

Hospital Ginecoobstétrico «América Arias»

La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano

Dra. Miriam Aliño Santiago,¹ Dr. Raymundo Navarro Fernández,² Dra. Juana R. López Esquirol,³
Dra. Iraiza Pérez Sánchez⁴

RESUMEN

En el artículo se trata con particularidad la edad preescolar, que es la de mayor morbilidad y mortalidad durante la infancia, excluyendo al primer año de vida, además de que en ella se sientan bases que repercuten en la salud a largo plazo. Se comentan el desarrollo normal durante el período, la creación de hábitos, las causas de enfermedad y defunciones, y las características de la atención médica. Partiendo de la difusión de conocimientos respecto a este período, se centra el énfasis en la cultura de la salud por medio de la formación de hábitos saludables y de la prevención.

Palabras clave: Preescolar, desarrollo, crecimiento físico, hábitos, afecciones frecuentes, mortalidad, inmunizaciones.

La edad preescolar, no resulta habitualmente de la que más información específica podamos encontrar, porque sus características y problemas se abordan comúnmente en el contexto del desarrollo general del ser humano y de afecciones propias de las edades pediátricas en su conjunto. Sin embargo, es la principal aportadora de morbilidad y mortalidad durante la niñez, después de la lactancia, y en ella se estructuran los cimientos fundamentales del desarrollo de la personalidad y se producen acontecimientos físicos y de formación de hábitos que influyen en la calidad de vida a lo largo de la existencia.

En sentido general existe consenso respecto a la fecha de inicio, que se ubica en los dos años, así como a la conclusión alrededor de los 5 años,¹ aunque con fines estadísticos, se define la población preescolar de 1 a 4 años.²

La etapa posee particular significación, por el fomento y regulación de disímiles mecanismos fisiológicos que influyen en aspectos físicos, psicológicos y sociales, destacándose el papel de la familia.³

Las adquisiciones cognoscitivas y afectivas son numerosas, por lo que se hace necesario brindar al preescolar, atención, afecto, confianza y estimulación, a fin de lograr su progreso apropiado.⁴

CARACTERÍSTICAS DE LA ETAPA

Un parámetro fundamental en esta edad es el crecimiento físico, para cuya evaluación se emplean dimensiones consideradas básicas, como la talla, el peso y la circunferencia cefálica. Los preescolares que se encuentren en las mediciones referidas por debajo del percentil 3 o por encima del 97 exhiben un comportamiento atípico, que exige procedimientos que permitan determinar si hay o no alguna condición patológica responsable.^{5,6}

La relación talla niños/padres comienza a evidenciarse en los años preescolares. Los factores genéticos, neurohormonales y locales ejercen funciones reguladoras sobre el crecimiento, mecanismos que interactúan y cambian de carácter con la edad, siendo el patrón de crecimiento, consecuencia de características heredadas y medio ambiente, lo que explica su variabilidad. En el ambiente, afectan la velocidad del crecimiento y su resultado final, las enfermedades, la nutrición y las perturbaciones psicológicas, cuya influencia puede ser directa o indirecta.⁹ Es típica en los preescolares la desaceleración del crecimiento.^{5,7}

Al considerar el peso para la edad debemos tener en cuenta la talla alcanzada, partiendo de que un valor alto o bajo no implica necesariamente exceso o defecto, sino que quizás está relacionado con una talla elevada o baja no patológica, aunque puede obedecer a sobrepeso, obesidad, desnutrición o delgadez. A su vez, valores de peso/edad dentro de límites «normales» que, sin embargo son excesivos o bajos para la talla, pueden ser expresión de rasgos constitucionales. Las mencionadas razones limitan el peso como medida del estado nutricional de un preescolar, sin desconocer su importancia.⁵ La ganancia anual promedio de los preescolares es 2 kg de peso y de 7 cm de talla, y su morfología externa se caracteriza por hacerse más esbeltos que en las etapas precedentes.^{5,8} En cuanto a la circunferencia cefálica, a los tres años el preescolar mide alrededor de 49 cm y, al término de la etapa (5 años), alcanza los 50.⁹

A lo largo de la edad, la mayoría de las regiones del cuerpo crecen en correspondencia con la estatura, pero el cerebro, los órganos reproductivos, las amígdalas, adenoides y ganglios linfáticos, así como la grasa subcutánea, no siguen ese patrón. El cerebro, alcanza casi el 90 % de su tamaño al concluir la etapa y los ojos y oídos se desarrollan primero que otros órganos.⁹ Ocurre el remodelado de la cara y brotan los segundos molares. Habitualmente aún no se produce la caída de la dentición decidua.^{1,10,11}

En cuanto al desarrollo neuropsicomotor, son metas alcanzables en la edad señalar partes del cuerpo, designar objetos usuales, conocer su nombre completo, comparar pesos y líneas desiguales, diferenciar formas, responder correctamente si tiene hambre, sueño o frío, identificar los colores fundamentales, ejecutar 3 encargos y distinguir entre

derecha e izquierda. Se pueden copiar líneas que se cruzan sin demostración, así como figuras, que en el caso de la humana al principio se reduce a círculos que representan la cabeza, con piernas y brazos en forma de líneas. Luego van adicionando el tronco, extremidades diferenciadas en brazo, antebrazo, muslo y pierna, así como otros detalles anatómicos y de vestuario con diferenciación sexual.¹²

Se perfecciona la actividad motora gruesa y fina. Al término, se alternan los pies al subir y bajar escaleras y son capaces de sostenerse y saltar en un pie. Los preescolares pueden utilizar tijeras. Manejan bien los utensilios para alimentarse. Se asean y secan sus manos y se visten, requiriendo ayuda solo al abotonarse y para anudar los zapatos. Al culminar la etapa nombran las monedas y billetes y ya han alcanzado la facultad de diferenciar entre fantasía y realidad.¹³

En los primeros estadios los juegos son paralelos, y a finales de los 3 años pasan a ser interactivos. Juegan con amigos imaginarios. El juego de roles es la actividad fundamental de la edad, la cual permite el desarrollo de capacidades que los prepara para el tránsito exitoso por la siguiente etapa.¹⁴ Desean valerse por sí, son egoístas, temperamentales, padecen miedos y gustan de explorar el cuerpo. A los 5 años saben los días de la semana y los meses, comprenden órdenes con múltiples instrucciones, sienten curiosidad acerca de hechos del mundo que les rodea, son más cooperativos y responsables y se complacen en agradar a los demás.¹⁵

El lenguaje, actividad básica en el desarrollo integral del ser humano, se produce de forma acelerada en la edad preescolar.^{16,17}

El período prelingüístico observado en los primeros tiempos de vida posnatal, limitado a la expresión corporal y a algunos sonidos, experimenta un proceso direccionado al dominio de signos lingüísticos, para expresar deseos, ideas, relacionarse y afirmar la identidad, y pasa entonces el lenguaje corporal a complementar el oral. Surge el uso de los tiempos verbales, aunque pasado y futuro pueden confundirse al principio, después se consolida su uso correcto al referirse a sucesos inmediatos en el tiempo.

Son típicas de la etapa las preguntas, particularmente «¿por qué?». El vocabulario activo del niño se compone aproximadamente de 2000 palabras, repiten frases de 12 sílabas y consiguen cantar una canción. La estructura lingüística va haciéndose más compleja y coherente, y el niño puede hablar acerca de todo lo que le rodea, de su edad y sexo, y con el tiempo, mantener conversaciones y utilizar el lenguaje en función social. La riqueza de este está en correspondencia con la del lenguaje de sus padres o cuidadores. La relación entre vocabulario/entendimiento/conciencia del entorno es directa, porque el dominio del lenguaje oral favorece el desarrollo del pensamiento. A los 5 años se han incorporado todos los fonemas.¹⁷

Es común la aparición del tartaleo fisiológico, disfluencia oral fisiológica que se presenta entre los dos y seis años de edad debido al desequilibrio ideoverbal existente en este período, en el cual el niño tiene la facultad de pensar prácticamente sin límites en desventaja con su capacidad articulatoria y vocabulario limitado. El tartaleo fisiológico se caracteriza por vacilaciones, titubeos, imprecisiones orales, repeticiones de sonidos, sílabas y palabras, elongaciones de sonidos y contracciones musculares espasmoideas aisladas y pocas (*tonus*). Como su nombre indica, se trata de un proceso normal del desarrollo, que aparece hasta en el 90 % de los preescolares y, como la

mayor parte de los problemas del habla propios del progreso de los infantes a través del ciclo de vida, desaparece en meses. Sin embargo, algunos niños continúan presentándolo durante un tiempo superior y en tal caso debe buscarse ayuda especializada.^{16,17} Se plantea que las niñas aventajan a los varones en las tareas que involucran el lenguaje.¹⁷

La visión, cercana a 20/20 al final de la etapa, le permite enfocar objetos de cerca y lejos, distinguir colores y percibir la profundidad. Algunos trastornos visuales pueden hacerse patentes en el período.¹³

Los hábitos, patrones aprendidos de naturaleza compleja, pueden definirse como costumbre que se adquiere por la reproducción de un acto, en sus inicios voluntario, que después se torna en involuntario. Estos se señalan entre los factores que determinan la nutrición, el sueño y la higiene personal.

La etapa preescolar es momento ideal para la promoción de hábitos sanos de higiene, alimentación y sueño.⁹ Se deben fomentar hábitos bucodentales saludables, como el cepillado sistemático y correcto de los dientes.¹⁸⁻²¹ El baño diario, el lavado de manos antes de la ingestión de las comidas y después de la defecación, la limpieza y corte de las uñas, así como la responsabilidad con el aseo anal y genital cuando están en condiciones de hacerlo, favorecen el desarrollo de hábitos adecuados de higiene personal.

La profilaxis de vicios posturales evita deformidades vertebrales que pueden derivarse de ellos, ya que el raquis en esta etapa es muy maleable. A causa de potenciales daños a la salud deben promoverse actitudes protectoras contra excesos de ruidos y radiaciones solares.⁹

Los horarios de sueño en los primeros años preescolares incluyen los horarios nocturnos y diurnos. El horario nocturno es para todo el período de 10 a 12 h, mientras que el diurno es de 4 h a los 2 años, de 1 a los 3, y después comúnmente se van abandonando las siestas. Es útil establecer un régimen fijo y tratar de que el niño se relaje antes de ir a la cama, especialmente en la noche, para lo que se recomienda que escuche música suave o tenga alguna lectura agradable; después debe dormir con la luz apagada y a solas.²²

La creación de hábitos que promuevan conductas alimentarias adecuadas es de gran importancia, teniendo en cuenta siempre la disponibilidad de alimentos y el patrón cultural familiar. Existe un período crítico de aprendizaje en este sentido que, cuando se retarda, hace más difícil asumir un comportamiento alimentario saludable.²³ El ambiente que rodea la alimentación debe garantizar la interrelación niño/alimentador, porque es un factor protector contra la anorexia, uno de los síntomas más frecuentes de la edad y de mucha importancia por sus posibles consecuencias sobre el estado nutricional.²⁴ Vale apuntar que aunque ciertos alimentos no gusten a los adultos, comentarlo en presencia del preescolar puede predisponerlo a no aceptarlos. Es además elemental conocer las necesidades de la etapa para evitar presiones sobre los infantes a fin de que ingieran más de lo requerido, lo cual por añadidura fomenta consumos que pueden conducir a obesidad.²⁵

El control esfinteriano, expresión de la maduración del organismo infantil, pasa también por el eje del entrenamiento. Así, el control del esfínter anal se consigue como promedio en los inicios de la edad preescolar (2 años),^{12,26} el vesical diurno a los 3 y el nocturno a los 5 años.¹²

MALOS HÁBITOS Y MORBILIDAD

En general los hábitos bucales incorrectos provocan deformidades dentomaxiales y son adquiridos fundamentalmente en esta fase. Se citan además la respiración bucal, la queilofagia, la onicofagia, el empuje lingual, la masticación de objetos y el uso de chupetes después de los 3 años. Su prevención o eliminación en edades tempranas, a través de la labor educativa, ha sido preocupación de expertos en el tema.¹⁸ La succión del pulgar durante la etapa preescolar ha sido motivo de debates y las opiniones se inclinan a preferirla en lugar del uso de chupetes.²⁰

Andar descalzos, en particular en la tierra, favorece la helmintiasis, por parásitos que penetran a través de la piel, por lo que debe insistirse en el uso correcto del calzado, con énfasis en los preescolares de zonas rurales, por ser los más expuestos.¹³

Una consecuencia de malos hábitos es la constipación crónica, de alta prevalencia en la etapa, la que se puede originar por dietas inadecuadas, ricas en carbohidratos e insuficientes en agua y frutas naturales, rechazo al uso de sanitarios «ajenos», estrés, cambios en la rutina para defecar, postergación a causa del juego, irregularidad en el horario de las comidas y sedentarismo. Crear hábitos correctos de defecación (2 veces por día, como promedio) previene el estreñimiento.²⁷

La encopresis es un problema relativamente frecuente en la edad. Suele provocar malestares emocionales a los niños, al carecer de control sobre la fuga de las heces. Ocasiona retraimiento debido a la evacuación involuntaria o no percepción de la necesidad de hacerlo.¹³

Fenómenos frecuentes en la edad son las pesadillas y los terrores nocturnos. El terror nocturno es un despertar parcial con gritos, pataleos, pánico y agitación, que generalmente ocurre en las dos primeras horas de sueño. Los padres no deben alarmarse ya que terminan con el sueño profundo y son breves. Se debe ayudar al niño a retornar a un sueño normal, iluminando la habitación y tranquilizándolo. Pueden deberse a agotamiento o irregularidades en los horarios de sueño. Se recomienda despertar a los preescolares 15 min antes de la hora de ocurrencia, con lo cual se suele resolver el problema. Aunque por lo común son trastornos transitorios del sueño, frente a ciertas circunstancias, dada su semejanza con un grupo de enfermedades, es conveniente realizar investigaciones que las descarten. Es el caso de los niños que presentan babeo, espasmos, rigidez, reiteración después de manejo adecuado, prolongación más allá de 30 min, aparición durante la segunda mitad de la noche y presencia de temores diurnos.

Las pesadillas se producen durante la última parte del sueño y despiertan a los niños asustados, con miedo a volver a dormir. Pueden producirse sin causa aparente o ser consecuencia de algo visto o escuchado. Cuando tienen lugar esporádicamente son normales y se pueden relacionar con las etapas de desarrollo. En estos sueños suelen estar personajes, objetos o situaciones que atemorizan al niño, al que se debe dar apoyo

y confianza y acompañarlo hasta que se calme. Como medida preventiva es válido no querer disciplinar al niño asustándolo, e igualmente suprimir conversaciones o programas de terror. Si empeoran y el miedo que le producen interfiere en sus actividades cotidianas, requieren de estudios y atención especializada.²⁸

En cuanto a la morbilidad, en esta edad está dada en su mayoría por enfermedades respiratorias y diarreicas agudas, infecciones urinarias, enfermedades infectocontagiosas, infecciones del sistema nervioso central y de la piel, trastornos nutricionales y accidentes.²⁹

En el caso de Cuba, la rubéola, el sarampión, la difteria, la parotiditis, la tos ferina, tétanos, la hepatitis B y las enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* y meningococo B y C, se han erradicado o reducido extraordinariamente a partir de la vacunación de la población infantil contra estos agentes.^{30,31}

La prevalencia de parasitismo intestinal es alta, en general, en la población preescolar. Varios estudios han demostrado que a esta edad el parásito intestinal más frecuente es la *Giardia lamblia*,^{32,33} cuya transmisión se puede favorecer si los niños asisten a instituciones donde interactúan con otros que funcionan como fuentes de contagio.³² La literatura revisada señala los mayores porcentajes de positividad entre los 2 y 4 años. Sus manifestaciones clínicas varían desde cuadros asintomáticos, hasta dolor o distensión abdominal, diarreas crónicas, vómitos, fatiga, pérdida de peso y reacciones alérgicas.³⁴

La infección por enteropatógenos que no requieren de ciclos de maduración en el suelo ni hospederos intermediarios, sino que se relacionan con la calidad del agua ingerida, afecta más a los preescolares.^{35,36}

La anorexia, que motiva alrededor del 20 % de las consultas en la infancia, se presenta como evento fisiológico en la edad, especialmente cuando aparece sola, mientras que como síntoma asociado desaparece junto con la enfermedad que la provoca. Entre los procesos más comunes que la producen están las enfermedades infecciosas febriles,²⁴ el parasitismo, la ingestión de medicamentos y el déficit de hierro o zinc. En ocasiones expresa trastornos psicológicos.²³ A veces es espuria, debido a las expectativas de la familia respecto al apetito del preescolar. En cuanto a su manejo suelen aplicarse procedimientos que lejos de suprimirla la estimulan. Para su prevención se recomienda establecer hábitos adecuados de alimentación. Otra de las causas es el destete tardío.²⁴

Los trastornos nutricionales son frecuentes en la edad preescolar. Entre ellos se halla la obesidad, que además de una enfermedad es un factor de riesgo asociado a muchas afecciones. Aunque en el Medioevo era signo de bienestar y opulencia, Avicena en el siglo xi describió ya algunos de sus efectos nocivos y en las postrimerías del siglo xix se empezó a considerar como estado crónico dado por exceso de grasa corporal.³⁷ La malnutrición por defecto no es rara en la etapa preescolar.

Entre los grupos donde el déficit de micronutrientes es más común está el de preescolares. La carencia de hierro cobra particular importancia porque provoca anemia que, aún cuando sea leve, puede propiciar disfunciones en el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.³⁸ Los factores que pueden condicionar o influir el déficit de hierro

son múltiples y entre ellos se citan la incorrecta ablactación, exagerada ingestión de lácteos y reiteradas infecciones agudas.^{39,40}

No obstante ser la anemia por deficiencia de hierro la más común, ha de tenerse en cuenta que pueden presentarse otras como las originadas por déficit de vitamina B12 y ácido fólico, las causadas por diversas afecciones hematológicas, como la sickleemia, y las asociadas a enfermedades crónicas renales y digestivas.

La vitamina A tiene entre los dos grupos de mayor riesgo de padecer sus deficiencias a los niños preescolares. Su déficit grave provoca ceguera infantil. Los estados marginales tienen amplias consecuencias para la salud y la supervivencia infantil. Los niños con deficiencia de vitamina A son más susceptibles de padecer complicaciones de las diarreas, el sarampión y las neumonías, debido a la disminución de la función inmunitaria y a la menor efectividad de las barreras epiteliales.⁴¹

La hipertensión arterial en preescolares es poco frecuente. Lo más común cuando se presenta es que sea secundaria y obedece a problemas renales entre un 25 y 50 %. También puede deberse a coartación aórtica, feocromocitoma o hiperaldosteronismo.⁴²

Establecer las cifras tensionales normales es difícil en los niños, porque los resultados dependen de múltiples factores, entre ellos la edad, el peso y la talla, razones que exigen estándares de referencia para interpretar los valores obtenidos, de modo que ubicándolos en percentiles, podamos diagnosticar desviaciones de la normalidad cuando se sitúan repetidamente por encima del 95 para la edad, exigiendo en estos casos evaluación.⁴³

Los diferentes tipos de accidentes se sitúan entre las causales frecuentes de morbilidad y mortalidad en la edad preescolar. Los preescolares se exponen a sustancias químicas como medicamentos, plaguicidas, productos del hogar e industriales, que incrementan el riesgo de sufrir intoxicaciones agudas.⁴⁴ Al analizar su distribución por edades se observa clásicamente un pico de incidencia entre los preescolares, con predominio del sexo masculino.⁴⁴⁻⁴⁶

Investigaciones parciales en el país han reportado al menos en un quinquenio 5 377 casos de intoxicaciones agudas en niños, el 53 % en las edades hasta 4 años, ocurridas la mayoría en el hogar.⁴⁵ La frecuencia superior en preescolares obedece a su gran curiosidad por lo que le rodea, así como accesibilidad a productos tóxicos si no se han tomado las precauciones necesarias.⁴⁷

Los traumas craneoencefálicos son frecuentes en pediatría.⁴⁸ Pueden ser causados por accidentes de tránsito, que según algunos autores afectan al 6 % de los preescolares. También las caídas son causales de ellos.⁴⁹ Estudios realizados en el país reportan en los accidentes infantiles predominio en la edad preescolar y el sexo masculino.⁴⁷⁻⁵⁰

Los trastornos del habla se ven más en el sexo masculino. Entre ellos se halla la tartamudez, que a diferencia del tartaleo fisiológico, es patológica (en este caso la disfluencia oral, está ocasionada por la ruptura del mecanismo de integración del habla en los primeros años de vida y afecta la fluidez y el patrón de tiempo del habla). No se conoce con certeza su causa. Se ha especulado que puede ser hereditaria. Suele presentarse como complicación del tartaleo fisiológico, especialmente cuando éste es mal manejado. El tratamiento requiere la participación de un logofoniatra.¹⁷

Otra afección del período es el bloqueo aurículo-ventricular, que en niños con corazón sano suele ser asintomático, aunque algunos sufren crisis de Stokes-Adams. Como condición congénita es raro, y se presenta en 1 de cada 20 000 nacidos vivos.⁵¹ Puede concomitar con malformaciones cardiovasculares congénitas o cardiopatías adquiridas o aparecer después de cirugías correctoras.⁵²

En el autismo, trastorno generalizado del desarrollo, poco frecuente pero trascendente por su connotación humana y social, los síntomas aparecen regularmente durante los primeros tres años de la vida, para perpetuarse después a lo largo de la existencia, por lo que incluye la edad preescolar. Se caracteriza por irrelación con las personas y relación con objetos, imitaciones verbal y motora, uso del cuerpo y reacción de ansiedad. Es más frecuente en el sexo masculino (4/1), en tanto su gravedad es mayor en el femenino. La prevalencia entre hermanos alcanza el 5 % y si se trata de gemelos monocigóticos es casi 100 %, lo que hace pensar en su posible origen genético. Se estima que 1 de cada 6 autistas logra adaptarse socialmente. La prevalencia del trastorno varía de un país a otro y en las dos últimas décadas se reporta un marcado aumento.⁵³ En nuestro medio la tasa en el 2001 era de 2,1 por cada 10 000 niños y en el 2003, de 0,4 por 1 000, cifra muy baja con respecto a los reportes internacionales.⁵⁴

Los tumores cerebrales no son frecuentes en preescolares, pero tampoco son excepcionales. Son signos de alerta vómitos, cefalea y afectación de pares craneales, dependientes de la hipertensión endocraneal, así como la dificultad para la marcha.[55 A diferencia de lo que ocurre con los adultos, en estos y otros tumores especialmente los malignos donde las principales acciones se centran en la prevención, en el caso de los preescolares el impacto sobre la disminución de la mortalidad descansa en el diagnóstico oportuno y las terapias adecuadas

ATENCIÓN SANITARIA

La valoración del estado de salud del preescolar presupone integrar los antecedentes patológicos personales y familiares, los hábitos dietéticos, los patrones familiares de crecimiento, las condiciones psicosociales y económicas de la familia y un examen físico riguroso, incluida la evaluación pondoestatural.

En las consultas de puericultura se han establecido controles mínimos de salud, así como los modelos generales de realizarlos por los programas de salud, a lo largo del tiempo, y han experimentado las modificaciones que la dinámica de la vida ha exigido y hecho posible. De igual forma se han orientado metodológicamente los seguimientos en casos de enfermedades agudas o crónicas y de ingresos en el hogar.⁵⁶

La inmunización, el control del crecimiento y desarrollo, la educación sanitaria, los hábitos de higiene personal, la alimentación son también problemas importantes a atender en los preescolares, con el objetivo de garantizar la salud y el pleno desarrollo de sus potencialidades físicas y mentales. La curación y rehabilitación son acciones de carácter secundario y complementan la atención integral del niño.

Al evaluar el desarrollo neuropsicomotor hay que considerar el medio en que se desenvuelve el preescolar, sus antecedentes prenatales, perinatales, personales y

familiares en general, que de conjunto con el examen físico permitan la interpretación adecuada de cada caso.¹

En los niños discapacitados, la corrección y compensación de los defectos físicos y mentales desde las primeras edades constituye un gran reto y el objetivo es lograr la integración de estos a la vida social.

Las vacunas a administrar a preescolares son calendariadas de diferentes maneras según las normas de cada país pero, a pesar de los esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud, aún son inaccesibles para la mayoría de los niños. No obstante ser la epidemiología de cada nación la que regularmente condiciona formulaciones, existen vacunas que se recomienda administrar a los preescolares en todos los países, si no las han recibido. Es el caso de las vacunas antidiftérica, antitetánica, antisarampiónica, PSR y antipoliomiélica. Otras como la de hepatitis B, la varicela y la antineumocócica no forman parte habitualmente de los programas poblacionales y se aplican a grupos de riesgo o a preescolares que tienen la posibilidad de acceder a ellas, si no han sido ya inmunizados en etapas anteriores.⁵⁷

En Cuba y en otros países donde la enfermedad por meningococo B y C ha azotado a la población infantil, estas vacunas se emplean antes de la etapa preescolar o durante ella. En el país existe un calendario vacunal que, sobre la base de que los niños arriban a la edad con su esquema al día, no propone en este período vacunaciones, excepto la antipolio, durante las campañas.²⁹

COMENTARIOS FINALES

Al culminar la etapa el preescolar debe estar físicamente apto para asistir a la escuela, poseer capacidad de rendimiento psicológico, comunicarse con sus pares, formar parte de un grupo, cumplir tareas asignadas, además de las elegidas por sí mismo y poseer hábitos higiénicos.

Se recordará que los niños seleccionan, en este momento, el modelo de lo que serán cuando crezcan y que este es escogido generalmente de acuerdo al sexo. A los 4, 5 o 6 años los niños asumen sus patrones de comportamiento. Como madres, padres, familiares o médicos, es una hermosa experiencia la de acompañar a los infantes en sus andares por una edad en la que se transforman en seres sociales capaces de interactuar con los demás.

SUMMARY

In this paper, preschool age is particularly approached, since it presents the highest morbidity and mortality during childhood, excluding the first year of life, and it is in this stage that the foundations influencing on health on the long term are laid down.. Comments are made on the normal development during this period, the creation of habits, the causes of diseases and deaths, and the characteristics of medical care.

Starting from the spreading of knowledge about this period, emphasis is given to health culture by establishing healthy habits and by prevention.

Key words: Preschool, development, physical growth, habits, frequent affections, mortality, immunizations.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Needlman R. Crecimiento y desarrollo. En: Nelson W. Tratado de Pediatría. 17^a. Ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. Pp.35-58.
2. MINSAP. Anuario estadístico. La Habana: MINSAP; 2005. P.13.
3. Recursos de Salud Familiar: La familia y el niño en Edad Preescolar (de 4 a 5 Años). [en línea] 2001 Disponible en: www.askAAMC.org.
4. AJCPIE. 16 prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludables. AJCPIE- Serie HCT/AIEPI 2001; 62(3).
5. Álvarez RS. Temas de Medicina General Integral. Tomo I La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 88.
6. Esquivel M., Arenas R. Ruben M, Fernández R. Multimedia para la evaluación del desarrollo físico de los niños y adolescentes. ISCM-H: Dpto de Crecimiento y Desarrollo Humano; 2003.
7. Greenspan SI. Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood: clinical infant reports No. 1. New York: International Universities Press; 2002.
8. Gutiérrez JA, Esquivel M. El crecimiento de los jóvenes de La Habana en los últimos 80 años. Rev Esp Pediatr. 2002;58(2):115-9.
9. Ojeda del Valle M. Infancia y Salud. Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar. [Publicación electrónica] 2001. Disponible en: <http://www.infomed.sld>
10. Pérez NN, Chelotti A, Piloto, ME, Mirabal J. Estudio longitudinal de la dimensión vertical de oclusión en niños cubanos de 5 a 7 años de edad. Rev Cubana Ortod. 2001;16(1):54-8.
11. Hellman B. Changes in the human face brought about by development. Int J Orthod Oral Surg Radiog. 1927;13(6):475-516.
12. El Preescolar (2-5 años). [en línea] Abr 2006. Disponible en: <http://www.saludaliamedica.com/webs/med018749/page14.html>.
13. El niño en edad preescolar. 2001 [en línea] Disponible en: www.askAAMC.org.
14. Recursos de Salud Familiar: Niño en Crecimiento: Niño de 3 Años de Edad. 2001 [en línea]. Disponible en: www.askAAMC.org.
15. Recursos de Salud Familiar: Niño en Crecimiento: Niño en Edad Preescolar (de 4 a 5 Años). 2001 [en línea]. Disponible en: www.askAAMC.org.
16. Pazo TQ, Viduera IT, López NB, Urrusuno FC, Llanes MRA. Valoración logofoniatría de niñas y niños antes de iniciar el círculo infantil. [serie en línea] Rev Cubana Pediatr. 2003;75(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312003000300005&script=sci_arttext&tlng=es
17. León, O. Así crecen: El lenguaje en la edad preescolar. Salud para la Vida [en línea]. 2006. <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=284>

18. Recursos de Salud Familiar: Anatomía y el Desarrollo de la Boca y de los Dientes. 2001 [en línea]. Disponible en: www.askAAMC.org.
19. Maya BH. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Rev Cubana Ortod* 2000;15(2):66-70.
20. Recursos de Salud Familiar: Succión del Pulgar. 2001 [en línea]. Disponible en: www.askAAMC.org.
21. Sánchez RT, Machado MM, Grau RÁ, Vélis OC. Diferencias sexuales en la dentición temporal. *Rev Cubana Estomatol* [en línea] 2004;41(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200003&lng=es&nrm=iso
22. Recursos de Salud Familiar: Hábitos de sueño Saludables. 2001 [en línea]. Disponible en: www.askAAMC.org.
23. Recursos de Salud Familiar: Niño en Edad Preescolar y la Nutrición. 2001 [en línea]. Disponible en: www.askAAMC.org.
24. Coronel Carvajal C. Anorexia: Un problema con solución familiar. *Rev Cubana Pediatr* [serie en línea]. 2001;73(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312001000100001&script=sci_arttext
25. Porrata C, Monterrey P, Martín I. Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Consumo, Gustos y Preferencias de la Población Cubana. Informe Preliminar. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, La Habana 2001.
26. Álvarez RS. Temas de Medicina General Integral. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. P. 97.
27. Fragoso AT Díaz LT, González HJ, Llorian AM, Luaces FE, De Armas GA. Algunos aspectos fisiopatológicos, de prevención y tratamientos de la constipación en la infancia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en línea] 2004;20(5-6). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi095_604.htm
28. Terrones nocturnos y pesadillas. 2001 [en línea]. Disponible en: www.askAAMC.org.
29. MINSAP. Informes anuales Dirección Materno-infantil. 1996-2001.
30. Ochoa Azze, R. Prevalencia de anticuerpos contra enfermedades prevenibles por vacunas. Jornada Nacional de Ciencias Básicas Médicas Girón 2005. ICBP “Victoria de Girón” Libro de resúmenes octubre 18 al 21 de 2005.
31. MINSAP. Informes anuales del Viceministerio de Higiene y epidemiología. 1994-2001.
32. Mendoza D, Núñez F, Escobedo A, Pelayo L, Fernández M, Torres D, Cordoví R. Parasitosis intestinales en 4 círculos infantiles de San Miguel del Padrón, Ciudad de La Habana, 1998. *Rev Cubana Med Trop*. 2001;53(3):189-93.
33. Núñez F, González O, Bravo J, Escobedo A, González I. Parasitosis intestinales en niños ingresados en el Hospital Universitario Pediátrico del Cerro, La Habana, Cuba. *Rev Cubana Med Trop*. 2003;55(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0375-07602003000100003&script=sci_arttext
34. Milhet JH, Martínez FF, Virgilí PL, García RD. Características clinicoepidemiológicas de la giardiasis en niños de 3 sectores de salud. *MEDISAN* 2003;7(2):27-32.
35. Álvarez RS. Temas de Medicina General Integral. Tomo II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. Pp.663-65.
36. Álvarez RS. Temas de Medicina General Integral. Tomo II La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. Pp.674-80.
37. Fernández RR. La obesidad y su etiopatogenia. Jornada Nacional de Ciencias Básicas Médicas. Girón, 2005. ICBP “VICTORIA DE GIRÓN” Libro de Resúmenes, Octubre, 18 al 21 de 2005.

38. Grantham S, Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. *J Nutr* 2001;131:649S-668S.
39. Nitzan D, Leventhal A, Averbuch Y, Rishpon S, Cohen-Dar M. Five decades of trends in anemia in Israeli infants: implications for food fortification policy. *Eur J Clin Nutr* 2001;55:82-87.
40. Cojín I, Emond A, Emmett P, ALSPAC Study Team. Association between composition of the diet and haemoglobin and ferritin levels in 18-month-old children. *Eur J Clin Nutr* 2001;55:278-28668.
41. De la Campa J, Moreira DE, Valdés RA. Vitamina A en gestantes evaluadas mediante encuesta dietética e impresión citológica conjuntival *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(3).
42. Pruit AW. Hipertensión sistémica. En: Berhman RE, Klug Mon, Harbin AM, eds. *Nelson. Tratado de pediatría*. 15 ed. Madrid:Mc Graw Interamericana;1996. Pp.1712-14.
43. Fernández TR. Factores esenciales en la medición clínica de la tensión arterial. *Rev Cubana Med Gen Integr*1997;13(4):359-63.76.
44. Fernández J, Arcos R. Accidentes infantiles. Intoxicaciones. En: Cruz Hernández M. *Tratado de Pediatría*. 8va ed. Madrid: Ergon; 2001. Pp.1929-49.
45. Masot LA, Fonseca MH, Rodríguez MH, Corona EM. Morbilidad por intoxicaciones agudas en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos durante el quinquenio 1996-2000. *Rev Cubana Pediatr*. [en línea] 2004;76(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000300007&script=sci_arttext
46. Oduardo Lorenzo M, Martínez Cabrera J, Ramírez Muñoz S. Eventos tóxicos en la infancia según consultas telefónicas atendidas en el CENATOX (1994-2000). *Rev Cubana Pediatr* 2000;71(2):80-5.
47. Parra PP, Parra IP. Algunos aspectos de las intoxicaciones agudas en la infancia. Hospital Provincial Sur Docente, Santiago de Cuba. 2000. *Ped* [en línea] 2001 [fecha de acceso 20 de junio del 2002];15(7). Disponible en: www.1000bebes.com/accidentes/accidentes.htm
48. Lambert M, Cuellar F, Cebad B, Matos I. Accidentes en niños menores de 15 años, Baracoa, Guantánamo, 1999-2000. Policlínico Docente Hermanos Martínez Tamallo, Baracoa, Guantánamo. 2001. *Ped* [en línea] 2001 [fecha de acceso 20 junio 2002]; 15(7). Disponible en: www.1000bebes.com/accidentes/accidentes.htm.
49. Álvarez RS. *Temas de Medicina General Integral*. Tomo II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. P. 383.
50. González IG, Hernández JR, Álvarez AR, Ramírez LT. Labor de enfermería en el traumatismo craneoencefálico infantil *Rev Cubana Enfermer* [en línea]. 2003;19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192003000100009&script=sci_arttext&lng=es
51. Grolleau R, Leclerg F, Guillaumont S, Voisin M. Congenital atrioventricular block. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1999;92(1):47-5591.
52. Borrego SO, Borrego MA, Oliva SB. Bloqueo aurículo-ventricular congénito. Reporte de un caso. Revisión de la literatura. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovas* 2001;15(1):56-60.
53. Muñoz-Yunta JA, Palau-Baduell M, Salvadó-Salvadó M, Amo C, Fernández A, Maestú F, *et al*. Estudio mediante magnetoencefalografía de los trastornos generalizados del desarrollo. Nueva propuesta de clasificación. *Rev Neurol* 2004; 38 (Supl 1): S28-S32,10.

54. Ravelo Hdez. V. Gómez García A.M., Velásquez Argota J, Torres R. Estudio de Autismo. En: Por la vida. Estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de las personas con retraso mental en Cuba. La Habana: Casa Editora Abril; 2003. pp. 80-1
55. Taquechel OC, Corral NP, Verdecia MJ, Legrá RR, Pérez PA. Tumores del sistema nervioso central en la infancia [artículo en línea]. MEDISAN 2003;7(4).
56. MINSAP. Carpeta Metodológica. La Habana: MINSAP; 2000.
57. Las vacunas y las inmunizaciones en preescolares [monográfico en línea] 2001 Disponible en: www.askAAMC.org.

Recibido: 21 de febrero de 2007. Aprobado: 23 de mayo de 2007.

Dra. Miriam Aliño Santiago. Calle Línea y Avenida de los Presidentes, El Vedado. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: malino@infomed.sld.cu

1 Especialista de II Grado en Pediatría.

2 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria.

3 Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica.

4 Especialista de I Grado en Fisiología.