspectos médicos de la enfermedad por parte de los miembros de la familia.

- **Fomentar la normalización familiar. 7200.**

Las actividades de enfermería serán:

- Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia.

- Ayudar a la familia a que vea al niño afectado primero como a un niño, en lugar de como a una persona enferma crónica o discapacitada.
- Dar la oportunidad al niño para que tenga experiencias normales de la niñez.
- Fomentar la interacción con otros niños normales.
- Animar a los padres a que hagan parecer al niño lo más normal posible.
- Determinar la accesibilidad y la capacidad del niño para participar en actividades.
- Establecer las adaptaciones necesarias para acomodar las limitaciones del niño, para que pueda participar en actividades normales.
- Ayudar a la familia a alterar el régimen terapéutico prescrito para que se adapte al horario normal, cuando proceda.
- Ayudar a la familia a solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados.
- Animar al niño a que participe en las actividades escolares y comunitarias adecuadas al nivel de desarrollo y capacidad.
- Animar a los padres a que pasen tiempo con todos los niños de la familia.
- Implicar a los hermanitos en los cuidados y actividades del niño, si es posible.
- Determinar la necesidad de cuidados intermitentes para los padres y demás cuidadores.
- Establecer los recursos de cuidados intermitentes comunitarios.
- Animar a los padres a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales.
- Proporcionar información a la familia acerca del estado del niño, tratamiento y grupos de apoyo asociados para las familias.
- Animar a los padres a equilibrar la implicación entre programas especiales para las necesidades especiales del niño, la familia normal y las actividades comunitarias.

• **Fomentar la paternidad. 8300.**

Las **actividades de enfermería** para proporcionar información sobre la paternidad, apoyo y coordinación de servicios globales en familias de alto riesgo serán:

- Identificar y registrar a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento.
- Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular.
- Visitar a las madres en el hospital antes del parto para empezar a establecer relaciones de confianza y programar las visitas de seguimiento.

- Realizar visitas a domicilio, según esté indicado por el nivel de riesgo.
- Ayudar a los padres a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño.
- Ayudar a los padres en el cambio de papeles y en las expectativas de la paternidad.
- Proporcionar los consejos necesarios en los diferentes niveles del desarrollo.
- Proporcionar folletos, libros y otro tipo de material para desarrollar las habilidades de paternidad.
- Debatir las estrategias de control de conducta adecuadas a cada edad.
- Ayudar a los padres a identificar el temperamento específico del bebé.
- Ayudar a los padres a desarrollar habilidades sociales.
- Enseñar y modelar habilidades para enfrentarse con los problemas.

3.3. SIGNOS DE ALERTA EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Nos referimos a toda situación encontrada en un niño que hace prever que pueda tener en aquel momento o en el futuro un desarrollo anómalo o con retraso. El encontrar un signo de alerta en un niño, no implica necesariamente un desarrollo anormal, puede tratarse de un signo transitorio o bien de un aspecto reactivo del niño a un entorno inadecuado o situación difícil para él, que desaparece al modificarse o madurar el niño. En estos casos será necesario hacer una valoración más profunda y un seguimiento en colaboración con un especialista en desarrollo. En el desarrollo psicomotor hay aspectos biológicos, psíquicos y del entorno interrelacionados y, por tanto, es lógico el estudio y la descripción de los signos de alerta aportados desde la comprensión neurológica o neuropediátrica. Otros han sido estudiados y destacados desde una comprensión psicológica y psiquiátrica. También hay signos que hacen referencia al proceso de desarrollo propiamente dicho.

Dentro de los aportados por la neurología más clásica podemos destacar:

- Macro o microcefalia.
- Anomalías posturales o patrones posturales propios de edades inferiores.
- Movimientos anómalos, escasos, poco variados o mal coordinados.
- Anomalías en los reflejos primarios.
- Anomalías en los reflejos osteotendinosos.
- Asimetrías persistentes (excepto en el primer trimestre).
- Trastornos del tono muscular.
- Epilepsia.
- Otra clínica sugerente de lesión neurológica o sensorial.

Los signos de alerta que puede detectar enfermería en el plano emocional y de la relación interpersonal destacados desde la psiquiatría y psicología, tienen que ver con la conducta del niño y su relación con el entorno. Podemos destacar los siguientes:

- Dificultades para aceptar las maniobras de consuelo.
- Pasividad excesiva o hiperquinesia.
- Conductas repetitivas como estereotipias motoras.
- Trastornos en la atención hacia el entorno.
- Incapacidad para hacer un juego adecuado a su edad.
- Trastornos persistentes en el sueño (insomnio o dormir en exceso, alteraciones del ritmo habitual de vigilia-sueño).
- Problemas persistentes en la alimentación.
- Niño poco reclamador que sólo come y duerme.
- Niño excesivamente sociable.
- Trastornos del lenguaje: mutismo, expresiones inadecuadas al contexto, ecolalias...
- Enfermedad crónica o recidivante de posible base psicósomática.

Los signos de alerta del proceso de desarrollo que han sido más estudiados desde la pediatría y la neuropsiquiatría, hacen referencia generalmente a la falta de adquisiciones psicomotoras presentes en la gran mayoría de niños de la misma edad. Están relacionados con aspectos de los dos grupos anteriores.

También se debe considerar un signo de alerta la anomalía cualitativa de alguna adquisición psicomotriz.

En la atención primaria estos signos de alerta generalmente se valoran mediante pruebas de cribado, aunque el instrumento más útil es la actitud y el conocimiento del proceso de desarrollo por parte del profesional que hace la valoración. La prueba de desarrollo posiblemente más utilizada a nivel mundial es el DDST (Denver Developmental Screening Test) que elaboraron Frankenburg y Dodds hace 30 años.

3.4. PRINCIPALES SIGNOS DE ALERTA DE ENFERMERÍA.

• 1 MES DE EDAD.

- No levanta momentáneamente la cabeza en decúbito prono.
- No fija la mirada en la cara humana.
- Irritabilidad persistente sin una causa clara.
- Trastornos de la succión o rechazo persistente del alimento.

• 3 MESES DE EDAD.

- No levanta la cabeza de forma mantenida en decúbito prono.

- Ausencia de fijación de la mirada en objetos.
 - Ausencia de seguimiento visual de la cara humana.
 - Ausencia de respuesta a la voz o a ruidos fuertes.
 - Ausencia de sonidos.
 - Ausencia de sonrisa social.
- **5 MESES DE EDAD.**
 - No se apoya en los antebrazos en decúbito prono.
 - Ausencia de buen control cefálico en vertical.
 - No junta las manos en la línea media.
 - Cabeza retrasada en relación al tronco en la maniobra del paso a sentado.
 - Ausencia de persecución visual del objeto por un arco superior a 90°.
 - Ausencia de verbalización recíproca.
 - Desinterés por el entorno.
- **7 MESES DE EDAD.**
 - No se apoya en las manos en decúbito prono.
 - No lleva la cabeza avanzada en relación al tronco en la maniobra del paso a sentado.
 - No hace presión del objeto.
 - No dirige la mirada a la voz.
 - Ausencia de variación expresiva.
- **9 MESES DE EDAD.**
 - No se mantiene sentado con un mínimo de ayuda humana.
 - No voltea.
 - No se pasa objetos de mano.
 - No sostiene un objeto en cada mano.
 - No hace emisiones silábicas.
 - No parece reconocer a la persona más próxima.
 - Falta de interés por el entorno más amplio.
- **12 MESES DE EDAD.**
 - Falta de sedestación estable y autónoma.
 - No se mantiene de pie sujeto a un soporte.
 - Ausencia de desplazamiento.
 - Ausencia de pinza manual inferior.
 - No dice bisílabos inespecíficos.
 - No busca un objeto desaparecido.

- No inspecciona objetos con detenimiento.
- No introduce objetos en un recipiente.
- No extiende los brazos para que lo cojan.
- **15 MESES DE EDAD.**
 - No pasa por sí solo de decúbito a sentado.
 - No anda cogido a los muebles.
 - No hace la pinza digital superior.
 - Falta de comprensión de algunas palabras.
 - No colabora al vestirlo.
 - Imposibilidad de separarse de la madre.
 - No hace demandas gestuales claras al adulto.
- **18 MESES DE EDAD.**
 - Ausencia de marcha libre.
 - No se pone de pie por sí solo y sin soporte.
 - Ausencia de bisílabos con sentido como "mamá" o "papá".
 - No señala con el índice.
 - No se acerca un vaso a la boca.
 - Ausencia de juego imitativo.
 - Falta de experimentación de objetos.
 - Falta de reconocimiento de imágenes familiares.
- **21 MESES DE EDAD.**
 - No corre.
 - No hace una torre con dos cubos.
 - No obedece una orden verbal sencilla.
 - No dice al menos tres palabras a parte de "mamá" y "papá".
- **24 MESES DE EDAD.**
 - No sube peldaños cogido de la barandilla.
 - No hace una torre con cuatro cubos.
 - No señala, al nombrarla, al menos una parte de su cuerpo.
 - No utiliza la palabra "no".
 - No se acerca la cuchara a la boca.

Resumen

- El desarrollo del niño pequeño depende de:
 1. La maduración del sistema nervioso.
 2. El mundo que le rodea y le da lo que necesita para su crecimiento personal.
 3. El proceso interno de estructuración de su pensamiento y personalidad.
- Las reacciones arcaicas son una serie de respuestas que pertenecen a diferentes categorías:
 - Reflejos.
 - Sinergias.
 - Automatismos.
- En la etapa de recién nacido hay que valorar del desarrollo psicomotor los siguientes aspectos:
 - Motricidad general.
 - Manipulación.
 - Función visual.
 - Función auditiva.
 - Lenguaje.
 - Nivel adaptativo-social.
- En la valoración de enfermería del desarrollo psicomotor es necesario tener en cuenta:
 1. La primera consulta es de la familia por estar preocupados del desarrollo de su hijo.
 2. Ningún instrumento ni escala de valoración puede sustituir al sentido común o a la experiencia profesional, ya que la observación de enfermería continua de cómo se mueve el niño, habla o se relaciona, es el mejor instrumento de valoración.
- Algunos de los signos de alerta en el campo emocional que puede observar enfermería son:
 - Pasividad excesiva o hiperquinesia.
 - Conductas repetitivas.
 - Trastorno en la atención hacia el entorno.
 - Problemas persistentes en la alimentación.
 - Niño excesivamente sociable.
 - Trastornos del lenguaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Coromines, J. Psicopatología i desenvolupament arcaics. Espaxs, Barcelona. 1991.
- Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Ed. Elsevier 2008.
- Gassier, J. Manual del desarrollo psicomotor del niño. 2.ª edición. Masson S.A. Barcelona. 1990.
- Guía para la salud infantil en atención primaria.
- Illingworth, R. S. El desarrollo infantil en sus primeras etapas. 7.ª edición inglesa. 1.ª edición española. Editorial médica y técnica S.A., Barcelona. 1983.
- Jean Aicardi Diseases of the Nervous System in childhood. 1992.
- Manual de puericultura por médicos de atención primaria. Sociedad Española de Puericultura. Madrid. 1996.
- Mccloskey Dochterman, Joanne y Bulechek, Gloria M. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier Mosby. 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y niño en atención primaria.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en atención primaria. Ed. publicaciones, documentación y biblioteca.
- Natalio Fejerman y Emilio Fernández Álvarez. Neurología pediátrica. Editorial Ateneo. 1988.
- Pediatría en atención primaria. J. Brass; J.E. de la Fler y R. M.ª Masvidal Springer-Verlag. Ibérica. 1997.