

Nuestros Primeros Años

Margarita Barrón, Mario Eduardo Carbonetti

En este capítulo analizaremos las características específicas de crecimiento y desarrollo en el primer y segundo año de vida. Analizaremos parámetros como **peso y talla, perímetro cefálico y dentición, maduración neurológica y la construcción del conocimiento en el niño**. Estos conocimientos se integraran al estudio de la Estimulación Temprana. Revisaremos la alimentación adecuada para niños de estas edades y la desnutrición.

Características del crecimiento físico en el primer y segundo año de vida.

A continuación les presentamos una síntesis de los principales parámetros de evaluación del crecimiento y desarrollo físico en los lactantes. A medida que vaya analizándolos, compárelos con las tablas de crecimiento y desarrollo.

Primer Trimestre

Peso Teórico: Peso de nacimiento + (Número de meses x 600)

Peso: Aumenta 25 a 30 g / día y 600g al mes

Talla: Aumenta 3 cm al mes y 9 cm en el trimestre

Perímetro Cefálico: Aumenta 3 cm en el trimestre

Segundo Trimestre

Peso Teórico: Peso de Nacimiento + (número de meses x 600)

Peso: Aumento 20 a 25 g / día. Aumenta 600g /mes

Talla: Aumenta 2 cm / mes y 6 cm en el trimestre

Perímetro cefálico: Aumenta 3 cm en el trimestre

Dentición: en 6to mes brotan los incisivos centrales inferiores

Tercer Trimestre

Peso Teórico: Peso de nacimiento + (número de meses x 500)

Peso: Aumenta 15g / día y 500g por mes

Talla: Aumenta 1 cm por mes y 3 en el trimestre

Perímetro cefálico: Aumenta 2 cm / trimestre

Dentición: 7mo-8vo mes: Incisivos centrales superiores

8vo-10mo mes: Incisivos laterales superiores

Cuarto Trimestre

Peso Teórico: Peso de nacimiento + (número de meses x 500)

Peso: Aumenta 10g / día y 500 g por mes

Talla: aumenta 1 cm / mes y 3 en el trimestre

Perímetro cefálico: Aumenta 2 cm/ trimestre

Dentición: 9-12 meses Incisivos Laterales inferiores

Segundo Año.

12 a 18 meses

Peso: Aumenta 250 g / mes

Talla: Aumenta 6 cm en el semestre

Perímetro cefálico: Aumenta 1 cm / semestre

Dentición: 4 primeros pre-molares

18-24 meses

Peso: Aumenta 200g / mes

Talla: Aumenta 4 cm en el semestre

Perímetro Cefálico: Aumenta 1 cm / semestre

Dentición: 4 caninos

Maduración Neurológica

En el proceso de maduración neurológica se producen múltiples cambios fisiológicos de importancia a los que subyacen modificaciones histológicas y bioquímicas de importancia. Entre los procesos histológicos podemos señalar la mielinización de las vías que bajan desde la corteza a los centros subcorticales y a la médula, la migración de células nerviosas desde la placa germinal a la corteza, la multiplicación de las dendritas, la ramificación de los axones, la proliferación glial, el aumento de la vascularización, etc. Igualmente importantes son los cambios bioquímicos, entre los que cabe señalar el aumento en la concentración de neurotransmisores y neuromoduladores a partir del

nacimiento. El desarrollo psicomotor es un proceso muy complejo, que abarca muchos planos de integración del ser humano, y que puede concebirse como fruto de la interacción entre el programa genético heredado y el medio ambiente.

Este proceso programado de desarrollo no podría darse si no hubiera una interacción con el medio ambiente, que aporta no solo los estímulos sensoriales y motrices para que el niño exprese su nueva función, sino que también aporta el estímulo emocional para que dicho proceso de desarrollo se manifieste.

La maduración biológica así entendida, es una posibilidad potencial que solo puede llevarse a cabo dentro de una relación interpersonal, donde la interacción dinámica del niño con su madre es el motor que permite el desarrollo como fenómeno expansivo. Es en esta relación interpersonal donde el niño y su madre encuentran goce, felicidad, y desean estar juntos en un contacto corporal en que se conjugan afectos y palabras. Con este auténtico diálogo se establece el vínculo madre-hijo en el que ambos encuentran placer y satisfacción, y con ello se crea el ámbito óptimo donde el niño encontrará potencializadas sus posibilidades de desarrollo. El vínculo paterno, con su presencia y apoyo, se encargará de proteger la díada y ayudará a sostener y contener esa relación.

El estímulo emocional que encuentra su máxima expresión en este “nido familiar” debe entenderse en términos de afecto, paciencia, tolerancia, fluida comunicación, y cariñosa alegría en el diario trato con el niño.

Analicemos los principales cambios que se dan en cada trimestre en tres áreas fundamentales: la motricidad, la comunicación y el lenguaje y la conducta.

Primer Trimestre

Motricidad: Partiendo de la postura asimétrica y en flexión de las cuatro extremidades propia del recién nacido, progresivamente se va haciendo más simétrica y menos hipertónica. El bebé adquiere progresivo control de su cabeza y logra sostenerla entre el segundo y tercer mes. Si es acostado boca abajo, el bebé gira la cabeza hacia el costado liberando boca y nariz. A partir de los 30 días es capaz de levantar la cabeza extendiendo el cuello. Hacia el tercer mes se afianza este movimiento apoyándose en sus antebrazos y

despegando el torso. Como vimos, el RN mantenía sus puños cerrados. A medida que se va debilitando el reflejo palmar de prehensión, la mano comienza a abrirse. Los movimientos se vuelven menos erráticos. Hacia el final del tercer mes el bebe es capaz de unir sus manos en la línea media y llevarlas a la boca. Esto es consecuencia del debilitamiento del reflejo tónico cervical.

Comunicación y lenguaje: El bebe expresa sus necesidades tan solo con el llanto en un principio. Pero en este periodo, la sonrisa refleja se transforma en sonrisa social. También emite sonidos guturales y es capaz de responder a estímulos sonoros y lumínicos.

Conducta: El RN presentaba predominantemente una conducta automática. En este periodo vemos como característica la ejercitación de los reflejos, la atención y observación de lo que lo rodea y en especial del rostro humano. Es capaz de seguir un objeto en movimiento con los ojos, hasta 180 grados horizontalmente y 120 grados en la vertical. Progresivamente va disminuyendo las horas de sueño que son aproximadamente 15 para el tercer mes. También se ha afianzado el ritmo nocturno. Es fundamental el contacto ocular con la madre.

Segundo Trimestre

Motricidad: Su postura es simétrica. Acostado boca abajo es capaz de levantar la cabeza y el pecho apoyándose sobre los antebrazos primero y luego sobre sus manos. Si desde la posición acostado (boca arriba) es tomado de las manos y llevado a la posición sentado, su cabeza no pende hacia atrás sino que se mantiene recta. Los brazos se flexionan progresivamente. Puesto en posición sentado, al comienzo del trimestre, su tronco cae flexionado hacia adelante.

Hacia el quinto mes trata de sostenerse formando un trípode con las manos y al sexto mes puede quedar sentado erecto, primero con apoyo de las manos y al final del trimestre, sin apoyo de las manos. Cuando un objeto llama su atención, focaliza sus ojos en el, estira los labios y aletea con los brazos. A partir del cuarto mes adquiere la prehensión voluntaria en reemplazo del reflejo y en un principio intenta asir los objetos a mano llena o por barrido

cubital. Progresivamente se irá perfeccionando y aparecerá la oposición del pulgar. Alrededor del sexto mes es capaz de transferir un objeto de una mano a la otra. Ejercita constantemente su coordinación oculo-manual. Ha incrementado su agudeza visual (por maduración de la mácula) y ahora puede focalizar sobre objetos mas pequeños cercanos a él (como botones, bolitas).

Comunicación y lenguaje: Vocaliza. Da grititos de placer y tiene risa sonora. Persisten los gorgoros y produce cadenas de balbuceos (realimento auditivo cuando la madre le habla). Ante la frustración llora y se calma con la voz de la madre.

Conducta: Son mas evidentes las conductas voluntarias. Se pone y se saca el chupete, pero aun no puede darlo vuelta y si se lo dan al revés, chupa la manija. Usa la boca para reconocer los objetos. Hacia el final del sexto mes, abre la boca cuando le ofrecen comida. Reconoce el biberón. Muerde galletitas. Predomina lo exteroceptivo sobre lo interoceptivo.

Tercer Trimestre

Motricidad: Es capaz de sentarse solo, y una vez sentado, puede girar la cabeza para mirar. Desde esta posición puede acostarse boca abajo, y desde esta nueva posición, elevar cabeza y pecho apoyado sobre sus brazos, liberar una mano y atrapar un objeto. Se prepara así para gatear. Puede tomar un objeto formando pinza entre el pulgar y el índice y al final del noveno mes señala y toca un objeto con la punta del índice. Estando acostado boca arriba, es capaz de llevarse un pie a la boca y succionarlo. Al madurar la macula, mejora su agudeza visual. También en esta etapa adquiere visión en profundidad. Estos hechos favorecen el desarrollo de la coordinación oculo-manual.

Comunicación y lenguaje: Influencia de la retroalimentación auditiva en el desarrollo de los fonemas que imitan la lengua materna. Repetición de silabas: da-da, ta-ta. Enriquecimiento de los sonidos en intensidad y entonación.

Conducta: Comprende situaciones y gestos. Lloro cuando se le pone cara de enojado. Distingue a sus familiares de los extraños. Se calma con la voz de la madre aunque no la

vea. Muestra interés cuando se prepara la comida. Invierte y endereza el biberón. Tira los objetos para ver como caen y así explorar distancia y profundidad. Busca el juguete escondido (acá esta). Se tapa la cara para esconderse.

Cuarto Trimestre

Motricidad: Rola pasando de decúbito supino a prono y viceversa. Repta, se pone en cuatro patas, se balancea hacia atrás y adelante y luego gatea. Alrededor de los 11 meses es capaz de pararse sosteniéndose con una silla o el corralito y desplazarse tomado de él. Cae de cola y se vuelve a parar. De a poco, logra estar parado sin apoyo. De pronto hace unos pasitos hacia quien le tiende los brazos. Alrededor de los 12 meses comienza a caminar ampliando la base de sustentación y con seguridad creciente. Mejora la pinza digital. Explora los objetos con la yema de los dedos. Es capaz de tomar un cubo con cada mano y golpear uno contra otro. Se completa el desarrollo macular y la fusión de imágenes en el cerebro.

Comunicación y lenguaje: Es capaz de reconocer su nombre. Monosílabo intencional. Responde al “Dame” y al “Toma”.

Conducta: fundamentalmente exploratoria. Se desplaza en forma independiente, pero regresa a comprobar que su madre está allí. Juega a la escondida. Es capaz de tirar del hilo para acercar un juguete. Tira un objeto y lo busca. Se mira en el espejo, se explora su cuerpo. Imita los movimientos. Hace tortitas. Dice chau, pone cara de enojado. Intenta comer solo. Bebe de un vaso.

12 a 18 meses

Motricidad: Marcha con braceo y puede llevar un objeto consigo mientras camina. Asienta desde el talón a la punta del pie. Se para sin ayuda, se trepa a la silla, puede subir escaleras, camina de costado o hacia atrás. Le gustan los juguetes de arrastre. Puede

formar torres de 2 a 4 cubos. Toma la cuchara a mano llena y al llevarla a la boca la invierte.

Comunicación y lenguaje: Palabra - señal. Tiene interés por las palabras y sonidos onomatopéyicos. Usa alrededor de 15 palabras. Luego aparece la palabra - frase (tata, tatata: dame la pelota, se cayó la pelota). Imita el tono de las frases. Comprende órdenes simples.

Conducta: Como comienza a formar imágenes mentales, es capaz de realizar acciones de imitación diferida (hablar por teléfono). Juego solitario: ordena, destruye, imita las tareas de la casa, mira las figuras de los libros.

18 a 24 meses

Motricidad: Mayor coordinación motora. Puede correr, aunque aún tiene dificultad para cambiar de dirección, esquivar objetos, etc. Sube y baja la escalera , escalón por escalón , sin alternar los pies, ayudándose con el pasamanos. Juega a la pelota, la pateo. Hace torres de 6 a 10 cubos. Es capaz de usar cuchara y tenedor. Hace garabatos cuando se le dan lápiz y papel.

Comunicación y lenguaje: Habla en tercera persona en el inicio de esta etapa , pero luego adopta la primera persona (yo, mío). Señala partes de su cuerpo cuando se le nombran. Forma frases incorporando verbos y adjetivos.

Conducta: Inicia el juego simbólico o de ficción (imita las acciones de los adultos, se hace el dormido) y el juego paralelo, ya que si bien le agrada estar con otros niños, no los integra a su juego. Aparece el pensamiento mágico (mesa mala, le pego al nene). Juega con muñecos y ositos.

La Nutrición adecuada para un buen crecimiento y desarrollo.

Hacia el **cuarto mes** de vida del niño, empiezan a **agotarse las reservas de hierro** que se habían acumulado durante la gestación. Por eso, debemos introducir nuevos alimentos en su dieta. Se inicia la etapa de las papillas y con ellas un periodo de adaptación ya que no todos los bebés disfrutan de ellas desde un principio y no les resulta fácil adaptarse a la cucharita. En general aceptan mejor las cucharitas de plástico y de colores que las de metal. Es necesario prever que el niño querrá imitar pronto y tratará de llevarse comida a la boca, se embadurnará las manos y la cara, por lo que es necesario proteger su ropa, pero incentivarlo para que lo haga ya que es un aprendizaje importante.

El segundo problema es **acostumbrarse al cambio de consistencia**, ya que el bebé estaba acostumbrado a los líquidos (líquido amniótico, leche). Debe pasar de chupar a tragar y masticar alimento sólido. Esto no es inmediato. La comida no se debe colocar en la punta de la lengua ni profundamente en la boca, es preferible acercarla a los labios del bebé y permitirle que sorba, así poco a poco se irá acostumbrando a manejar los semisólidos dentro de su boca.

Si bien no hay consenso unánime, en nuestro medio se suele iniciar a los **4 meses** con la papilla de frutas (manzana rallada, banana, y jugo de naranja) con y sin cereales y al quinto mes las papillas de verduras (papa, zapallo o calabaza, 1 hoja de acelga. Alrededor del **sexto mes**, se introduce la carne de vaca (cortada muy finita) junto con el puré de verduras y al **séptimo mes** el pollo. A partir del **octavo mes** se agregan pescados blancos y yema de huevo. A partir del **noveno mes**, el bebé ya puede consumir leche de vaca entera, yogurt, flanes, etc. Respecto de la introducción de las papillas, ello implica suspender un biberón en el almuerzo al cuarto mes y otro con la cena en el sexto mes. Es decir que un niño de 4 o 5 meses estará tomando 4 biberones y 1 almuerzo y a partir del sexto mes 3 biberones y almuerzo y cena. Sin embargo, también esto es gradual y como los primeros días en que se introducen los cambios el niño puede no ingerir los 150 gr. que se le preparan, puede ser necesario suplementar al final de la comida con biberón. Alrededor de los 9 meses el bebé puede ya no requerir el último biberón de la noche. **A partir del año de edad es conveniente incluir todos los alimentos.** Su dieta debe ser variada e incluir huevos, carne, papas, arroz, vegetales cocidos y crudos, frutas, cereales,

pan, pastas. A medida que crece el niño se vuelve mas selectivo para alimentarse. Es necesario que la preparación de los alimentos sea variada, llamativa y sana, restringiendo en lo posible las frituras, los picantes y salsas. Asimismo es necesario restringir el consumo de golosinas. La dieta ideal para un niño es aquella en que el 60% de las calorías están provistas por los hidratos de carbono, 30% por las grasas y un 10% por las proteínas.

Las proteínas son fundamentales ya que proveen al cuerpo de los materiales necesarios para crecer. Se encuentran en alimentos de origen animal (leche y derivados, carne, huevos) y vegetal (cereales, legumbres, nueces). Para obtener todos los aminoácidos necesarios, se deben consumir alimentos de origen animal y vegetal. **Las grasas** tienen un alto valor calórico y proporcionan las reservas de energía del organismo. Las encontramos en alimentos de origen animal (leche, queso, huevo, carne) y vegetal (aceites de maíz, girasol, oliva, etc.) **Los hidratos de carbono** son la primera fuente de energía. Fundamentalmente se obtienen de los vegetales y pueden ser los azúcares comunes que consumimos (fructosa, lactosa) o bien almidón . También están contenidos en caramelos y otras golosinas que favorecen la aparición de caries dental y sobrepeso.

Las vitaminas son indispensables para el armónico desarrollo del organismo. La mayor parte están contenidas en los alimentos de la dieta habitual de todos los niños, por lo que, si la alimentación es variada, no es necesario realizar suplementos vitamínicos a la dieta. Asimismo ocurre con los minerales, que cumplen importantes funciones biológicas y que están ampliamente difundidos en los alimentos de la dieta.

Por ultimo las **fibras**, presentes en alimentos de origen vegetal, son importantes constituyentes de la dieta, ya que regulan la absorción de grasas e hidratos de carbono, a la vez que previenen el estreñimiento.

Los niños de **2 y 3 años** hasta el inicio de la escuela maternal, suelen presentar altos grados de desnutrición en las clases mas bajas, ya que suelen ser familias numerosas en donde ya ha nacido otro niño. Por ello es necesario implementar controles frecuentes de crecimiento e incluir a los niños desnutridos o en riesgo de serlo en programas de suplementación alimentaria .

El niño malnutrido:

La malnutrición se asocia muy frecuentemente con privaciones sociales y económicas que pueden por sí mismas afectar el desarrollo infantil. Así la desnutrición infantil está directamente relacionado con los indicadores socioeconómicos de una nación. Puede decirse que un país con un Producto Nacional Bruto de menos de 700 dólares por persona presenta un alto porcentaje de niños desnutridos.

Para evaluar el estado de nutrición infantil, los mejores parámetros son la altura para la edad y el peso para la altura. Un niño que presenta malnutrición por un corto tiempo, verá reducido su peso, pero mantendrá una altura adecuada. En tanto que si el déficit nutricional es de larga data, su talla estará alterada.

Existen otras formas de caracterizar el grado de desnutrición en base al peso. En este caso se dice que un niño presenta una desnutrición de primer grado si tiene un déficit de peso entre el 10 y el 25 % del peso que le corresponde a su edad; es un desnutrido de segundo grado si tiene un déficit de peso entre el 25 y el 40 % y presenta una desnutrición de tercer grado si el déficit de peso supera el 40% de su peso teórico. Un índice de fácil manejo es la circunferencia de la mitad del brazo. Aunque no es completamente independiente de la edad, la circunferencia de la mitad del brazo varía muy poco entre los 12 meses y los cuatro años, periodo en que la desnutrición es más frecuente.

A veces el niño desnutrido puede presentar edema y entonces su tipo de desnutrición recibe el nombre de Kwashiorkor en el que existe una desadaptación a la nutrición no adecuada en que los aminoácidos o se aportan en escasa cantidad o bien el organismo no los utiliza para síntesis de proteínas estructurales sino que los reserva como última posibilidad de defensa ante la infección destinándolos a la síntesis de anticuerpos.

En otros niños encontramos desnutrición sin edema, llamado marasmo, donde hay un aporte inadecuado de elementos energéticos, pero el organismo ha logrado adaptarse al aporte insuficiente. Los efectos de la desnutrición transitoria de corta duración sólo afectan ciertas rutas metabólicas, produciendo una disminución de la actividad y apatía que retrogradan rápidamente.

En los casos graves, la mortalidad puede llegar al 20% , ya que estos niños presentan una respuesta débil ante las infecciones, suelen padecer desequilibrios hidroelectrolíticos y cursan con alteraciones varias en órganos y sistemas que interfieren con su crecimiento y desarrollo.

Ya hemos visto como durante la maduración del Sistema Nervioso, existen periodos muy vulnerables. La nutrición insuficiente o inadecuada, puede llegar a interferir en los mecanismos reguladores causando alteraciones estructurales y metabólicas en el cerebro. Particularmente se ha visto una perturbación a nivel de la mielogénesis, que afecta especialmente el prosencéfalo. También existen estudios que hablan de cambios a nivel de la química celular, del número de neuronas y neuroglia y de la migración de las poblaciones neuronales. Sin embargo debido a la profunda interacción de factores biológicos y socioculturales, no pueden ser directamente aplicados a la predicción de inteligencia o conducta futuras.

El niño malnutrido puede presentar síntomas neurológicos como apatía, o irritabilidad, disminución del tono muscular, movimientos estereotipados de cabeza y manos, retraso en la adquisición de pautas motoras como sostener la cabeza, sentarse, pararse , escasa respuesta a los estímulos externos , baja conducta exploratoria y breve fijación visual. Indudablemente esto afecta la relación madre-hijo, pudiendo producir un descenso en la cantidad o calidad de respuesta materna, pero aun así, no es la única causa a analizar como falta de estimulación adecuada, ya que la madre a su vez puede haber padecido a su vez desnutrición, o falta de adecuada estimulación que puedan haber generado trastornos en el vínculo.

El posterior crecimiento compensatorio tras la terapéutica nutricional, dependerá de la intensidad del daño y de la duración del periodo de inadecuada alimentación, de la correcta nutrición hacia el futuro, de la influencia de los factores ambientales, familiares y socioeconómicos y fundamentalmente de la calidad del estímulo que se le brinde al niño . Para ello será necesario educar y apoyar a la madre para que este en mejores condiciones de brindarlo.

Según Grantham y McGregor "Estudios sobre el desarrollo tardío de los niños malnutridos han demostrado que estos rinden menos de lo establecido en los controles de equiparación social, en los tests de funciones del conocimiento en la escuela. Sin embargo, incluso cuando se han tomado precauciones en la selección de los controles, es difícil equiparar a los grupos en todos los factores que afectan al desarrollo mental. Los controles han demostrado tener mejores niveles de estímulo en sus hogares, mientras que los niños estudiados habían sido todos ingresados en hospitales, lo que puede haber afectado subdesarrollo. Tan solo un estudio ha examinado a los niños antes de la aparición de la malnutrición, mostrando que su nivel de desarrollo mental era normal en ese momento. No obstante, ningún estudio ha determinado categóricamente que la malnutrición causa un escaso desarrollo mental, a pesar de que los hallazgos son consecuentes con el hecho de que, al combinarlo con otras privaciones socioeconómicas, un episodio de malnutrición representa para el niño un alto riesgo de alteración del desarrollo a largo plazo."

Por todo lo expuesto nos atrevemos a decir que los programas que busquen prevenir o corregir la malnutrición, no pueden enfocarse solamente en el aporte de alimentos a grupos de riesgo, sino que deben propender a mejorar los problemas socioeconómicos que la originan. Asimismo este tipo de programas, para alcanzar el éxito, necesita de la participación y del compromiso de la comunidad.

Acciones como educación nutricional, creación de huertas comunitarias, cría de animales (conejos, pollos, etc.), control de peso o de perímetro braquial periódico en los niños en riesgo, son algunos de los posibles caminos para superar la malnutrición ya que no solo ofrece la posibilidad de alimento sino también trabajo.

Bibliografía

1. Griffa M.c. y Moreno J.E(2005). **Claves para una psicología del desarrollo** Tomos I y II. Lugar Editorial –
2. Santrok J.W. (2006)**Psicología del desarrollo. El ciclo vital**. Ed. Mc Graw Hill.
3. Stassen Berger, K. (2004) **Psicología del Desarrollo**. Ed. Panamericana

Actividades

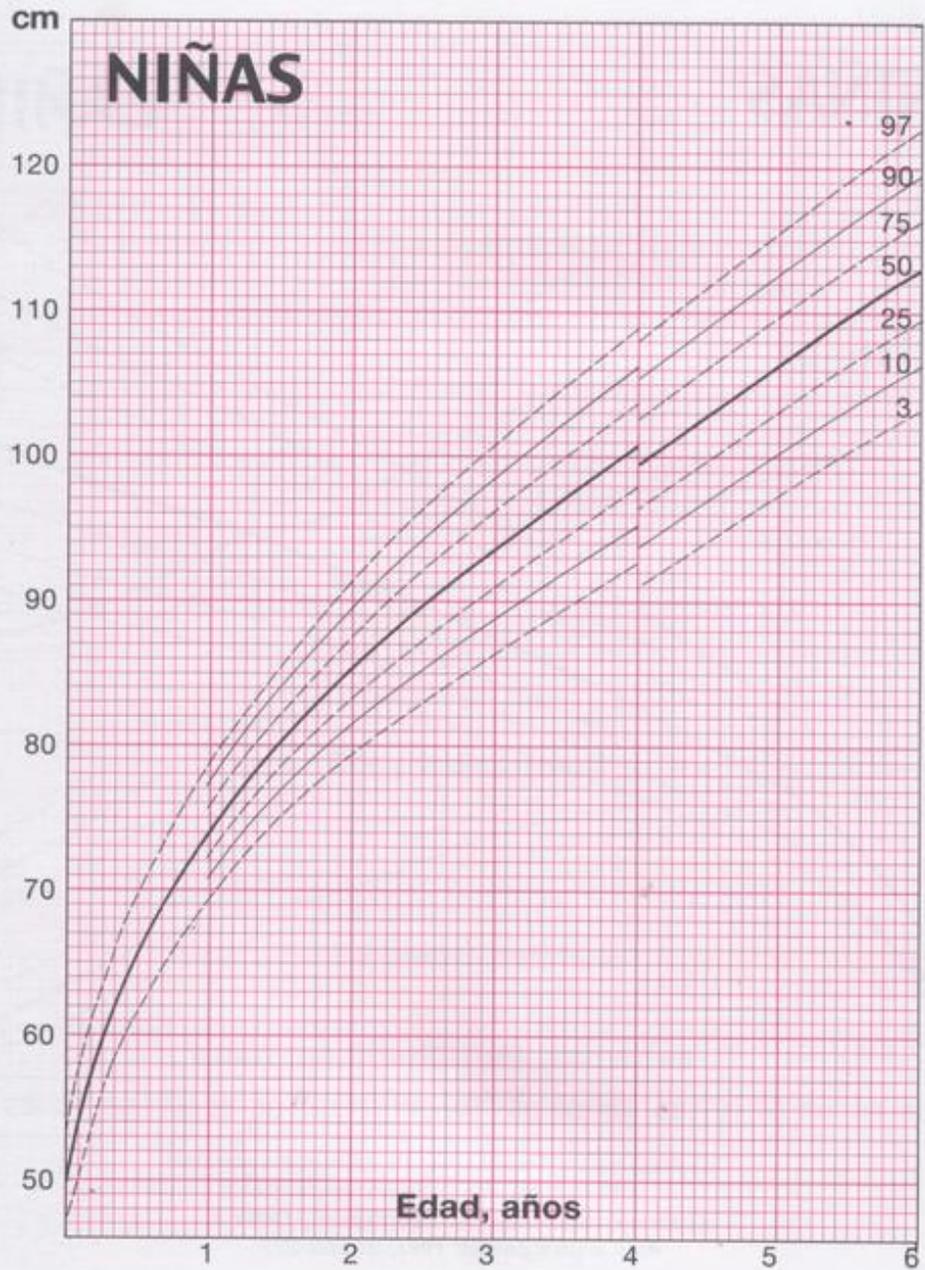
Crecimiento y Desarrollo Post natal- Primera Infancia

- 1- Calcule el peso y la talla de un bebe de 3 meses cuyo peso de nacimiento fue de 3.250g y que medía al nacer 51 cm. Cuales serán sus características madurativas? ¿Cuál es su alimento natural?**
- 2- Calcule el peso la talla y el perímetro cefálico de un bebe de 6 meses que al nacer medía 50 cm y pesaba 2850g. Cuales serán sus características madurativas? ¿Cómo debería ser su alimentación?**
- 3- Cuánto medirá y pesará un bebe de 9 meses cuya talla al nacer era de 52 cm y cuyo peso era de 3.200 g? ¿Cuales serán sus características madurativas? ¿Cómo debería ser su alimentación?**
- 4- Compare los resultados obtenidos con las tablas de percentilos. ¿Existe diferencia en estos parámetros según el sexo del bebe? ¿En que percentilo estaría creciendo en caso de ser una niña? ¿y si fuera un varón?**
- 5- Considere aquellas características, conductas o elementos de la madre o el padre del niño que le parezcan de interés con relación al crecimiento y desarrollo del niño.**
- 6- ¿Cómo evalúa si el entorno hogareño/ de la guardería/ de la escuela de un niño es seguro en relación a sus características madurativas?**

NIÑAS

LONGITUD CORPORAL-ESTATURA

Nacimiento-6 años



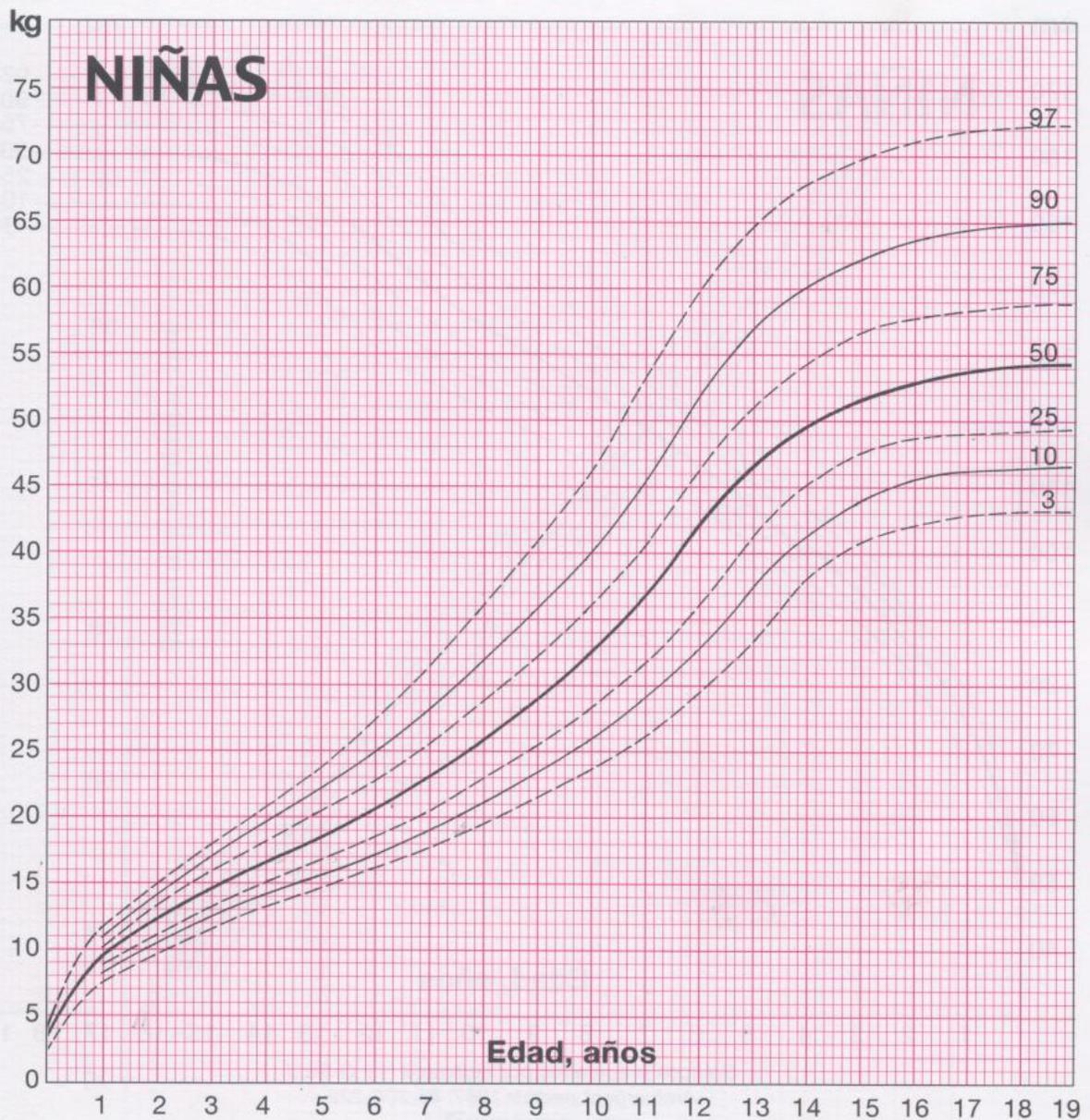
Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

Gráfico N° 5

NIÑAS

PESO

Nacimiento-19 años



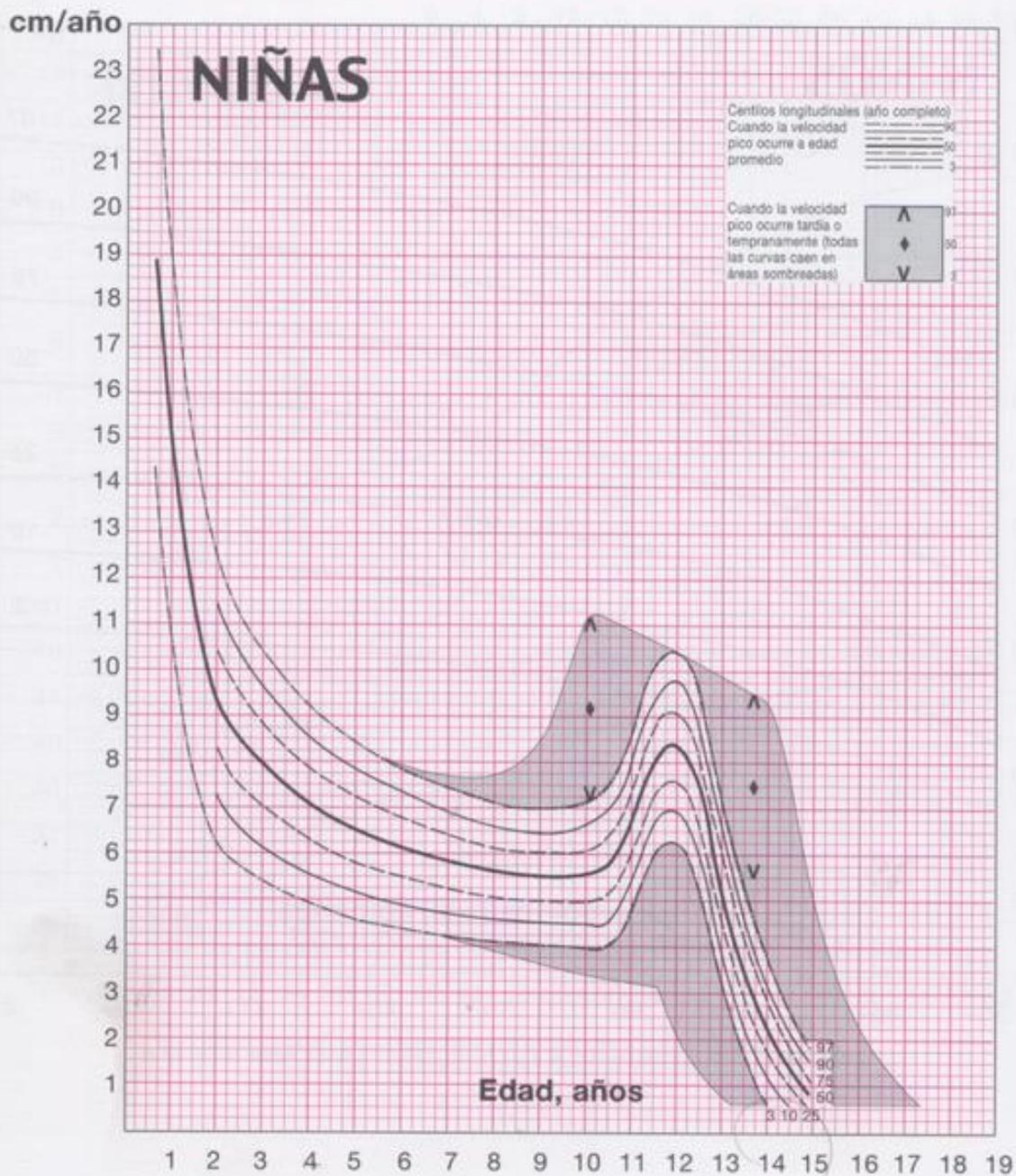
Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch.argent.pediatr 1987; 85:209-222.

Gráfico N° 13

NIÑAS

VELOCIDAD DE ESTATURA

Nacimiento-19 años



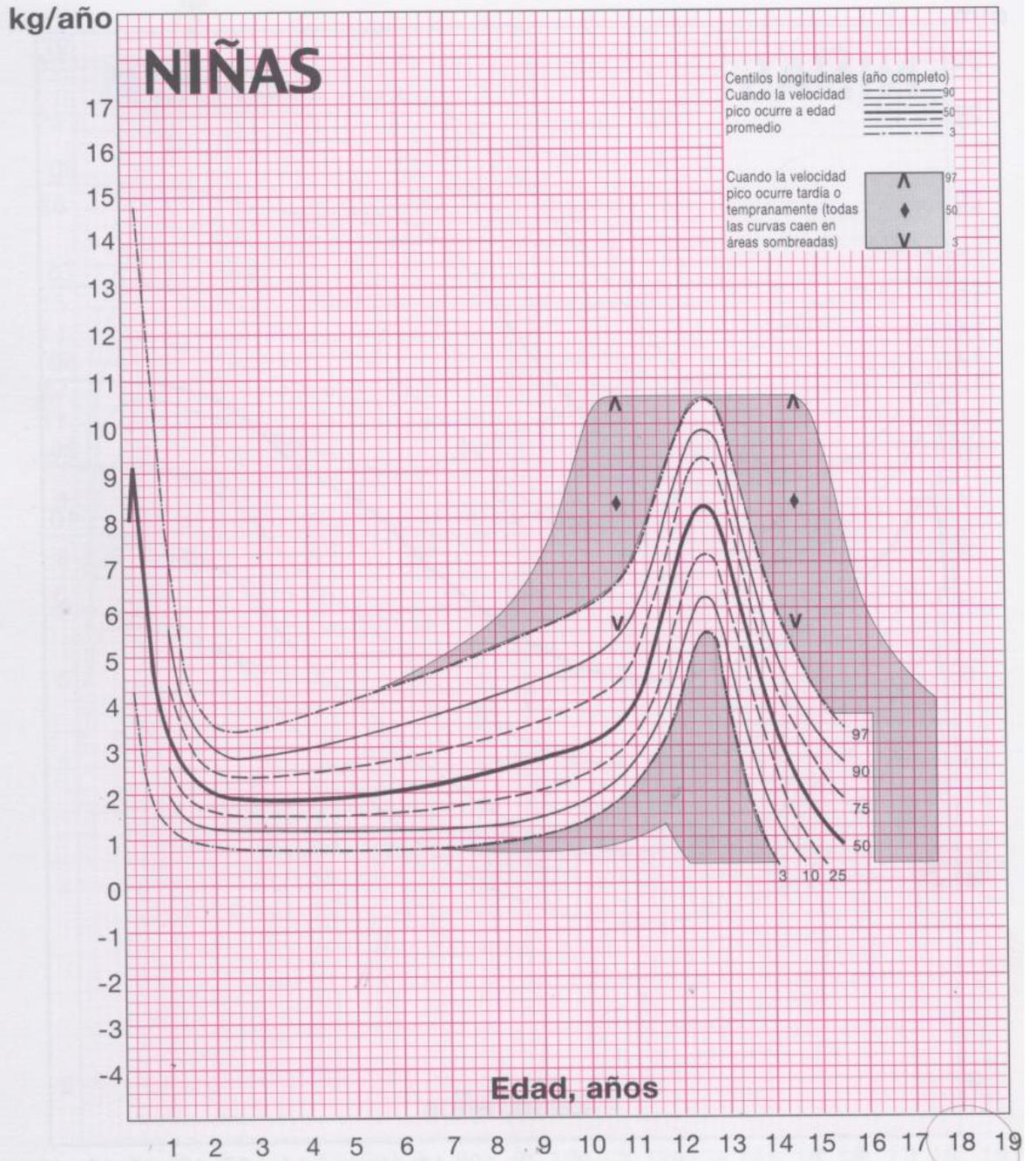
Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi N. Arch Dis Child 1966; 41:454 (parte I) y 1966; 41:613 (parte II).

Gráfico N° 12

NIÑAS

VELOCIDAD DE PESO

Nacimiento-19 años



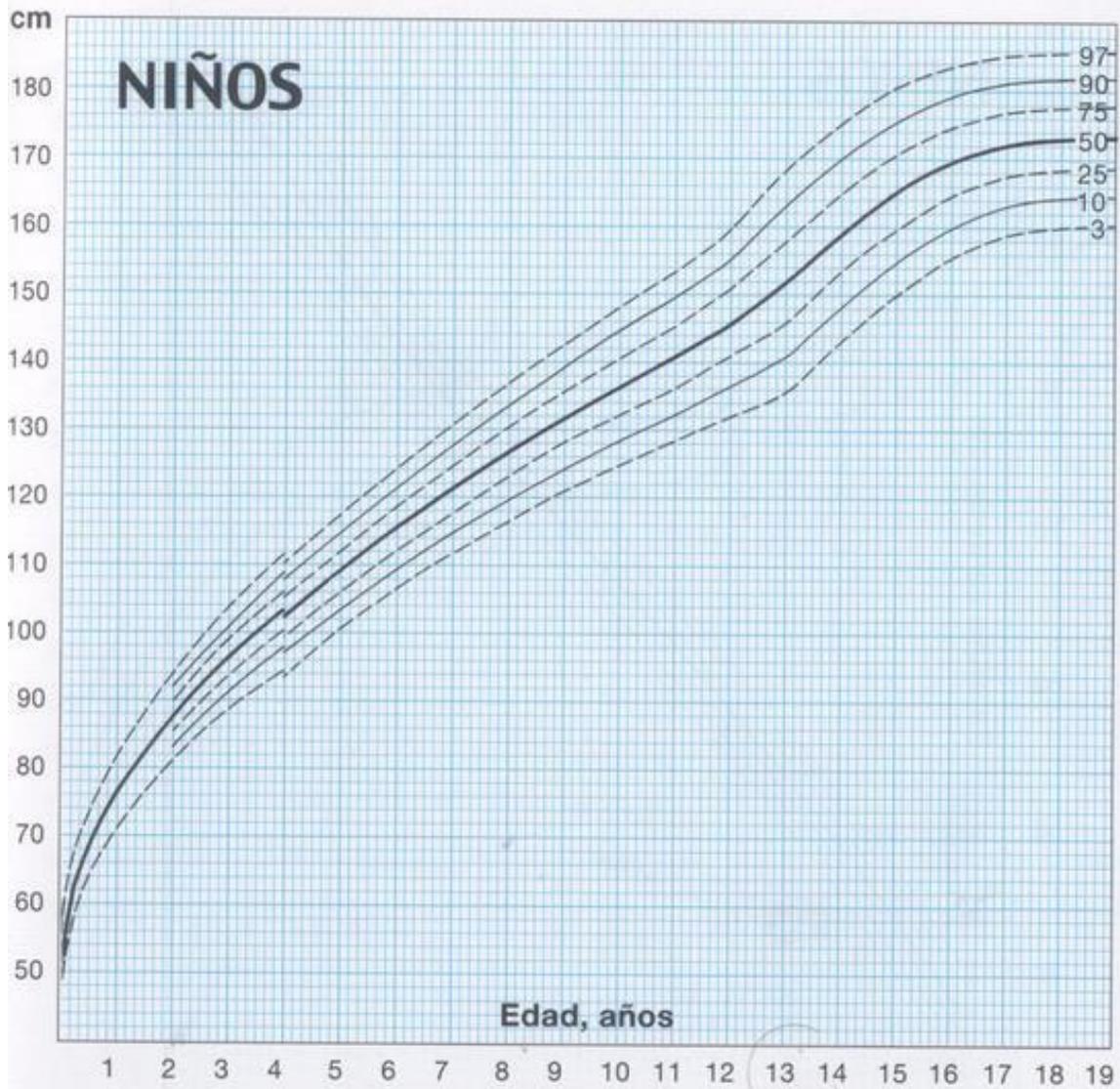
Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi N. Arch Dis Child 1966; 41:454 (parte I) y 1966; 41:613 (parte II).

Gráfico N° 19

NIÑOS

ESTATURA

Nacimiento-19 años



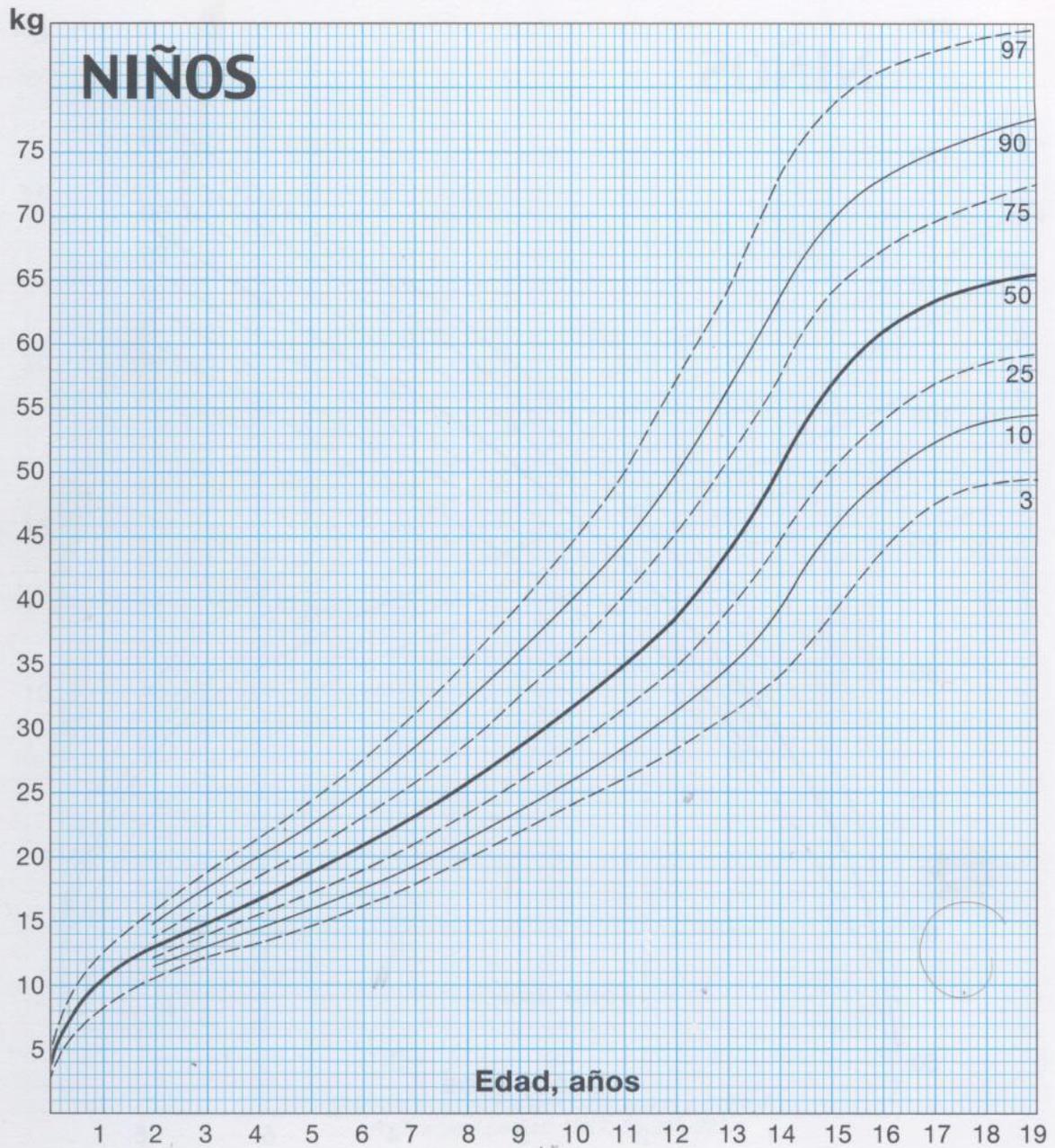
Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

Gráfico N° 18

NIÑOS

PESO

Nacimiento-19 años



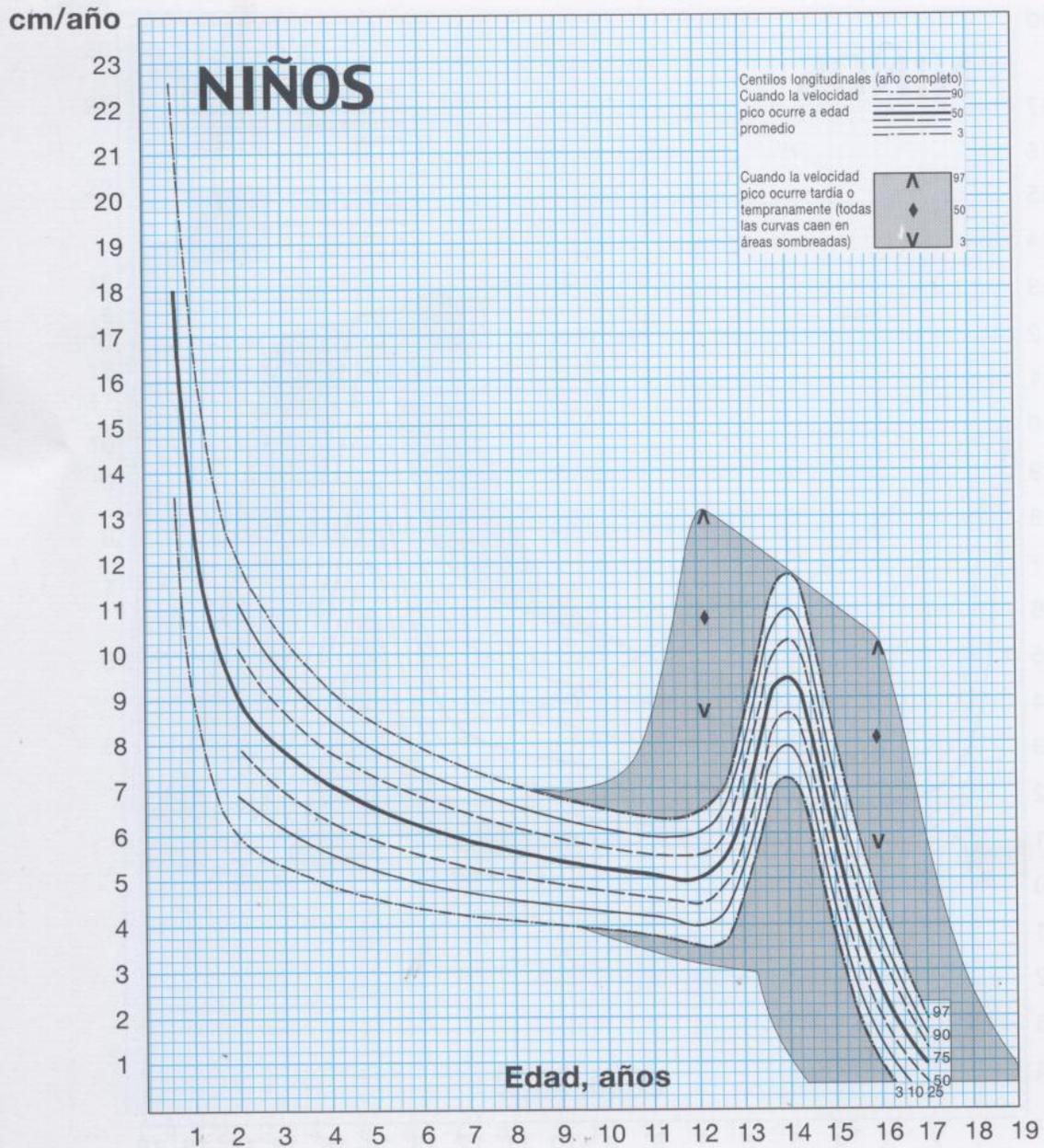
Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J.
Arch. argent. pediatr 1987; 85:209-222.

Gráfico N° 26

NIÑOS

VELOCIDAD DE ESTATURA

Nacimiento-19 años



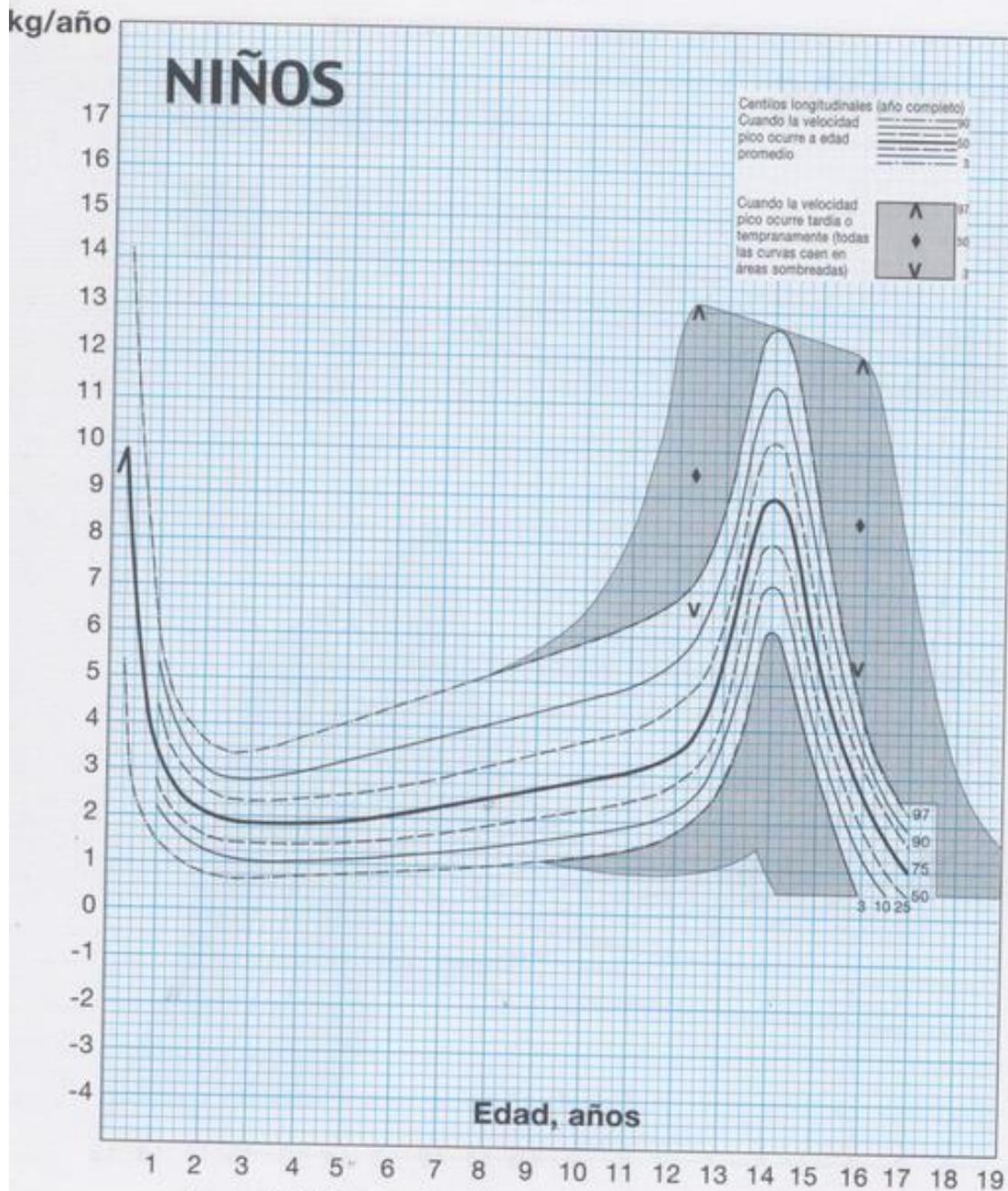
Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi N. Arch Dis Child 1966; 41:454 (parte I) y 1966; 41:613 (parte II).

Gráfico N° 25

NIÑOS

VELOCIDAD DE PESO

Nacimiento-19 años

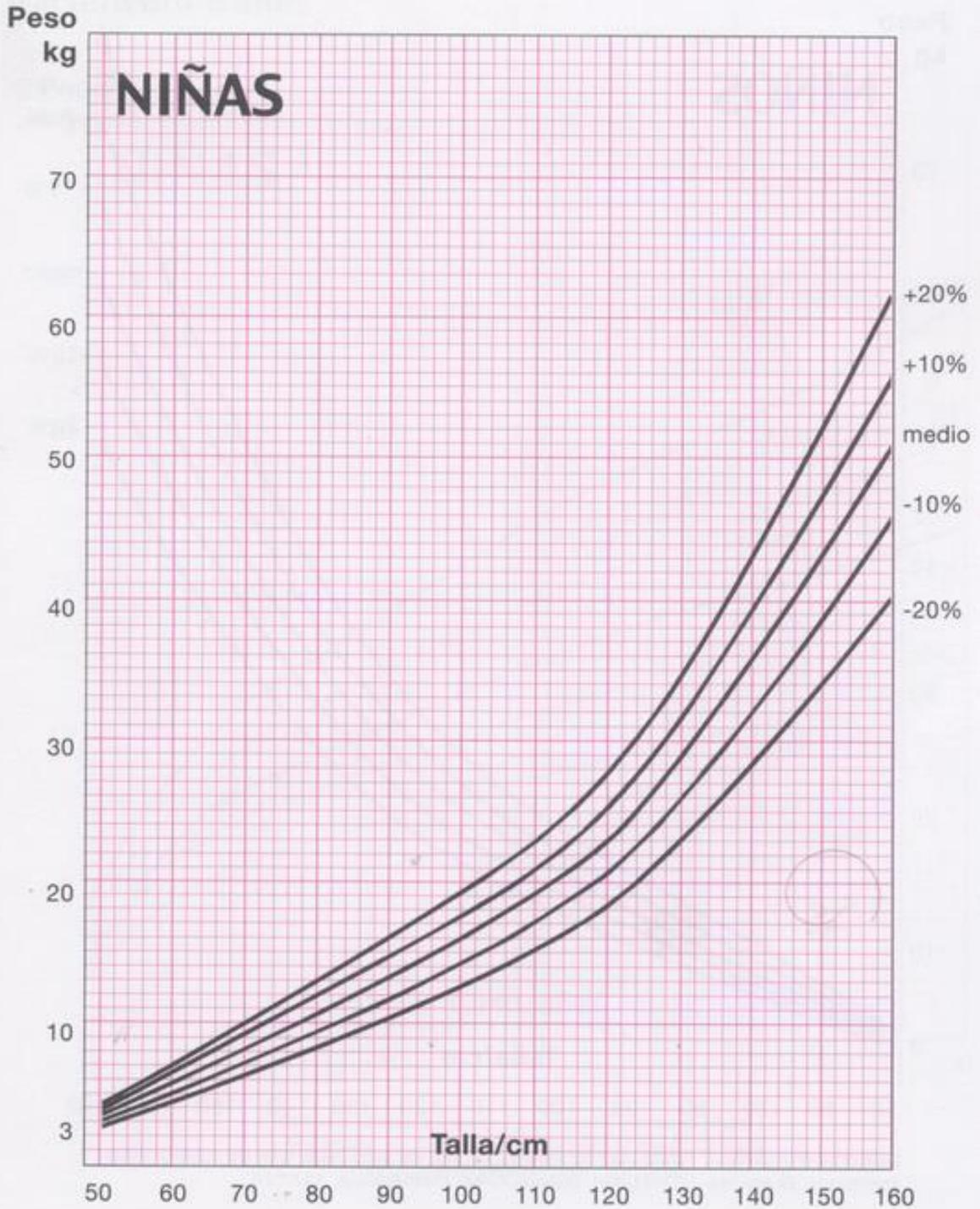


Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi N. Arch Dis Child 1966; 41:454 (parte I)
y 1966; 41:613 (parte II).

Gráfico N° 28

NIÑAS

RELACIÓN PESO-TALLA

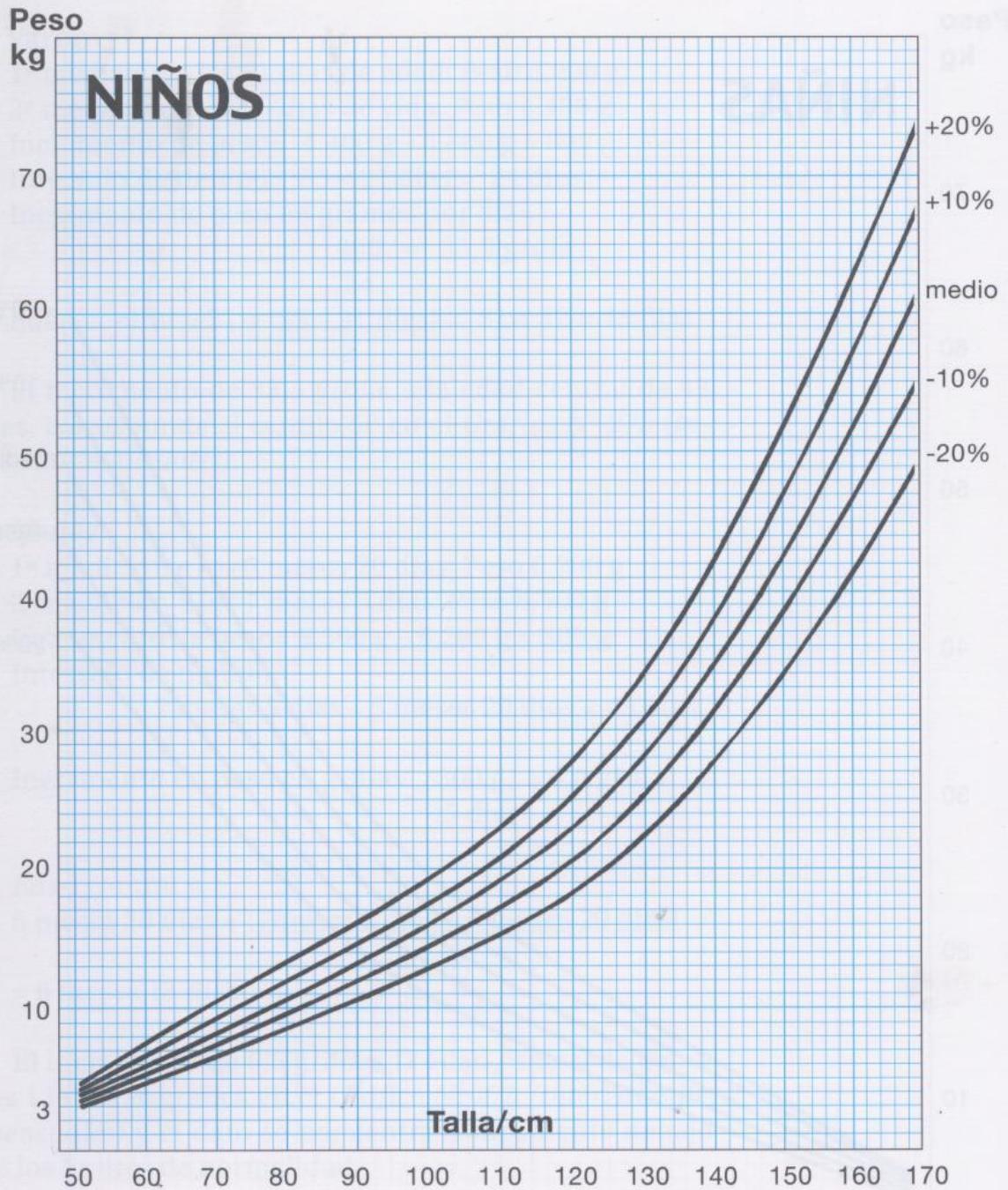


Lejarraga H y Orfila J. Tablas de crecimiento normal de peso para talla de niños y niñas argentinos. Braguinsk J. Obesidad. Buenos Aires: Promedicina, 1977:16.

Gráfico N° 29

NIÑOS

RELACIÓN PESO-TALLA



Lejarraga H y Orfila J. Tablas de crecimiento normal de peso para talla de niños y niñas argentinos. Braguinsk J. Obesidad. Buenos Aires: Promedicina, 1977:16.