

Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

INTRODUCCIÓN

MÓDULO DE
AUTONOMÍA
PERSONAL Y SALUD

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

Imprime: Gráficas VARONA, S.A.

INTRODUCCIÓN

MÓDULO DE AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD



INDICE GENERAL	5
INTRODUCCIÓN AL MÓDULO PROFESIONAL	7
ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL MÓDULO PROFESIONAL	9
GLOSARIO	15
SOLUCIONARIO DE LAS ACTIVIDADES	20

INDICE GENERAL

UNIDAD DE TRABAJO 1: EL EDUCADOR INFANTIL COMO AGENTE DE SALUD

1. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	7
2. FACTORES IMPLICADOS EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	13
3. CONCEPTOS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	21
4. LA ESCUELA COMO PROMOTORA DE SALUD	25
5. RELACIONES DE LA ESCUELA INFANTIL	33
6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA INFANTIL	39

UNIDAD DE TRABAJO 2: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	7
2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	13
3. CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO	21
4. CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO INFANTIL. PARÁMETROS BÁSICOS PARA SU SEGUIMIENTO	27
5. DESARROLLO FUNCIONAL DEL ORGANISMO	45
6. MADURACIÓN SENSORIAL	55

UNIDAD DE TRABAJO 3: DESARROLLO DE HÁBITOS EN EL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS

1. EL DESARROLLO EVOLUTIVO	7
2. LA HERENCIA Y EL MEDIO AMBIENTE	15
3. MADURACIÓN PSICOSOCIAL	19
4. LOS HÁBITOS	23
5. HÁBITOS A DESARROLLAR EN EL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS	27

UNIDAD DE TRABAJO 4: ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS

1. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	7
2. ELABORACIÓN DE DIETAS	25
3. MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS	33
4. TRASTORNOS Y DIFICULTADES DEL NIÑO ANTE LAS COMIDAS	41
5. DESARROLLO DE HÁBITOS PARA UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN	47
6. PROGRAMACIÓN POR OBJETIVOS PARA QUE EL NIÑO APRENDA A COMER SOLO	57

UNIDAD DE TRABAJO 5: HIGIENE INFANTIL

1. LA HIGIENE	7
2. HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO Y DEL LACTANTE	11
3. HIGIENE DEL NIÑO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA	19

4. HIGIENE DEL MEDIO	29
5. CREACIÓN DE HÁBITOS DE LIMPIEZA E HIGIENE	37
6. ALTERACIONES Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA HIGIENE	43
7. PROGRAMACIÓN POR OBJETIVOS PARA EL CONTROL DE ESFÍNTERES	47

UNIDAD DE TRABAJO 6: EL SUEÑO Y EL DESCANSO

1. FISIOLOGÍA DEL SUEÑO	7
2. RITMOS Y NECESIDADES DE SUEÑO	13
3. LA HORA DE DORMIR Y EL DESPERTAR	19
4. DIFICULTADES A LA HORA DE DORMIR	25
5. ALTERACIONES RELACIONADAS CON EL SUEÑO	29
6. PROGRAMA POR OBJETIVOS PARA LA ADQUISICIÓN DEL HÁBITO DE LA SIESTA	35

UNIDAD DE TRABAJO 7: ENFERMEDADES INFANTILES

1. LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	7
2. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	13
3. CLÍNICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	21
4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRODUCIDAS POR BACTERIAS	25
5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRODUCIDAS POR VIRUS	31
6. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	43

UNIDAD DE TRABAJO 8: ACCIDENTES INFANTILES

1. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES	7
2. ACCIDENTES INFANTILES	11
3. TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	17
4. LESIONES PRODUCIDAS POR TRAUMATISMOS	25
5. OTRAS LESIONES QUE REQUIEREN ASISTENCIA	33
6. VENDAJES Y BOTIQUÍN DE URGENCIA	41
7. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA	47
8. EL EDUCADOR INFANTIL EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	55

Introducción al módulo profesional

El Módulo de Autonomía personal y Salud, incluido dentro del Ciclo Formativo de Grado Superior de Educación Infantil pretende ofrecer al alumno una serie de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales, que le permitan adquirir los conocimientos necesarios para poder intervenir de forma adecuada como futuro profesional de la Educación Infantil y por lo tanto en el desarrollo físico, psíquico y social del niño.

Las propuestas curriculares van a marcar los objetivos educativos que constituyen el eje sobre el cual gira todo el desarrollo, potenciando las relaciones del niño/a consigo mismo, con su entorno y con los demás.

Es importante tener en cuenta la importancia que tienen los primeros años en la vida del niño/a y como van a influir determinados aspectos en su desarrollo.

El educador infantil debe adquirir en el Módulo profesional *Autonomía personal y Salud* una formación teórico-práctica que le permita intervenir de forma adecuada, principalmente en el desarrollo físico del niño/a.

Debido a que su labor profesional se va a llevar a cabo con niños de 0 a 6 años, se deben tener en cuenta todos los aspectos relacionados con el desarrollo normal del niño y con las posibles alteraciones que pueden surgir durante el proceso de desarrollo.

La referencia al sistema productivo de este módulo se encuentra en la *Unidad de Competencia 2*:

«Preparar, desarrollar y evaluar las actividades destinadas al desarrollo de hábitos de autonomía y a la atención de las necesidades básicas».

El desarrollo del módulo, asociado a la citada unidad de competencia, tiene su concreción en las siguientes «realizaciones profesionales».

N.º	REALIZACIONES PROFESIONALES
2.1.	Preparar y supervisar los espacios y materiales de actividad según legislación vigente, con el fin de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas y desarrollar la capacidad de autonomía en los niños/as asignados
2.2.	Realizar las actividades de intervención dirigidas a la satisfacción de las necesidades básicas y a la formación de hábitos
2.3.	Actuar en situaciones de conflicto relacionadas con el desarrollo de las capacidades de autonomía y la realización de actividades de atención de las necesidades básicas, siguiendo, en cada uno de los casos, las orientaciones recibidas de los profesionales competentes.
2.4.	Aplicar las técnicas y procedimientos de evaluación para valorar el bienestar físico y psíquico obtenido y la consecución de las capacidades de autonomía en los niños/as asignados.

– Realizaciones profesionales, según R.D. 2/059/95 de 22/12/95. (BOE del 22/2/96).

A estas realizaciones profesionales se asocia un módulo profesional, caracterizado por un conjunto de capacidades terminales y criterios de evaluación. Capacidades terminales necesarias para dotar a los alumnos de las habilidades y destrezas que necesitan para la realización de un programa de salud y de autonomía personal, desde diferentes ámbitos, así como que sean capaces de potenciar el desarrollo de hábitos en los niños de 0 a 6 años.

En la siguiente tabla se recogen las «capacidades terminales» asociadas al Módulo profesional de Autonomía Personal y Salud.

N.º	CAPACIDADES TERMINALES
2.1.	Analizar las condiciones físicas que cubran las necesidades básicas en materia de salud de los niños/as para crear las condiciones adecuadas para su satisfacción
2.2.	Preparar las actividades de atención a las necesidades básicas del niño/a según su edad y contexto de intervención
2.3.	Desarrollar proyectos educativos de estimulación y enseñanza de hábitos de autonomía personal
2.4.	Desarrollar programas de actuación destinados a niños en situación de conflicto

Desarrollar procedimientos de evaluación de las intervenciones en la atención de las necesidades básicas y en el aprendizaje de hábitos de autonomía personal

Capacidades terminales según R.D. 2/059/95 de 22/12/95. (BOE del 22/2/96).

Aspectos específicos del módulo profesional

Todos los contenidos planteados en el Módulo profesional de Autonomía personal y Salud tienen como objetivo principal el de capacitar al técnico superior en Educación Infantil en la preparación, desarrollo y evaluación de proyectos, formales y no formales, para desarrollar las capacidades de autonomía en los/as niños/as de 0 a 6 años.

Los contenidos del Módulo se han estructurado en *cuatro bloques temáticos*, y éstos, a su vez, se han desglosado en varias *Unidades de Trabajo*, en función de las características de cada uno de ellos. La distribución de unidades está reflejada en la siguiente tabla:

BLOQUES	UNIDADES DE TRABAJO
I	1. El educador como agente de salud
II	2. Crecimiento y desarrollo 3. Desarrollo de hábitos en el niño de 0 a 6 años
III	4. Alimentación y nutrición del niño de 0 a 6 años 5. Higiene infantil 6. El sueño y el descanso
IV.	7. Enfermedades infantiles 8. Accidentes de la infancia

OBJETIVOS DEL MÓDULO

- Definir y establecer las diferencias entre los conceptos de salud y de enfermedad.
- Describir la importancia de la educación para la salud en el entorno familiar, escolar y social del niño/a.
- Determinar los objetivos de la educación para la salud en la escuela infantil.
- Describir las características que definen y determinan el crecimiento y el desarrollo en el niño/a.
- Detectar las principales alteraciones que afectan al crecimiento y desarrollo en los niños/as de 0 a 6 años.
- Promover la instauración de hábitos saludables en los niños/as de 0 a 6 años.

- Definir y determinar cuáles van a ser los elementos necesarios para la elaboración de programas para la adquisición de hábitos en los niños/as de 0 a 6 años.
- Diseñar distintos modelos de programas para la adquisición y modificación de hábitos saludables.
- Elaborar y seleccionar los programas más adecuados para la adquisición de los hábitos de alimentación, higiene, descanso, sueño, acción de vestirse y desnudarse y control de esfínteres.
- Determinar las pautas de actuación más adecuadas para fomentar otro tipo de hábitos, tales como: el orden, la organización, las relaciones sociales y la capacidad del niño/a para estar solo.
- Aplicar las medidas más adecuadas para conseguir que el niño/a adquiriera los hábitos relacionados con los hábitos saludables.
- Describir las características de las enfermedades transmisibles.
- Fomentar el desarrollo de actitudes para prevenir la aparición de enfermedades infecciosas.
- Planificar las estrategias y procedimientos necesarios para evitar la aparición de contagios en la escuela infantil.
- Identificar los riesgos potenciales de accidentes infantiles en la escuela.
- Seleccionar las normas de prevención más adecuadas para evitar que se produzcan accidentes infantiles.
- Aplicar las técnicas de primeros auxilios indicadas en cada tipo de accidente.

UNIDADES DE TRABAJO

Unidad de Trabajo 1. El educador infantil como agente de salud

En esta Unidad se da una visión general de los conceptos de salud y de enfermedad, resaltando la importancia de la «educación para la salud» en el entorno escolar, familiar y social del niño/a. Se hace especial énfasis en el papel que desempeña el educador como «agente de salud».

Se explican también aspectos sobre la relación de la escuela con la familia y los distintos servicios de salud; así como, el planteamiento que se hace en la escuela infantil de la «Educación para la salud», en los ciclos de 0 a 3 años y de 3 a 6 años.

Unidad de Trabajo 2. Crecimiento y desarrollo

Se describen los conceptos del crecimiento y desarrollo del niño/a y los factores que influyen en los mismos.

Se explican las características del desarrollo funcional de los diferentes aparatos y sistemas del organismo y además se describen los parámetros básicos y los procedimientos de medida para el seguimiento y comprobación del nivel de crecimiento y desarrollo del niño/a.

Unidad de Trabajo 3. Desarrollo de hábitos en el niño de 0 a 6 años

En esta Unidad se habla sobre el desarrollo evolutivo del niño, su maduración psicosocial y la influencia que la herencia y el medio ambiente tienen sobre todo el proceso del desarrollo.

Se describe el concepto de «hábito» y se detallan de manera pormenorizada cada uno de los hábitos a desarrollar en el niño de 0 a 6 años, relacionados con las necesidades filológicas o de autonomía personal (alimentación, higiene, sueño, descanso, etc.) y con otro tipo de hábitos (orden, organización, relaciones sociales, etc.).

Unidad de Trabajo 4. Alimentación y nutrición del niño de 0 a 6 años

En esta Unidad se explican todos los aspectos relacionados con la alimentación, nutrición y elaboración de los distintos tipos de dietas para niños entre 0 y 6 años.

Se precisan las consideraciones a tener en cuenta en el procedimiento de manipulación de los alimentos y las precauciones que hay que tener para evitar que se produzca algún tipo de proceso patológico.

Se especifican los aspectos relacionados con el desarrollo de hábitos para conseguir una adecuada forma de alimentarse y los posibles trastornos y/o dificultades que pueden aparecer en el niño/a en relación con las comidas y con el hábito de alimentarse.

Unidad de Trabajo 5. Higiene infantil

Aborda los contenidos relacionados con el concepto de «higiene» y con los procedimientos de la higiene en el recién nacido y en el niño durante su etapa de la primera infancia.

Se especifican las pautas a seguir y las precauciones a tener en cuenta en cada uno de los aspectos de la higiene: higiene corporal, higiene dental, higiene del vestido y control de esfínteres; así como, lo relativo a la higiene de la vivienda y del centro educativo.

Se explican también los aspectos más importantes sobre la aparición de posibles alteraciones y trastornos relacionados con los hábitos de la higiene.

Unidad de Trabajo 6. El sueño y el descanso

En esta Unidad se habla sobre las características fisiológicas del sueño y sobre las necesidades que tiene el niño/a con relación al sueño y al descanso.

Se describen las pautas a tener en cuenta para fomentar en el niño el hábito del sueño (por la tarde, en la siesta, o por la noche) y el descanso.

También se hace un repaso de las principales dificultades que puede sufrir el niño en relación con la hora de dormir y las alteraciones más frecuentes del sueño durante la noche.

Unidad de Trabajo 7. Enfermedades infantiles

Se explican y describen las características generales de las enfermedades transmisibles y cuáles de estas enfermedades afectan con mayor frecuencia a los niños de 0 a 6 años. Es decir, se habla sobre los agentes que las producen, los mecanismos de transmisión, los factores que influyen, la sintomatología y las pautas a tener en cuenta para prevenir su aparición.

Se hace especial hincapié en las enfermedades producidas por bacterias y virus y se detallan las pautas de aplicación y cumplimentación del «calendario vacunal».

También se describen los aspectos y características más importantes de las enfermedades no transmisibles que afectan a la infancia.

Unidad de Trabajo 8. Accidentes de la infancia

En ella se explican los aspectos más significativos de los accidentes infantiles y las lesiones que éstos pueden desencadenar, así como las pautas de actuación o aplicación de los primeros auxilios en cada uno de los distintos tipos de accidentes.

Se describen las pautas a tener en cuenta para prevenir la aparición de los accidentes infantiles, tanto en la escuela como en el entorno de la vivienda o el parque.

Se hace una referencia específica al papel que tiene el educador infantil en todo el proceso de prevención de los accidentes infantiles.

OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES PRESENCIALES

Las actividades presenciales propuestas están relacionadas directamente con los contenidos procedimentales, que por sus características, el tipo de material que se necesita para su realización o por su complejidad en algún aspecto se hace necesario realizarlas bajo la supervisión de un profesor (experto).

Se han propuesto, las siguientes actividades:

1. Visita a una «consulta de pediatría» de un centro de salud

Objetivos:

- Adquirir las destrezas de medida de las variables antropométricas de interés en el desarrollo infantil (peso, talla y perímetro craneal).
- Interpretar datos reales de gráficas de desarrollo estatura-ponderal y su influencia en el desarrollo infantil.
- Comprobar la aplicación e idoneidad de las pautas alimenticias estudiadas.
- Explicar y comprobar la secuencia de aplicación de las vacunas.

2. Visita a una escuela infantil

Objetivos:

- Verificar la correcta organización y distribución de espacios más frecuentes de una escuela infantil.
- Aplicar las técnicas de alimentación, de higiene, de sueño y de descanso convenientes a las diferentes etapas evolutivas de los niños en la escuela infantil.
- Planificar actividades tendentes a favorecer la correcta secuencia del ciclo sueño/descanso y actividad del niño/a.
- Relacionar las medidas de prevención de accidentes con las zonas y situaciones peligrosas más comunes en una escuela infantil.

3. Primeros auxilios

Objetivos:

- Saber actuar en diferentes situaciones de emergencia y saber valorar el estado de los distintos tipos de accidentados.

- Aplicar las técnicas de primeros auxilios adecuadas a las situaciones de accidente, con riesgo vital más frecuentes en la infancia.
- Aplicar las técnicas de soporte vital en los niños/as de 0 a 6 años.

Glosario

Actitud: Predisposición relativamente estable de conducta. El término proviene de la psicología social.

Aminoácido: Componentes químicos que contienen el grupo amino ($-NH_2$) y el grupo carboxilo ($-COOH$) a partir de los cuales se sintetizan las proteínas.

Andrógenos: Hormona masculina. Cualquier sustancia que posee acción masculinizante, como las hormonas testiculares.

Anticuerpo: Molécula de inmunoglobulina con una secuencia de aminoácidos específica, gracias a la cual interacciona solamente con un antígeno específico.

Antígeno: Cualquier sustancia capaz, en condiciones apropiadas, de inducir una respuesta inmunitaria específica.

Apéndice xifoideo: Término general que se utiliza en la nomenclatura anatómica para designar una parte complementaria, accesorio o dependiente unida a una estructura principal. En este caso hace referencia al esternón.

Apósito: Cualquier sustancia o elemento que se utiliza para cubrir y proteger una herida.

Arteriosclerosis: Esclerosis y engrosamiento de las paredes de las arterias de pequeño calibre (arteriolas).

Bacteria: Cualquiera de los microorganismos procarióticos unicelulares que suelen multiplicarse por división celular y cuyas células están contenidas en una cápsula.

Caloría: Unidad de calor definida como la cantidad de calor necesaria para elevar la temperatura de 1 g de agua en 1 grado centígrado ($1^\circ C$), a una temperatura específica.

Candidiasis: Infección producida por hongos del género *Cándida*, suele afectar a zonas superficiales y húmedas del cuerpo (piel, mucosa bucal, vagina, etc).

Capilares: Cualquiera de los vasos que conectan las arteriolas con las vénulas, formando una red en casi todas las partes del organismo.

Carbohidrato: Compuestos de carbono, hidrógeno y oxígeno en la proporción de estos últimos para formar agua (almidones, azúcares, etc).

Caries: Destrucción localizada del tejido calcificado que se inicia en la superficie del diente, por descalcificación del esmalte.

Cerebro: Parte del sistema nervioso central contenida en el cráneo; comprende el prosencéfalo, mesencéfalo y rombencéfalo.

Cognitivo: Ámbito de la personalidad que hace referencia a la dimensión intelectual.

Constructivismo: Concepción filosófica que surge como consecuencia de la interacción entre las ideas empiristas y el innatismo.

Decúbito: Acción de acostarse o posición adoptada al acostarse.

Decúbito supino: Acción de estar tumbado boca arriba y apoyado sobre la espalda.

Decúbito lateral: Acción de acostarse o de estar tumbado, echado sobre un lado, ya sea el derecho o el izquierdo.

Dimorfismo: Alteración del desarrollo morfológico de carácter congénito.

Electrocución: Lesión o quemadura de carácter local o general de todo el organismo producida por la acción de la electricidad.

Electroencefalograma: Técnica que se lleva a cabo mediante la aplicación de electrodos aplicados en el cuero cabelludo que registra las corrientes eléctricas originadas en el cerebro.

Encéfalo: Parte del sistema nervioso central que se encuentra encerrado dentro de la cavidad craneal.

Epidemiología: Ciencia que estudia los factores que determinan la frecuencia y la distribución de enfermedades, lesiones o acontecimientos relacionados con la salud.

Esfínter: Banda de fibras musculares en forma de anillo que constriñe un conducto o cierra un orificio natural (ano).

Estrabismo: Disposición viciosa de los ojos por la cual los dos ejes visuales no se dirigen a la vez a un mismo objeto. Bizquera.

Etiología: Estudio o teoría de los factores que causan enfermedad y del método de su introducción en el huésped; causa o causas u origen de una enfermedad.

Exantema: Erupción o rash cutáneo. Enfermedad que se caracteriza por la aparición de una erupción.

Fómites: Objeto, que no es en si mismo perjudicial, pero que puede albergar microorganismos patógenos.

Formación reticular: Estructura de configuración defimida, localizada en la base del encéfalo, que forma parte del sistema nervioso y que es responsable de acelerar o frenar el nivel de activación del organismo.

Genético: Perteneiente o relativo a la reproducción, nacimiento u origen. Heredado.

Habilidad: Disposición que muestra el individuo para realizar tareas o resolver problemas en áreas de actividad determinadas, basándose en una adecuada percepción de los estímulos externos y en una respuesta activa que redunde en una actuación eficaz.

Habituarse: Acostumbrar o hacer que uno se acostumbre a una cosa. Capacidad para acostumbrarse a situaciones nuevas.

Hemoglobina: Pigmento que se encuentra en el interior de los eritrocitos y que se encarga del transporte del oxígeno.

Hereditario: Perteneiente a la herencia o que se adquiere por ella. Innato. Que se transmite genéticamente de los progenitores a su descendencia.

Hipersensibilidad: Estado de reactividad alterada en la que el organismo reacciona frente a una sustancia extraña con una respuesta inmune exagerada.

Infeción: Invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales.

Inmunización: Proceso cuya finalidad es hacer inmune a un individuo, o adquirir uno mismo inmunidad.

Instrucción: Hace referencia a la formación intelectual. Como producto, es el resultado educativo del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Intoxicación: Envenenamiento o estado de envenenamiento.

Linfadenopatía: Enfermedad que afecta a los ganglios linfáticos.

Liofilización: Creación de un preparado estable de una sustancia biológica mediante congelación rápida y deshidratación del producto congelado.

Meninge: Membrana formada por tres capas que cubre el cerebro y la médula espinal.

Metabolismo: Suma de los procesos físicos y químicos por medio de los cuales se produce y conserva la sustancia viva organizada.

Morbilidad: Pertenciente a una enfermedad o que es capaz de producirla. Estado insano o insalubre.

Morboso: Que causa enfermedad o concierne a ella. Que provoca reacciones mentales moralmente insanas o es resultado de ellas.

Motivar: Dar causa o motivo para una cosa. Dar o explicar la razón o motivo que se ha tenido para hacer una cosa. Preparar mentalmente una acción.

Neurona: Cualquiera de las células conductoras del sistema nervioso. Una neurona típica consta de: un cuerpo celular con su núcleo, una ramificación larga o axón y varias ramificaciones cortas o dendritas.

Parasitosis: Infección o infestación producida por parásitos.

Paratiroides: Glándula situada al lado de la glándula tiroides, encargada de secretar la parathormona.

Patógeno: Que origina enfermedad o síntomas morbidos.

Periodontales: Que están relacionados directamente con el diente. Ejemplo: el ligamento periodontal o las enfermedades periodontales (afectan a tejidos que rodean al diente).

Pituitaria: Glándula hipofisaria. Cuerpo neural y epitelial que se localiza en la base del cerebro, en la silla turca.

Portador: Individuo que tiene en su cuerpo microorganismos específicos de una enfermedad, pero que no manifiesta ningún tipo de síntoma.

Prepucio: Pliegue cutáneo que cubre. Generalmente se hace referencia al del pene.

Profilaxis: Prevención de las enfermedades. Tratamiento preventivo.

Psicoanálisis: Con este término se designan tres áreas de conocimiento estrechamente relacionadas entre sí, a saber: un método de investigación psicológica, un modelo de teoría psicológica y una técnica terapéutica.

Reservorio: Huésped o portador alterno o pasivo que alberga microorganismos patógenos.

Rol social: Conjunto de expectativas de comportamiento exigidas a los que ocupan una posición social determinada. En otros términos, toda posición social o «status» que lleva asociadas un conjunto de normas o reglas sobre cómo se debe actuar.

Rutina: Costumbre inveterada, hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin razonarlas.

Salmonelosis: Cualquier enfermedad producida por una infección por Salmonella, que puede manifestarse como una intoxicación alimentaria.

Shock: Trastorno súbito del equilibrio mental o estado de insuficiencia circulatoria periférica aguda causado por alteraciones de la circulación o pérdida de líquido circulante.

Sistematizar: Organizar según un sistema.

Socialización: Proceso que transforma al individuo biológico en individuo social por medio de la transmisión y del aprendizaje de la cultura de su sociedad.

Sonambulismo: Andar en sueños; levantarse de la cama y caminar durante un estado aparente de sueño que suele presentarse en el primer tercio de la noche y dura desde unos pocos minutos hasta más de media hora.

Tiroides: Glándula situada en la parte anterior e inferior de la laringe, formada por lóbulos que están unidos por una parte denominada istmo.

Tóxico: Pertenciente o relativo a un veneno o toxina, causado por éste o de su naturaleza; que manifiesta los síntomas de una infección grave.

Toxiinfección: Infección producida por la acción de las toxinas eliminadas por ciertas bacterias que son altamente patógenas.

Traumatismo: Estado físico o psíquico resultante de una lesión traumática o de una herida.

Virus: Cada uno de los miembros de un grupo de minúsculos agentes infecciosos.

Soluciones de Autoevaluación

UNIDAD DE TRABAJO1. RESPUESTAS

1. No. Son estados relativos y sin límites concretos y precisos.
2. Lain Entralgo define la Salud, en función de una serie de criterios: objetivos, subjetivos y socioculturales.
3. Los aspectos psicológicos y una dimensión social.
4. El menos susceptible a ser modificado es el factor biológico y el de mayor susceptibilidad el estilo de vida.
5. Empleo, Estatus socioeconómico. Cultura, red familiar y red social.
6. La pobreza, lo que hace que también se la causa más importante de desencadenamiento de enfermedades.
7. La familia.
8. La persuasión, la motivación y la seducción de la gente.
9. El de agente comunitario.
10. Visión amplia de la escuela, estrecha relación con la comunidad a la que pertenece y reconocimiento de la influencia que ejerce la escuela sobre los hábitos de sus alumnos, independientemente de los contenidos formales de salud.
11. Los alumnos deben ser el centro de todas las actividades que se realicen en los centros educativos sobre promoción de la salud, siendo importante que intervengan y participen activamente en todo el proceso.
12. Debe tener en cuenta el respeto mutuo, la responsabilidad, la autonomía, el valor y las características y singularidad de cada persona.
13. Entre otros factores el comportamiento de los niños está influenciado directamente por: la instrucción de los padres, sus ingresos económicos, el nacimiento de otros hermanos, el cambio de casa, los trámites de separación o divorcio, etc.

14. El conocimiento mutuo, valoración de intereses comunes, la formación en centros de trabajo, determinación de: objetivos, metodología, realización de actividades y evaluación de todo el proceso.
15. Es importante tener en cuenta que el niño se perciba a sí mismo como eficaz, competente y capaz.

UNIDAD DE TRABAJO 2. RESPUESTAS

1. Las condiciones geográficas y climáticas influyen específicamente en el desarrollo de la talla y del peso.

El tipo de alimentación influye en la talla, el peso, la medida de los perímetros torácicos y craneales y en el desarrollo mental.

Las enfermedades influyen en el desarrollo físico y funcional de forma generalizada.

2. El test de APGAR valora el estado general y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y específicamente los siguientes parámetros: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio (respiración); tono muscular; respuesta refleja a estímulos y coloración de la piel.
3. La frecuencia con que se debe pesar al niño está relacionado directamente con su edad, así:
 - Durante los primeros días o semanas se debe realizar diariamente.
 - Posteriormente se realizará una vez por semana.
 - A partir de los 6 meses se realizará una vez al mes.
4. Debe realizarse colocando al niño de pie y con los talones, espalda y nuca apoyados directamente en el plano vertical del tallímetro, teniendo en cuenta y anotando la hora del día en la que se efectúa la medida.
5. Que en ese intervalo están comprendidos el 50% de los caso de cada muestra de edad. Es el valor central y por lo tanto coincide con la mediana de la distribución.
6. Las **suturas**, son las zonas de unión entre los distintos huesos del cráneo. Están formadas por tejido conjuntivo elástico.

La **fontanelas**, son los puntos donde contactan 3 o más huesos craneales. Están formadas por tejido conjuntivo blando.
7. Antes de los incisivos centrales superiores salen los incisivos centrales inferiores y después lo hacen los incisivos laterales superiores.

8. Conducir los alimentos al esófago, **evitar** que los alimentos invadan la vía respiratoria y **favorecer el paso de** los alimentos de la boca al estómago.
9. El meconio está constituido por **secreciones** de origen intestinal y otra serie de productos que son **ingendos** con el líquido amniótico por vía intrauterina. Su color es **pardo-negruzco** y de consistencia pegajosa.
10. A los 8 meses el niño se pone de **pie con** ayuda. A los 10 meses, gatea. A los 12 meses, se **mantiene de** pie agarrado. A los 14 meses, se sostiene de pie solo y **a los 15** meses ya anda.

UNIDAD DE TRABAJO 3. RESPUESTAS

1. Esta teoría considera que la **conducta de** las personas se debe a sus procesos internos, a partir de **los cuales** se estructuran y construyen los comportamientos.
2. Patrón de conducta motriz, patrón **de** conducta adaptativa, patrón de conducta social y patrón de **conducta** del lenguaje.
3. El condicionamiento clásico **sostiene que**, cuando un estímulo se asocia a otro puede provocar la **misma** respuesta que desencadena este último.

El condicionamiento operante **sostiene** que el proceso de aprendizaje es una actividad de ensayo- **error**, para buscar una solución. Si la respuesta tiene éxito, tiende **a repetirse**.

4. Piaget considera que el proceso **de** aprendizaje (entendido como la adquisición de determinados **conocimientos**) está en función del proceso de desarrollo (entendido **como** la adquisición de estructuras mentales nuevas).
5. El primer paso para que el niño **aprenda** es observar lo que hacen las personas que le rodean y **posteriormente**, a medida que va madurando, intentará hacer lo **mismo que** los adultos, por imitación.
6. Que el niño comprenda la **necesidad de** estas normas, comprenda alguna norma concreta, sea **capaz de** aceptarla y, por último, sea capaz de cumplirlas. El objetivo **será** conseguir que el niño vaya poco a poco logrando su **autonomía**.
7. La relación afectiva y el grado **de** comunicación ente los adultos y el niño, y además el grado de **equilibrio** y estabilidad de los adultos y la constancia y sistematización **en las** propuestas de tareas a realizar por el niño.

8. Vestirse: empieza a ponerse prendas sencillas, aunque a veces lo hace del revés. Colabora cuando se le viste y ya es capaz de abrocharse cremalleras.

Desnudarse: Es capaz de quitarse prendas fáciles, empieza ya a desabrocharse los botones y colabora en la tarea de desnudarse.

9. El niño ya es capaz de saludar a la gente conocida. Contesta de forma adecuada al teléfono. Cuando se le pregunta, responde dando explicaciones. Si se le marca el número de teléfono es capaz de hablar con las personas conocidas correctamente.
10. Es capaz de aguantar, pero con cierta dificultad, sin levantarse de la mesa. Habitualmente es capaz de comer solo y se mancha cada vez menos.

UNIDAD DE TRABAJO 4. RESPUESTAS

1. Son los elementos que componen los alimentos y que presentan características químicas y biológicas muy variadas, y cuyo objetivo es cubrir y satisfacer las necesidades del organismo.
2. Los nutrientes energéticos aportan la energía necesaria al organismo para que se puedan llevar a cabo todas las reacciones bioquímicas y procesos fisiológicos necesarios para la vida.
3. La dieta debe ser variada y equilibrada.

Entre el 50 y el 60% de las calorías deben proceder de los carbohidratos, el 25% al 35% de las grasas y el 15% de las proteínas.

4. No debe considerarse el alimento como un premio o castigo.
Se debe organizar la comida en un ambiente de buena relación entre el adulto y el niño.

No insistir con los alimentos que el niño rechaza.

Aprovechar los momentos de mayor apetito del niño para darle un nuevo alimento.

Evitar asociar la ansiedad o nerviosismo con determinados platos.

5. Los educadores y los padres deben trabajar con un objetivo común, el de alimentar al niño de forma equilibrada y teniendo siempre en cuenta que en la elaboración de las dietas, el 50-60% de las calorías deben proceder de los hidratos de carbono, el 25-35% de las grasas y el 15% de las proteínas.
6. Evitar sustituir los refrescos naturales, por refrescos azucarados.

No abusar de las grasas, de los alimentos azucarados, ni de los condimentos fuertes.

Evitar la sobrealimentación, pues puede llegar a desencadenar problemas de obesidad en el niño y en el futuro adulto.

Procurar dar una dieta equilibrada y adaptada a las necesidades del niño.

7. Es importante tener en cuenta lavarse las manos siempre que se manipulen los alimentos, al pasar de manipular de un alimento a otro y cada vez que se interrumpa el trabajo.

Las zonas de preparación de biberones y papillas estarán alejadas de las zonas de cambio de pañales e higiene del niño.

El personal de cocina utilizará uniforme.

8. Se debe colocar al niño semi sentado y con la cabeza apoyada.

Al ponerle la tetina en la boca del niño, ésta debe estar siempre llena para evitar que ingiera aire.

Al terminar se incorpora al niño y se le golpea suavemente la espalda para facilitar la expulsión del aire.

9. Es importante aprovechar el procedimiento de enseñar a comer al niño para favorecer el aprendizaje de otras conductas, tales como: lavarse las manos antes y después de las comidas, sentarse de forma correcta y saludable a la mesa, utilizar de forma correcta los cubiertos, masticar y deglutir correctamente y lavarse los dientes después de las comidas.

10. Los educadores y los padres deben ponerse de acuerdo en el planteamiento para intentar que el niño adquiera unos hábitos alimenticios saludables. Además se deben aprovechar este tipo de actividades para intentar que el niño:

- Llegue a conseguir su autonomía en otros ámbitos de la vida.
- Pueda ser capaz de buscar soluciones a otros conflictos.

UNIDAD DE TRABAJO 5. RESPUESTAS

1. La higiene es la ciencia de la salud, que tiene por objetivo el estudio de todas aquellas condiciones y factores que intervienen en el mantenimiento de la salud y en la prevención de la enfermedad.

Hay factores como: las características biológicas y genéticas del ser humano, el medio en el que vive, su forma de vivir, etc. que intervienen de forma directa en el mantenimiento de la higiene, y por lo tanto, en la promoción de la salud.

2. En la técnica del baño del niño hay una serie de factores que **deben** tenerse en cuenta, tales como:
 - Desnudar al niño y limpiarle bien si ha hecho caca o pis **antes de** meterle al baño.
 - Meter al niño en el agua, manteniéndolo bien sujeto y **poco a poco** para que vaya adaptándose a la temperatura del agua.
 - No lavarle la cara con jabón.
 - La higiene se lleva a cabo partiendo del cuello y terminando **con la** espalda, teniendo especial cuidado con las zonas de los pliegues.
 - Los genitales se limpian arrastrando la suciedad hacia la zona **anal**.
 - Aunque hay otra serie de factores que hay que tener en **cuenta** para realizar correctamente la higiene del niño, éstos son los **más importantes**. Si estos conceptos no te han quedado claros **vuelve** a repasar

3. Antes de iniciar el cambio de pañales se pone un protector **sobre** la cama o la mesa auxiliar en que se va a realizar el «cambio» **y se** coloca al niño tumbado en decúbito supino (boca arriba). Se le **des-**viste de cintura para abajo, se sube el body hacia arriba para **evit-**tar que se manche. Se retira con cuidado el pañal sucio. Se **limpia** con toallitas húmedas la zona de los genitales y se **arrastra la** suciedad hacia la zona anal. Se coloca el pañal en la parte **media** de la zona glútea y se ajusta al cuerpo del niño sujetándolo **con las** cintas adhesivas (no deben utilizarse polvos de talco). Al **finalizar** se termina de vestir al niño.

4. Además **de** las actividades específicas de limpieza de ojos y **oídos** se **pueden** plantear otra serie de actividades que favorezcan **el** mantenimiento de estos órganos en un buen estado de salud.

Se deben plantear actividades que eduquen la percepción visual **y** el sentido del oído, hay que evitar el uso de luces escasas, la **fati-**ga visual, escuchar ruidos intensos. Además se debe potenciar **y** facilitar la visita periódica al oftalmólogo y al otorrino

5. En la técnica del cepillado vertical, los movimientos de barrido **com-** el cepillo se hacen desde la encía hacia el diente, cepillando de **anri-**ba abajo las encías y los dientes, primero por su cara externa **y** después por su cara interna. Las caras oclusales se cepillan **de** atrás hacia adelante y a la inversa.

En la técnica de cepillado rotacional, la limpieza se hace de **igual** forma pero con movimientos circulares.

6. Para que una vivienda pueda ser considerada como «saludable» debe contar con una buena ventilación e iluminación, cierto grado de humedad y un buen sistema de aislamiento del frío, calor y el ruido.

Para evitar accidentes en los niños, se deben tomar una serie de precauciones, tales como: protección de los enchufes; cierre de cajones donde haya productos peligrosos (limpieza); objetos peligrosos fuera del alcance de los niños; protección de esquinas y cantoneras; medidas que eviten la apertura de puertas y ventanas; muebles fijos; llaves del gas protegidas o lejos de su alcance; botiquín no accesible, etc.

7. El espacio al aire libre que utilizan los niños (parques, patios de la escuela), deben contar con instalaciones y materiales que sean homologados y no resulten peligrosos.

- Habrá zonas verdes y zonas disponibles para que los niños jueguen.
- Dispondrán de papeleras que faciliten el fomento de la higiene del medio.
- Permitirán al niño moverse con libertad y que pueda manipular todos los materiales.
- Será un medio para que el educador plantee actividades que fomenten las relaciones interpersonales y de higiene y respeto del medio ambiente.

8. El educador debe cuidar su forma de vestir y el tipo de ropa que utiliza. Además ofrecerá un aspecto de higiene y limpieza que no ofrezca lugar a dudas (ropa y pelo limpio, uñas cortadas, etc.). No utilizará ni joyas, ni adornos en exceso, pues pueden ser un medio de transmisión de procesos infecciosos.

No debe olvidar que para el niño es un modelo al que en todo momento quiere imitar.

9. Fundamentalmente interviene, además del entorno que rodea al niño, el grado de madurez del niño, entendido en sentido amplio (aspecto físico, fisiológico, motor, afectivo, emocional y cognitivo) y por supuesto el nivel de relación afectiva que establece con los adultos.

10. El «Muguet», es una infección producida por hongos (candida albicans), que afecta preferentemente a la mucosa de la cavidad bucal y que se caracteriza por la aparición de unas placas blanquecinas.

La «Pediculosis», es una infección producida por piojos, que afecta preferentemente a la cabeza (cuero cabelludo), y que se caracteriza por la aparición de picor y de lesiones desencadenadas por el rascado.

UNIDAD DE TRABAJO 6. RESPUESTAS

1. En la Fase II del sueño lento, el nivel de conciencia está muy reducido, las ondas del electroencefalograma son amplias, cualquier ruido puede provocar el que el sujeto se despierte, pero va respondiendo progresivamente menos a los estímulos externos.

En la Fase III, los músculos se hayan totalmente relajados, las ondas del electroencefalograma son amplias pero más lentas que en la Fase I, sólo ante estímulos muy fuertes se puede despertar el sujeto pues el sueño es profundo.

2. El sueño REM, se denomina «sueño rápido», pues se acompaña de un movimiento rápido de los ojos, aunque la persona está dormida. Suele asociarse con el soñar. Es difícil despertarse mediante estímulos, al menos en relación con el sueño lento. El tono muscular está deprimido y el ritmo cardíaco y la respiración son irregulares.
3. El recién nacido necesita aproximadamente una 20 horas de sueño seguido, que va modificando a medida que crece, pasando a dormir en cuatro o cinco sesiones al día, y durmiendo por la noche de un «tirón».

A los 198 meses, el niño duerme por la noche, la siesta y en dos momentos del día.

4. La «formación reticular», estructura localizada en el encéfalo, queda inhibida produciendo una disminución de la actividad cerebral hasta que la persona se queda dormida. Es decir, durante el sueño la formación reticular está inactivada, dando lugar a un proceso de «Afrenado» en la actividad del organismo.
5. Para poner al niño a dormir es necesario crear previamente un ambiente adecuado, además es conveniente que todos los niños (agrupados por edades) duerman a las mismas horas, es importante mantener un horario controlado y estable. No olvidar que el momento de dormir se debe aprovechar para mantener una buena relación afectiva entre niño y adulto.
6. Los niños de 2 años se muestran exigentes cuando se les pone a dormir y suelen tener un sueño superficial, a diferencia de los niños de 4 años que en el momento de dormir piden que se les cuente un cuento o una historia y además se mantienen pegados a un muñeco o a cualquier otro objeto con el que mantienen una estrecha relación afectiva.
7. Hay una serie de factores que pueden afectar al niño directamente haciendo más difícil el que sea capaz de conciliar el sueño, entre ellos cabe destacar:

- Condiciones no adecuadas de la habitación, por exceso o defecto de luz y ruido, no adecuada temperatura, etc.
 - Cambios de habitación, que no reconoce y le produce angustia.
 - No tener al lado siempre a la misma persona.
 - Además, cada niño presenta unas características particulares, que se deben tener en cuenta, para facilitar el proceso de conciliar el sueño.
8. El adulto con su actitud influye directamente en el niño y en su predisposición para «irse a dormir».
- En todo momento debe manifestar una actitud de serenidad y tranquilidad, para que el niño se sienta seguro.
 - No es bueno mostrarse demasiado intransigente o demasiado tolerante.
 - En todo momento hablará al niño o le contará un cuento, una canción, le dará su muñeco preferido, etc.
 - En resumen, dejará clara que entre ambos existe una buena relación afectiva, que el niño vivenciará con tranquilidad y seguridad.
9. Los niños que después de dormirse normalmente cuando se les lleva a la cama tienen más riesgos de poder despertarse en el transcurso de la noche son aquellos que:
- Presentan cierto descontrol emocional o son fácilmente impresionables.
 - Son niños demasiados tranquilos, que no se cansan durante el día.
 - Son muy activos y se interesan por todo lo que les rodea.
10. Los trastornos del sueño pueden manifestarse de diversas formas, siendo las más frecuentes las siguientes:
- Eneuresis nocturna, hablar dormido (somniloquio), sonambulismo, aparición de terrores nocturnos que pueden acompañarse de desorientación temporo-espacial, con alteraciones del pulso y aparición de sueños desagradables o pesadillas.

UNIDAD DE TRABAJO 7. RESPUESTAS

1. Se entiende por «fuente de infección» al lugar o hábitat donde se encuentran y sobreviven los gérmenes que son capaces de desencadenar una enfermedad infecciosa. Puede ser el hombre, los animales y el suelo.

El mecanismo de transmisión es el procedimiento a través del cual los microorganismos pasan desde la fuente de infección a la persona sana y susceptible.

El «hombre susceptible» es la persona sana a la que llegan los gérmenes pudiendo producir la enfermedad o bien pueden quedar en el interior del organismo como portador sano.

2. El agente causal es el microorganismo o sustancia que penetra en el organismo y que en condiciones ambientales propicias puede desencadenar una enfermedad infecciosa o transmisible. Estos agentes pueden ser: bacterias virus, hongos, protozoos, gusanos y parásitos.
3. La inmunización activa mediante mecanismos artificiales se consigue introduciendo en el organismos gérmenes muertos, atenuados o las toxinas que éstos producen. Este tipo de inmunización es intensa y duradera.
4. No se debe vacunar al niño: cuando tenga algún tipo de enfermedad infecciosa, padezca alguna enfermedad de carácter crónico, sea alérgico o esté en tratamiento con ciertos medicamentos (corticoides e Inmunosupresores).
5. La sintomatología general de las enfermedades transmisibles más habitual es:

- El niño está cansado, irritado o decaído.
- Presenta una disminución del apetito.
- Tiene gran facilidad para vomitar

La sintomatología específica más común es:

- Aparición de tos.
- Inflamación de ganglios linfáticos y articulaciones que se acompañan de dolor.
- Exantemas y manchas en la piel.

6. La tosferina se manifiesta normalmente como un catarro común que se acompaña de fiebre y lo más significativo y específico es la aparición de una tos fuerte que puede producir una insuficiencia respiratoria; este síntoma la diferencia claramente de la meningitis, siendo un dato importante para su diagnóstico.

En la meningitis los síntomas típicos son la aparición de fiebre elevada, vómitos, dolor de cabeza y rigidez de nuca, estos dos últimos síntomas ponen en estado de alerta en el momento de sospecha del diagnóstico.

7. **Enfermedad Medidas preventivas**

Meningitis:

- La inmunidad se adquiere de forma natural, por padecimiento de la enfermedad.
- No existen vacunas eficaces.

Tosferina:

- Inmunización activa mediante vacunación.

Escarlatina:

- La inmunidad se adquiere por padecimiento de la enfermedad.
- La vacuna carece de valor práctico.

Tétanos:

- Inmunización activa mediante vacunación.

Difteria:

- Inmunización activa mediante la vacunación.

8. La diferencia clínica radica en la característica de las erupciones y lesiones cutáneas que las dos enfermedades producen.

- En la rubeola la erupción comienza en la cara y el cuello para pasar después al tórax y extremidades.
- Está formada por pequeñas manchas rosáceas y brillantes que desaparecen con la presión.
- En la varicela la erupción consiste en manchas redondas y rojizas que se acompañan de prurito y que poco a poco evolucionan a ampollas y costras.
- Aparecen en cabeza, cara, tronco y extremidades.

9. El SIDA puede transmitirse a través de la sangre, el semen y las secreciones vaginales. Así ocurre en los siguientes casos:

- Intercambio de jeringuillas en personas drogadictas.
- Relaciones sexuales.
- Transmisión perinatal de la madre al hijo.
- Transfusiones sanguíneas.

10. Existen métodos que pueden **reducir de** manera sensible la incidencia de la caries en los niños. **Estos métodos** son:
- El cepillado, teniendo en cuenta **utilizar** un cepillo adecuado, pasta de dientes con fluor, un **vaso de agua** y cepillar las encías y el diente por todas sus caras.
 - Alimentación con una **dieta equilibrada**, donde se reduzca el consumo de los dulces y se **aumente el consumo** de la leche, fruta, vegetales y pescado.
 - Ir con frecuencia al dentista **para el control** del estado de la boca.
 - Administrar fluor, con la pasta **de dientes** o mediante enjuagues.

UNIDAD DE TRABAJO 8. RESPUESTAS

1. Los accidentes en los niños **se producen** con mayor frecuencia debido a:
 - Su ignorancia ante los **objetos y situaciones** de peligro.
 - La falta de coordinación **motora y muscular** para el control de situaciones de peligro.
 - La curiosidad por explorar el **mundo que** les rodea.
2. Para garantizar el nivel de **seguridad del** socorrista y **persona** accidentada es necesario hacer:
 - Una evaluación urgente del **accidentado**, valorando: **si** está abierta la vía respiratoria; hay latido **cardíaco** y respiración; hay hemorragia y si está consciente.
 - Una evaluación no urgente **del accidentado**, valorando: el tipo de respiración y frecuencia **cardíaca**; **coloración** de piel y mucosas; tipo y lugar de la hemorragia; **existencia** de otro tipo de lesiones.
3. Los accidentes se producen **con menor** frecuencia en la escuela infantil debido a:
 - Cuidado y control continuo de **los niños**.
 - Adaptación del espacio y **material escolar** a las necesidades y características del niño.
 - Preparación de los educadores.
4. La posición de recuperación **consiste en** colocar al accidentado tumbado en decúbito lateral izquierdo. **Situar** el brazo izquierdo por detrás de su espalda, el derecho **debajo** de su barbilla y la pierna derecha ligeramente flexionada.

5. En el RCP, lo primero que hay que hacer es comprobar que el accidentado no respira ni tiene latido cardíaco.

Después se le tumba en decúbito supino y se insufla aire 2 o 3 veces a través de la boca, para continuar realizando la reanimación respiratoria y cardíaca, siguiendo pautas diferentes en función de que hay uno o dos socorristas.

Se debe terminar colocando al accidentado en posición de seguridad.

6. En primer lugar se debe calmar al accidentado y sentarlo cómodamente con la cabeza flexionada ligeramente hacia delante.

Pedirle que respire por la boca, sin toser y comprimir con los dedos índice y pulgar sus fosas nasales.

Poner un tapón de gasa empapado en antiséptico en el orificio nasal y pedirle que respire profunda y lentamente por la fosa nasal no tapada.

7. No siempre deben reducirse las luxaciones, para evitar provocar daños mayores.

Se debe inmovilizar la articulación con vendas o pañuelos sujetando con cuidado, como si se tratase de una fractura.

Llevar a centro hospitalario para su diagnóstico y tratamiento.

8. Es importante lavar abundantemente con agua la zona quemada para eliminar el producto cáustico.

Tener en cuenta que la acción de los álcalis se neutraliza con ácidos débiles (solución débil vinagre o de limón) y la de los ácidos con solución bicarbonatada.

Evacuar a un centro hospitalario.

9. La inducción al vómito puede realizarse:

– Estimulando la faringe después de administrar agua y colocando al accidentado hacia adelante.

– Ingestión de agua caliente, café o tisana con sal.

10. Cuidar la temperatura del agua del baño y la del biberón para evitar quemaduras

No dejar a su alcance ningún objeto pequeño que pueda tragarse

No dejarlo nunca solo en la bañera

No ponerle cadenas al cuello para evitar que se ahogue.

No dejarle jugar con bolsas de plástico.

11. Ventanas con cierres altos, muebles con esquinas romas o protegidas, sistema de seguridad en los servicios para evitar quedar encerrados, verjas de seguridad y patio adaptado a las necesidades y características de los niños (toboganes, columpios, etc.).
12. Para evitar este tipo de accidente es fundamental que el niño sepa:
 - Identificar la señales de tráfico.
 - Cumplir las normas de circulación, como peatón, como viajero en un autobús o en un turismo.
 - Identificar los riesgos del uso no adecuado de las instalaciones de los parques.
 - Reconocer el riesgo de tratar con personas o animales desconocidos.

FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD

1

*EL EDUCADOR INFANTIL
COMO AGENTE
DE SALUD*

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA.

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

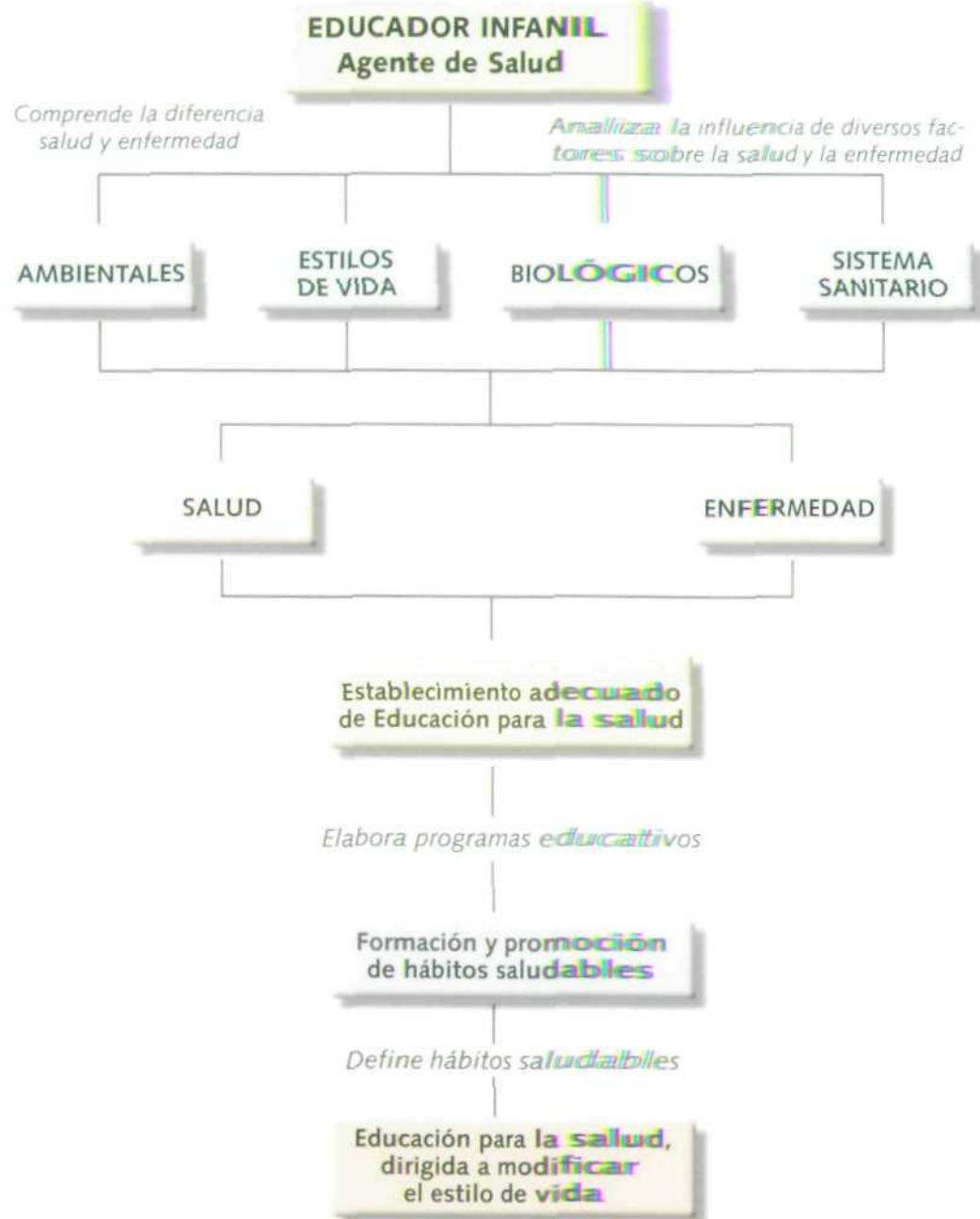
Imprime: Gráficas VARONA, S.A.

UNIDAD 1

EL EDUCADOR INFANTIL COMO AGENTE DE SALUD



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	7
1.1. Criterios para la definición de salud	7
1.2. Concepciones actuales sobre la salud	9
1.3. Concepto y definición de enfermedad	11
2. FACTORES IMPLICADOS EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	13
2.1. Factores biológicos individuales	13
2.2. Factores medioambientales	14
2.3. Estilo de vida	16
2.4. El sistema sanitario	17
3. CONCEPTOS SOBRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	21
3.1. El modelo médico y de la Psicología del comportamiento	21
3.2. El modelo educativo	22
3.3. Un modelo social de E.p.S.	22
3.4. Nuevos planteamientos	23
4. LA ESCUELA COMO PROMOTORA DE SALUD	25
4.1. El historial o recorrido de salud	26
4.2. La Escuela Saludable	26
5. RELACIONES DE LA ESCUELA INFANTIL	33
5.1. Escuela Infantil y Familia	33
5.2. La colaboración con los Servicios de Salud ..	35
6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA INFANTIL	39
6.1. Ciclo de 0-3 años	40
6.2. Ciclo de 3-6 años	42
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	46



Introducción

Debido a las características de la infancia, etapa en la que se interiorizan los valores, se adquieren las habilidades y se van conformando las actitudes y los comportamientos, la Educación para la Salud adquiere especial protagonismo que requiere, no sólo, toda nuestra atención, sino, y además, la formación adecuada del profesorado para su inclusión y desarrollo dentro de los centros de Educación Infantil.

En esta Unidad de Trabajo se pretende, mediante la exposición de conceptos teóricos y de sugerencias prácticas, ofrecer un marco de referencia general que oriente las actividades de Educación para la Salud dirigida a los niños/as en sus primeros años de vida.

La labor del educador infantil como agente y promotor de la salud va a ser la clave para la formación en el niño/a de hábitos saludables con el objetivo de poder cubrir tanto sus necesidades básicas, ya sean fisiológicas (alimentación, higiene, descanso, etc.), o sociales, así como sus necesidades de salud, tales como prevención de enfermedades y de accidentes.

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Definir y establecer las diferencias entre los conceptos básicos de salud y de enfermedad.
- Describir los principales factores implicados en el proceso de salud-enfermedad.
- Analizar los elementos fundamentales que definen a la escuela como promotora de la salud.
- Valorar la importancia de la Educación para la Salud en el entorno familiar, escolar y social.
- Analizar la importancia de las relaciones de la escuela con la familia y otras organizaciones comunitarias.
- Describir los objetivos generales para la Educación de la Salud en la escuela infantil (de 0 a 6 años).



I La Salud y la Enfermedad

Si vamos a estudiar el concepto de *salud* intentemos aproximarnos a su significado.

¿Qué es la salud? y, por tanto, ¿qué es estar sano?

Parecen dos preguntas innecesarias ya que todo el mundo puede dar una respuesta aproximada de las mismas. Pero ¿estamos todos de acuerdo en su significado?

En principio lo más fácil es pensar que la salud es lo contrario a la enfermedad. Estar sano sería, por lo tanto, no estar enfermo y viceversa. Esto significaría que la salud y la enfermedad son dos estados perfectamente delimitados y mutuamente excluyentes, cosa que no es del todo cierta.

Las acepciones sobre salud y enfermedad dependen de las condiciones de vida de las poblaciones y de las ideas dominantes en cada época. Son conceptos culturales que van variando con los pueblos y con la historia.

Quizá un elemento común en la forma de interpretar ambos estados, para la mayoría de las sociedades, sea su relación con los conceptos de normal y anormal. Así, una persona está sana si es *normal* y, por el contrario, socialmente se la suele considerar enferma si se sale de la norma. Dependerá de los criterios que definan la normalidad la existencia o no de enfermedad.

En nuestra sociedad, tradicionalmente, el exceso de peso en los primeros años de la vida se ha considerado como señal de buena salud. Asimismo la existencia tan frecuente de caries dental hace que muchas personas no lo vean como una enfermedad.

Es decir, que la cultura define y tipifica la enfermedad. Como consecuencia de la interpretación cultural de los hechos biológicos, el concepto de alteración no es, en todas partes, el mismo.

1.1. CRITERIOS PARA LA DEFINICIÓN DE LA SALUD

La definición del concepto de salud, se puede basar en 3 criterios fundamentales:

- Objetivos.
- Subjetivos.
- Socioculturales.

Criterios objetivos

Se entiende por persona sana, aquella que no presenta alteración de su estructura anatómica y cuyas constantes vitales y sus actividades orgánicas se hallan cualitativa y cuantitativamente dentro de los límites considerados normales por la ciencia.

Su cuerpo estará exento de taras genéticas y de agentes patógenos y su capacidad o rendimiento vital le permitirá cumplir las tareas que la sociedad espera de él.

Criterios subjetivos

Hacen referencia al *sentimiento de estar sano*, a la *autopercepción* del estado de salud. Dentro de estos criterios se incluyen:

– *La sensación de la validez*. Estar sano equivale a decir *yo puedo*.

René Dubos destaca que *la gente se considera en estado de mala salud cuando no puede hacer lo que desearía hacer*. La enfermedad condiciona nuestros actos y relega a un segundo plano nuestros proyectos.

– *El silencio del cuerpo*. Está asociado a un estado de bienestar psíquico y somático. Este concepto lo definió Leriche (1937) como: *la salud es la vida en el silencio de los órganos*. No sentir el hígado o los riñones, o no ser conscientes de la respiración, son ejemplos de lo que estamos hablando.

– *Experimentar una cierta seguridad* de poder seguir viviendo.

– *Vivencia de libertad respecto del propio cuerpo*. El hombre sano es libre para desentenderse de su cuerpo. Poder contar con él y a la vez no emplearlo conscientemente (para pensar, para recordar, etc.) son dos posibilidades simultáneas que únicamente pueden darse en el estado de salud.

– *Sentirse semejante a los demás*. No sentirse anormal o diferente a los que nos rodean.

– *Poder elegir cómo vivir*. La persona enferma pierde esta posibilidad. Su estado la hace depender de terceras personas, perdiendo así parte de su autonomía.

Todos estos criterios son *personales*. Pertenecen con exclusividad al propio individuo, es él quien les da valor y sentido, en contraposición con los anteriores.

Criterios socioculturales

Además de las creencias culturales o la alta prevalencia (presencia frecuente) de una alteración de la salud, existen otras variables socioculturales que influyen en la percepción de los estados de salud y de enfermedad, tales como:

– *La clase social.* Diversos investigadores han constatado que las personas de las clases sociales más pobres tienden a adoptar actitudes de estoica resignación frente a determinado tipo de síntomas y/o patologías. Esta actitud puede ser debida a la falta de conocimientos científicos, la preponderancia del saber popular o a experiencias culturalmente aceptadas (dolor y malestar considerados como componentes normales de la vida diaria).

Según Mechanic, algunos factores de riesgo y ciertos estilos de vida poco sanos suelen estar relacionados con una percepción pobre de la propia salud física, percepción que suele coincidir con un escaso control personal sobre el posible padecimiento futuro de otras enfermedades. Estas características suelen estar ligadas a las clases sociales más bajas. Por el contrario, como observó Koos, las personas de clase alta tienen mayor tendencia a sentirse enfermas y a buscar ayuda.

Estas diferencias de comportamiento frente a la enfermedad ligadas a la clase social se cree que están relacionadas con las necesidades familiares, laborales y sociales, y con las condiciones económicas.

– *Una conducta normal.* Todo comportamiento anormal, es decir, que no se atenga a lo socialmente establecido como adecuado, será considerado como patológico. Está sano quien está bien integrado socialmente.

1.2. CONCEPCIONES ACTUALES SOBRE LA SALUD

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Fundacional, definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez. A pesar de las numerosas críticas que ha recibido esta definición supuso en su momento una auténtica revolución, dado que confería a la salud la connotación de estado global, introduciendo los aspectos psicológicos y una dimensión social que superaba el plano individual y el estricto campo de lo orgánico.

A lo largo de la historia, el éxito de la especie humana se ha basado en su capacidad de adaptación frente a las condiciones más diversas, lo que le ha permitido sobrevivir como especie y poder habitar prácticamente todos los lugares del planeta. La mayoría de los autores ha desa-

Desarrollado un concepto ecológico de salud, asociándolo a la idea de equilibrio entre la persona y sus condiciones medioambientales.

Hernán San Martín define la salud como: *un fenómeno psicobiológico y social dinámico, relativo, muy variable en la especie humana, que corresponde a un estado ecológico-fisiológico-social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social.* En consecuencia, salud y enfermedad son la resultante del éxito o fracaso de este equilibrio para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones ambientales en su totalidad. Se trata de un equilibrio dinámico entre ambos estados, que se podría esquematizar de la siguiente manera:

Equilibrio dinámico salud-enfermedad está en función de:		
Potencial genético individual	Capacidad de adaptación ambiental	Riesgos para la salud

Según esta concepción, no existe un límite claro entre estar enfermo y estar sano. No hay una salud absoluta sino relativa, en coexistencia con ciertos grados de anormalidad e incluso de enfermedad. *La condición humana es la de ser, a la vez, sano y enfermo, normal y anormal, o variar todo el tiempo entre estos estados según el tiempo y los ambientes, según las circunstancias ecológicas y sociales en que nos encontramos* (H., San Martín).

Para Blum, la capacidad de mantener un equilibrio adaptativo varía con la edad y con las necesidades sociales del individuo. La salud, además, viene determinada por un comportamiento que asegure la supervivencia de la especie y la propia realización personal.

Para Vallejo Nájera la salud es ante todo equilibrio social, destacando su carácter subjetivo y la importancia de no ser rechazado o separado por la comunidad en donde se viva y así poder sentirse suficientemente integrado en ella. Pensemos en los casos de niños y niñas pertenecientes a minorías étnicas (gitanos, inmigrantes) o con determinadas alteraciones (portadores del VIH, minusválidos físicos o psíquicos), para comprender mejor esta acepción.

En definitiva, la salud entendida como Aun estado de bienestar «multidimensional», como una situación dinámica de equilibrio o una capacidad o manera de vivir, debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado, desde el primer momento en que el niño/a accede a la escuela.

1.3. CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD

La enfermedad no es algo extraño a la condición humana, sino que forma parte de su naturaleza, al igual que la salud, e inclusive su padecimiento puede reportar beneficios, como sucede cuando se tienen determinados procesos víricos que, una vez superados, confieren al organismo una inmunidad natural frente a ese agente, impidiendo su acción patógena en contactos posteriores (fundamento de las vacunas).

En múltiples procesos biológicos, la salud y la enfermedad se hallan imbricados en una misma realidad dinámica. La inflamación ayuda a nuestro cuerpo a superar las infecciones y el dolor le permite protegerse de numerosos peligros.

En realidad la enfermedad no deja de ser el resultado de una forma de relación del individuo con su ambiente, una especie de *conversación* muy personal que Paracelso reflejó magníficamente con la frase: *no hay enfermedades sino enfermos*.

Recuerda

El concepto de salud y enfermedad tiene un carácter tanto individual como social.

La salud puede definirse en función de los siguientes criterios:

Objetivos: Se tiene por sano al individuo que no presenta ningún tipo de alteración.

Subjetivos: Hace referencia al sentimiento de estar sano, a la autopercepción del estado de salud, que incluye, a su vez:

- La sensación de validez.
- El silencio del cuerpo (estado de bienestar psíquico y somático).
- Grado de seguridad y libertad.
- Semejanza con los demás.
- La capacidad para poder elegir.

Socioculturales:

- Clase social.
- Conducta normal (está sano quien se halla socialmente bien integrado).
- Actualmente se ha desarrollado un concepto ecológico de salud, donde lo fundamental es el equilibrio entre la persona y su medio ambiente.

Ejercicios

1. Elabora un esquema que recoja la definición de salud, según los distintos autores que se citan en el texto.

2. Teniendo en cuenta las definiciones del ejercicio anterior, elabora tu propia definición de salud, destacando lo más importante.

2 Factores implicados en el proceso salud-enfermedad

Hay una gran variedad de factores que intervienen en el estado de bienestar o de salud y la aparición de la enfermedad. Todos estos factores pueden incluirse en dos grandes grupos:

- Factores intrínsecos: Relacionados con las características psicobiológicas, tales como: la herencia, la edad, el sexo y la raza.
- Factores extrínsecos: Están en función de las condiciones medioambientales.

Dentro de este grupo se incluyen: los factores naturales (físicos, químicos y biológicos) y los factores sociales (económicos, culturales, políticos, etc.).

En 1974 Marc Lalonde, (Ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá) realizó un estudio sobre la salud nacional y llegó a la siguiente conclusión: el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro grandes factores:

El nivel de salud viene determinado por la interacción de los siguientes factores			
Medio ambiente	Estilo de vida	Biología humana	Sistema Sanitario

De estos cuatro grupos, el menos susceptible a ser modificado es el correspondiente a los factores biológicos y el que más, desde una estrategia de educación para la salud, el de estilos de vida.

2.1. FACTORES BIOLÓGICOS INDIVIDUALES

Las características biológicas del ser humano vienen determinadas por la información genética que se transmite de padres a hijos, dando lugar a que cada persona sea singular como ser biológico. La consecuencia inmediata es que cada individuo reaccionará de manera diferente frente a los factores externos. Esto explica, en algunos casos, por qué personas que viven bajo las mismas condiciones unas enferman y otras no, o que siendo infectadas por un mismo microorganismo presentan síntomas y signos clínicos diferentes.

La cuestión que más interesa al educador sanitario es saber si la herencia determina la salud de las personas y si esto hace ineficaz una intervención educativa. La salud y la enfermedad no son hechos predeterminados, salvo en el caso de ciertas enfermedades hereditarias que condicionan la salud de la persona que las padece desde su nacimiento.

Lo que recibimos por herencia es una estructura biológica con unas potencialidades que se desarrollan en función de otros factores, tales como: tipo de educación en relación con hábitos saludables. La edad, raza y sexo son variables biológicas que inciden en la salud.

2.2. FACTORES MEDIOAMBIENTALES

El medio ambiente entendido en su acepción más amplia, abarca aspectos fisicoquímicos, biológicos, socioeconómicos, psicosociales y socio-culturales. Para facilitar el estudio de estos conceptos los agruparemos en: factores biofísicos y factores sociales.

Factores biofísicos

Se podrían definir como *el conjunto de circunstancias físicas, químicas y orgánicas, externas al individuo. Como ejemplos tenemos:*

- Factores físicos: clima, agua, ruidos, radiaciones, residuos sólidos o líquidos, etc.
- Factores químicos: pesticidas, contaminación industrial, contaminación por vehículos a motor, etc.
- Factores biológicos: bacterias, virus, protozoos, hongos, artrópodos, polen, etc.

Algunos de estos factores son independientes de la actividad humana (clima, terremotos, radiación solar, etc.); sin embargo, otros están ligados e inclusive producidos por el hombre (contaminación fisicoquímica, ruidos, etc.) y otros, aún siendo naturales, están en cierto grado en relación con comportamientos humanos (algunas infecciones por virus, bacterias, etc.).

Factores sociales

Son el conjunto de condiciones y hechos sociales, externos al individuo, determinados por los modos y relaciones de producción.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	
EMPLEO (Influenciado por)	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Oportunidades - Industrias locales - Condiciones económicas
ESTATUS ECONÓMICO	<ul style="list-style-type: none"> - Ingresos - Educación - Empleo - Condiciones de vivienda - Prestigio (valores sociales)
CULTURA	<ul style="list-style-type: none"> - Tradiciones - Costumbres - Modos y maneras populares - Creencias religiosas - Valores - Instituciones sociales - Sistema político
RED FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura familiar (familia extensa o nuclear) - Grado de evolución familiar: - Formación, cuidados de los niños, familia madura y «hogar vacío». - Variaciones en la estructura familiar: - Separación, divorcio - Familia con un solo cónyuge - Matrimonio grupal, comuna - Pareja homosexual o grupo
RED SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Escuela - Vecinos - Trabajo - Iglesia, club o sociedad

1. Empleo: Es un factor que está permanentemente influyendo en la salud de las personas. Las condiciones laborales producen un gran número de enfermedades conocidas (sordera por ruido, fibrosis pulmonar por inhalación de diferentes elementos, etc.).

2. Estatus socioeconómico: Hace referencia a la posición de las personas en la sociedad y determina la clase social a la que se pertenece. Según M., Weber, *estatus* se refiere a la distribución del prestigio en la sociedad y *clase social* a la posición social respecto del poder adquisitivo. Ambas cualidades no tienen por qué corresponderse.

La pertenencia a una clase social implica todo un estilo y modo de vida: ingresos y riquezas, seguridad económica; entorno físico; número de miembros de la familia; forma de educar a los hijos; oportunidades edu-

cativas, interés de los padres por sus hijos y ambiciones en relación con su futuro; códigos lingüísticos y modos de hablar; horizontes y objetivos a largo plazo, y expectativas en relación con la salud, actitudes ante la enfermedad y utilización de los servicios sanitarios y sociales. Todo ello se traduce en modos de enfermar diferentes.

3. Cultura: Según Tylor cabría definir la cultura como *un conjunto trabado de maneras de pensar, de sentir y de obrar, más o menos formalizadas, que aprendidas y compartidas por una pluralidad de personas, sirven de un modo simbólico a la vez, para constituir a esas personas en una colectividad particular y distinta*. La cultura describe los modelos de comportamiento de un grupo, comunidad, sociedad, o nación, socialmente adquiridos y transmitidos.

La cultura a la que pertenecemos ejerce una gran influencia sobre nuestros valores, incluyendo nuestras actitudes hacia la salud y la enfermedad.

4. Sistemas de soporte social (redes sociales): La familia, los amigos, los compañeros de clase y los del trabajo, son los sistemas de soporte social más significativos de las personas.

De todas ellas, la familia es la más importante. Es el grupo primario por excelencia, donde tiene lugar la mayor parte de la socialización primaria, junto con la institución educativa (en los primeros años, la escuela infantil). Su desestructuración, ya sea por separación o divorcio de los cónyuges, fallecimiento de uno de ellos o cualquier otra causa, empeora el nivel de salud del resto de los miembros, aumentando el riesgo de enfermedad e incluso de muerte prematura.

Aparte de la familia, las personas pertenecen a otros muchos tipos de redes sociales (vecinos, amigos, compañeros de deportes, etc.).

2.3. ESTILOS DE VIDA

El estilo de vida, según Hancock y Perkins (1985), hace referencia al *conjunto de hábitos y costumbres que son influenciados, modificados, estimulados o forzados por el proceso de socialización al que todos nosotros estamos sometidos a lo largo de la vida* y refleja la manera en que el sujeto se integra en el mundo que le rodea. Los hábitos relacionados con la dieta, el ejercicio, el alcohol y el tabaco están implicados en la génesis de las principales enfermedades mortales que padece nuestra sociedad, aunque no son los únicos.

Los estilos de vida los desarrollan las personas y los grupos bajo la influencia de los factores socioeconómicos y culturales, que en determinados contextos llegan a condicionar la libertad individual. Para entender esto pensemos en cómo las desigualdades sociales condicionan

globalmente modos de vida diferentes, aparte de crear un patrón cultural propio que a su vez influye en la forma de vivir.

Estilo de vida y salud

Hábitos y costumbres influenciados y modificados por la socialización:

- Dieta, ejercicio, juegos y pasatiempos
- Otros usos del tiempo libre
- Uso de sustancias relacionadas con la salud.
 - Café, té
 - Alcohol
 - Tabaco
 - Medicamentos recetados
 - Automedicación
 - Consumo de sustancias ilícitas
- Costumbres seguras
 - Uso del cinturón de seguridad
 - Uso de materiales seguros en el hogar/trabajo
 - Principios saludables
 - Inmunizaciones
 - Actividades preventivas: autoexploración de mama, control de la presión sanguínea, test de sangre oculta en heces, etc.

2.4. EL SISTEMA SANITARIO

En la actualidad las enfermedades epidémicas más extendidas en el mundo son las degenerativas, las no transmisibles, las llamadas *enfermedades de la civilización*. Frente a ellas la medicina es insuficiente para restaurar la salud. El hecho de que la mayoría de los casos se trate de procesos crónicos pone en evidencia los límites de esta ciencia en la actualidad.

Las estadísticas de morbimortalidad (enfermedades y defunciones) reflejan para muchos países que el final de la década de los setenta marca el límite máximo de éxito de los sistemas de salud basados en la prevención y curación médica.

En realidad la contribución de la ciencia médica a la mejora de la salud ha sido muy reducida. Los hechos pasados demuestran que fueron los avances en la nutrición, la higiene y el saneamiento ambiental, la vivienda y las condiciones de trabajo, más que la asistencia médica, los que hicieron descender las tasas de mortalidad y elevar la esperanza de vida.

durante los siglos XVIII y XIX, especialmente en la población infantil donde la mejora de la alimentación fue un factor decisivo.

El sistema de salud es una ayuda para evitar los riesgos de morbilidad existentes en el ambiente y para reparar la salud cuando ésta se ha perdido. Lo verdaderamente eficaz es la protección de la relación ecológica favorable a la salud, la toma de conciencia de la población y la educación sistemática para la salud (H., San Martín).

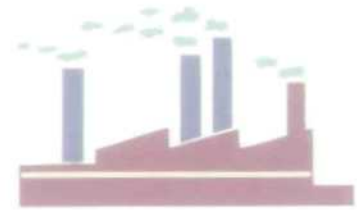
Hay que racionalizar la utilidad y el uso de los servicios de salud siendo conscientes de sus límites inevitables. Ivan Illich nos recuerda que, en culturas anteriores a la nuestra, el arte de vivir con salud se identificaba con el arte de vivir y con las reglas de buena conducta y de higiene. Estas reglas se referían especialmente a la manera de dormir, de comer, de amar, de trabajar, de jugar, de soñar y de sufrir y hacía que los individuos fuesen capaces de soportar el dolor, de comprender la enfermedad y de dar un sentido al constante diálogo con la muerte.

Recuerda

Factores que influyen en el proceso de salud-enfermedad	Características
Biológicos	– La estructura biológica heredada se desarrollará mejor si existe una educación para la salud
Medioambientales	– Biofísicos: físicos, químicos y biológicos. – Sociales: Empleo, estatus socioeconómico, cultura y redes sociales
Estilos de vida	– Conjunto de hábitos y costumbres que son influenciados, modificados, estimulados o forzados por el proceso de socialización
Sistema sanitario	– Más que la asistencia médica, han sido los avances en la nutrición e higiene la mejor contribución a la salud

Ejercicio

3. Observa y describe los factores que influyen en la salud de las personas que viven en tu barrio/pueblo, ordenándolos según el esquema de Lalonde, y selecciona aquellos especialmente importantes para los niños menores de seis años. Haz una ficha de trabajo.



Factores que influyen en la salud

3 Conceptos sobre Educación para la Salud

La Educación Sanitaria o Educación para la Salud (E.p.S.) tiene como objetivo principal y último fomentar los comportamientos sanos, al menos desde sus concepciones más clásicas, pero existen diferencias conceptuales y metodológicas importantes que hay que analizar.

3.1. EL MODELO MÉDICO Y DE LA PSICOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO

Tradicionalmente la E.p.S. iba dirigida a tratar de que las personas cambiasen su comportamiento hacia estilos de vida saludables. Este planteamiento es excesivamente individualista, con tendencia a la culpabilización de los destinatarios.

A finales del siglo XIX, la Educación Sanitaria pasa a formar parte de las actividades médicas.

¿Qué implicaciones ha tenido este hecho?

Según Vuori, la influencia del modelo médico en la E.p.S. supone:

- El conocimiento biológico es neutral y sin ideología. Por tanto, la E.p.S. debe ser también neutral y su esencia consistir en la extensión del conocimiento producido por la investigación médica.
- Los problemas biológicos se sitúan básicamente en el plano individual. Por lo tanto, las actividades de Educación para la Salud deben estar orientadas hacia el individuo.
- Debido a que los problemas del individuo son médicos, la E.p.S. no necesita preocuparse por medidas de integración social ni crear una actitud favorable hacia las mismas.
- La Educación para la Salud se focaliza en los problemas definidos médicamente, es esencialmente una actividad médica. Por lo tanto:
- Organizativamente la E.p.S. es parte del sistema sanitario.
- El momento más oportuno para impartir la educación sanitaria es cuando el individuo contacta con los servicios médicos.
- Los profesionales sanitarios son los más apropiados para desarrollar la E.p.S.

Esta forma de entender la E.p.S., según Tones, se corresponde con el enfoque preventivo, adoptado por la Medicina, por lo que la forma más

adecuada de hacerlas frente es haciendo hincapié en la E.p.S., para modificar aquellos comportamientos que sean patógenos.

Al centrarse la E.p.S. en el comportamiento, muchas veces, los educadores sanitarios se olvidan de las estructuras e influencias sociales que pueden estar en su base y de las posibilidades reales de cambio.

3.2. EL MODELO EDUCATIVO

Este modelo hace especial énfasis en los contenidos y en un modelo educativo tradicional basado en la comunicación unidireccional, donde sólo hay uno que sabe (el educador), frente a otro que no sabe (el educando) y que debe ser educado.

Hay muchas definiciones de E.p.S. que se identifican con este planteamiento, como la del canadiense Gilbert, que sostiene que la educación sanitaria consiste en instruir a las gentes en materia de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud, o la de Grout que considera que es un procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud, en normas de comportamiento adecuadas individuales o comunitarias, valiéndose de la educación.

Tal como plantea Vuori, la mayor parte de la educación sanitaria tradicional e incluso de aquella que se dirige a introducir nuevos valores en la infancia, descansa en la asunción de la responsabilidad individual (implícita en este modelo) sobre las propias acciones y de la perfeccionabilidad del hombre mediante la educación (presupuesto ilustrado). Pero un individuo puede ser responsable de sus acciones sólo si le es posible comportarse de la manera recomendada por los educadores sanitarios. Las posibles elecciones que puede hacer –y como consecuencia los límites de su comportamiento respecto a la salud– están en gran manera determinados por la sociedad en la que vive, y no tanto por sus conocimientos ni incluso por sus actitudes.

3.3. UN MODELO SOCIAL DE E.P.S.

Este modelo se corresponde con el enfoque radical de Tones, el enfoque crítico de O'Neill o el modelo ecológico de Richard Brown, por citar algunos ejemplos. La idea fundamental sobre la que se apoya es considerar que la injusticia económica y social es la mayor causa de enfermedad, por tanto, las personas actúan dentro de un contexto social que limita sus opciones individuales y el impacto de estas opciones, de aquí que los autores que se identifican con esta concepción consideren que los educadores sanitarios, además de estudiar y comprender los mecanismos psicológicos que llevan al individuo a adoptar o cambiar su con-

ducta de salud, deben también investigar y comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio ambiente social e influyen sobre la salud.

Por lo tanto el educador para la salud no sólo debe explicar a la gente los comportamientos o condiciones que son beneficiosas para su salud y establecer programas educativos para cambiar los comportamientos individuales; debe también ayudar a la gente a afrontar los factores perjudiciales para su salud en los lugares donde viven y a procurarse unas condiciones que promuevan la salud. En este sentido, el educador como agente de salud debe de desempeñar un rol de agente comunitario.

3.4. NUEVOS PLANTEAMIENTOS

Un hecho importante en el desarrollo de la E.p.S. fue la celebración del Primer Congreso Internacional de Promoción de la Salud, en Ottawa, en noviembre de 1986, en donde se formularon una serie de estrategias y proposiciones consideradas como fundamentales para la promoción de la salud, recogidas en un documento conocido como *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. En ella se parte de la idea de que la salud no es un objetivo vital sino un recurso para la vida cotidiana y se considera que la promoción de la salud es el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Se reconoce de igual modo que para mejorar el nivel de salud es imprescindible garantizar la paz, el cobijo, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, unos recursos mantenibles, la justicia social y la equidad, y se valora como necesario el acceso a la información, el desarrollo de habilidades personales y la existencia de oportunidades para elegir opciones saludables.

En Ottawa se llegó a la conclusión de que era necesaria una acción global que implicase a todos los niveles (político, comunitario e individual) mediante la puesta en marcha de las siguientes estrategias:

- Establecimiento de políticas saludables.
- Creación de entornos que favorezcan la salud.
- Refuerzo de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

Este planteamiento significa que paralelamente a las medidas individuales hay que adoptar otras destinadas al entorno que hagan posible o favorezcan los cambios que pretendemos que se produzcan en las personas.

En los nuevos planteamientos de la E.p.S. se considera esencial *que la gente participe, se autovalore, se haga responsable de sus problemas y que sepa resolverlos, en definitiva, que sea sujeto del proceso y no objeto* (M. I., Serrano)

También se tiene conciencia de que las condiciones en que se desarrolla una conducta ejercen sobre ella una acción estructurante, pero a su vez el desarrollo de la conducta estructura el medio. La conducta humana, como dice T. Ibáñez, se relaciona con unas finalidades que influyen en su elección, por lo que uno de los objetivos de la E.p.S. tiene que ser la *internalización* de la salud como un valor que guíe el comportamiento del individuo.

La internalización de valores tiene lugar a una edad muy temprana, nunca después, y primordialmente cuando el niño está sano, de aquí el papel tan importante que tiene la escuela, en general, y el educador (la educadora) infantil.

Recuerda

El concepto de Educación para la Salud se basa en los siguientes modelos:

El modelo médico tradicional descansa en una visión mecanicista del hombre. Es individualista y considera a los profesionales sanitarios los más capacitados para hacer E.p.S.

El modelo educativo hace especial énfasis en la información y la comunicación unidireccional, cargando de responsabilidad al individuo.

Los modelos sociales consideran que el contexto socioeconómico limita las opciones individuales de comportamiento.

Nuevos planteamientos:

La educación es un pre-requisito para que haya salud. Todos estamos implicados en la promoción de la salud. Para la promoción de la salud son necesarias medidas individuales, comunitarias y políticas.

Es esencial utilizar metodologías participativas, donde la gente pueda autovalorarse y adquirir destrezas y habilidades para la solución de sus problemas.

Es necesario que el valor *salud* se internalice en los primeros años de la vida.

Ejercicios

4. A partir de los nuevos planteamientos que se comentan en este capítulo define lo que es para ti la E.p.S.

5. Describe las similitudes y diferencias del concepto de E.p.S. entre el modelo médico, educativo y social.

4 La Escuela promotora de la Salud

Actualmente, llevar una vida sana es cuestión, hasta cierto punto, de hacer elecciones correctas, lo que implica la toma de decisiones. Para ello, los chicos/as en la escuela deben tener la oportunidad de desarrollar actitudes y valores que los capaciten para hacer elecciones que sean válidas en su vida actual y también en el futuro. Todo ello hace referencia a una de las *finalidades fundamentales de la educación*: sentar las bases en la infancia para hacer adultos responsables.

Un proyecto de promoción de la salud en la escuela debe basarse en la formación de ciudadanos capaces de elegir, elegir incluso riesgos. Deben estar preparados para decidir por ellos mismos. La enseñanza de todo lo relacionado con la salud, como la enseñanza en su aspecto más general, consiste en ayudar, animar y ofrecer caminos para el desarrollo personal.

La escuela tiene la responsabilidad de incluir la E.p.S. en su currículo, ofreciendo a su alumnado información adecuada sobre la salud, ayudándolo a clarificar sus actitudes y a comprender los valores que subyacen en la elección de estilos de vida saludables. También debe demostrar día a día –en su organización, en sus instalaciones, etc.– que su propia práctica está presidida por los valores que defiende.

Cuando un centro escolar se plantea una política de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Los alumnos/as deben ser el centro de todas las actividades de promoción de la salud y, por tanto, la planificación de dichas actividades requerirá un análisis profundo de los conocimientos, actitudes y necesidades de los mismos.
 - Los alumnos/as deben verse implicados activamente en el proceso de promoción de la salud.
- La E.p.S. en cuanto atañe a valores, actitudes y comportamientos, debe ser responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de la comunidad escolar.
- La puesta en marcha de un programa de E.p.S. implica:
 - Un compromiso general de promoción de la salud en el centro escolar.
 - Un compromiso específico de enseñar temas de salud de una forma programada y planificada.

Pero, sobre todo, es imprescindible que el profesorado muestre un interés por el tema, una voluntad de utilizar técnicas pedagógicas adecuadas, una sensibilidad especial hacia las necesidades de los alumnos/as, además debe ser capaz de comunicarse abiertamente con ellos. La ense-

ñanza de la E.p.S. no se puede llevar a cabo sin una fuerte implicación personal de quien la imparte. Es necesario que *el educador como agente de salud*, analice su propio comportamiento, comprenda las dificultades que pueden surgir para adoptar determinadas conductas en el contexto social donde se mueve y sea consciente de sus barreras para la transmisión de los conceptos sobre la salud, con el fin de superar estas dificultades y estar en mejor situación personal para desarrollar su tarea.

4.1. EL HISTORIAL O RECORRIDO DE SALUD

El concepto de *historial o recorrido de salud*, hace referencia al reconocimiento de que las personas, con independencia de su edad, por el hecho de vivir en sociedad, reciben una educación sanitaria *no escolar* que va a influir en sus decisiones. La vida de los niños/as se desarrolla en diferentes escenarios (el hogar, la escuela, el pueblo, etc.) y el *currículo escolar* de E.p.S. es una pequeña parte de sus vivencias diarias.

Desde el inicio de su vida los niños/as están bajo la influencia de todas las cosas que les rodean y que van formando su personalidad. En edades tempranas ya han adquirido sus propias actitudes y creencias sobre una amplia gama de temas relacionados con la salud, que cambiarán según crezcan y se desarrollen. Los niños/as adquieren actitudes, valores y conductas latentes mucho antes de que se manifiesten.

El comportamiento es el resultado la interacción de un conjunto de influencias sociales sobre una personalidad en crecimiento y desarrollo.

En la etapa infantil las principales influencias provienen del hogar y de la escuela. El profesor debe ser consciente de que sus alumnos/as, por pequeños/as que sean, no son *vasos vacíos* desprovistos de experiencias de salud. Los niños/as (y los adultos) aprenden fuera de la escuela tanto como en la escuela. Como dice Jones, *la relación educativa no es una situación sencilla en que uno posee algo que el otro no posee; se trata también de que ambos poseen algo de lo que el otro carece*.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, cualquier nueva enseñanza relacionada con la salud debe situarse dentro de un marco referencial que sea reconocido y significativo para los niños/as. Es importante que se les haga partícipes activos de su propio aprendizaje cuando los conocimientos, valores y actitudes ya presentes se yuxtaponen a los nuevos.

4.2. LA ESCUELA SALUDABLE

Los elementos fundamentales que definen a la escuela saludable son:

- La integración de la E.p.S. en el currículo escolar formal.
- El carácter o valores de la escuela (currículum oculto).
- Las relaciones entre escuela, la familia y la comunidad.

ELEMENTOS BÁSICOS DE UNA ESCUELA SALUDABLE	
Curriculum de E.p.S.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas integrados en varias áreas. - Adaptada a las necesidades de los alumnos. - Progresión en el tiempo (curriculum espiral) - Métodos de enseñanza aprendizaje - Materiales adecuados
Carácter de la escuela	<ul style="list-style-type: none"> - Política escolar. - Apoyo al curriculum de E.p.S - Relaciones humanas dentro del centro - Enfoque escolar global - Medio ambiente limpio, seguro y estimulante
Familia y comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas a la familia - Negociación y participación - Trabajo basado en la familia - Coordinación comunitaria - Proyectos basados en la comunidad

El currículo formal de educación para la salud

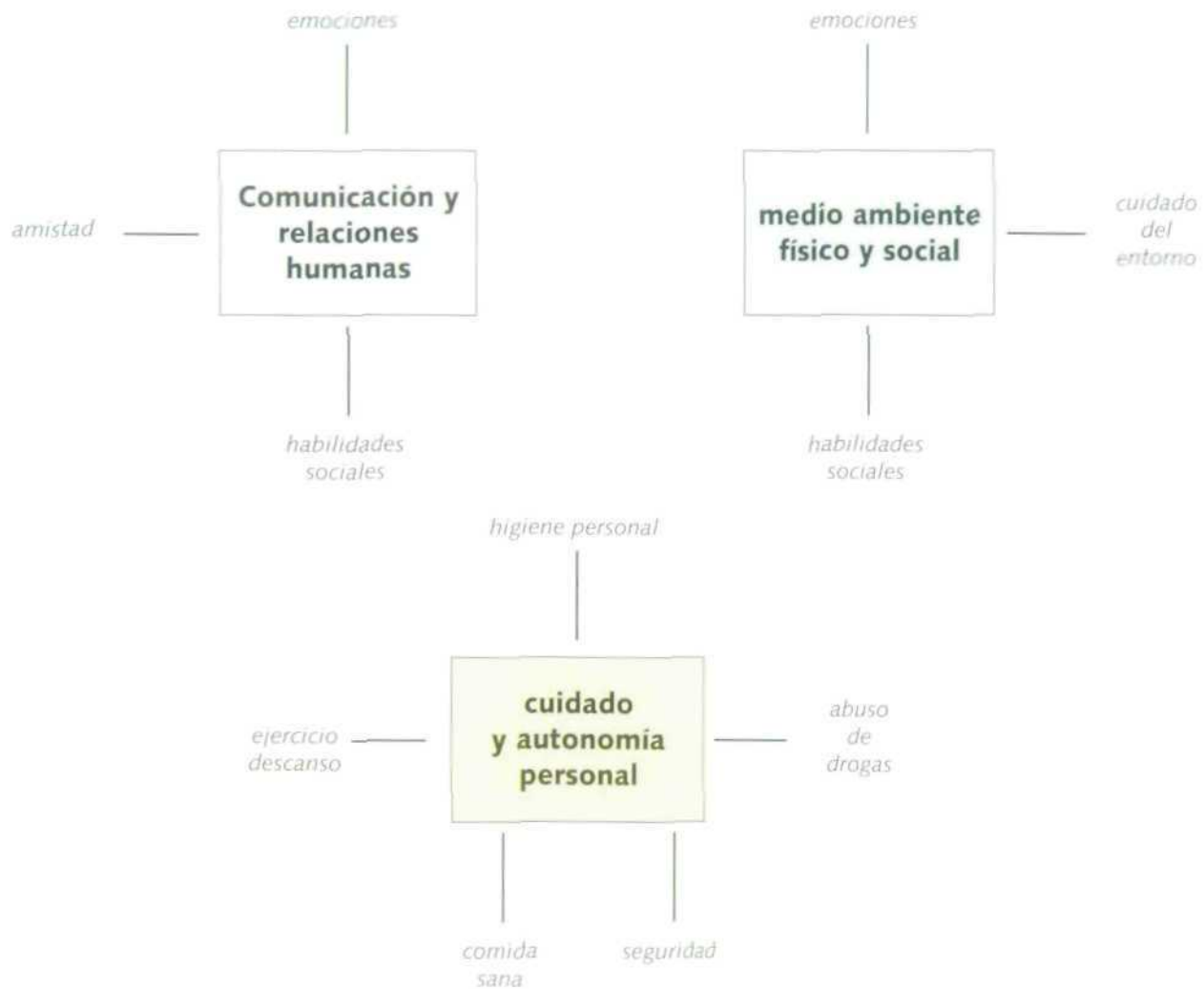
El primer objetivo de la escuela es establecer un programa educativo formal de E.p.S. adaptado a las necesidades de los alumnos/as y a las características socioculturales de la zona.

La E.p.S., entendida como área transversal, no debe ser tratada como una materia aislada, sino que debe estar integrada en el resto de las áreas curriculares. En la etapa infantil (0-6 años) el tratamiento de los temas de salud debe hacerse a partir de los centros de interés de los niños/as y de forma globalizada.

Es necesario, además, un desarrollo curricular programado y planificado, donde se especifiquen la secuencia y temporalización de las actividades de enseñanza-aprendizaje, los procedimientos didácticos a utilizar, así como el método evaluativo para medir los resultados. La importancia de que exista un proyecto curricular reside, entre otras cosas, en que proporciona estabilidad y lugar a la E.p.S. dentro del Proyecto Educativo del centro escolar.

Los contenidos de la E.p.S. se pueden agrupar en tres áreas que están interrelacionadas entre sí:

- Comunicación y relaciones humanas.
- Cuidado y autonomía personal.
- Medio ambiente físico y social.



- **Comunicación y relaciones humanas.** Las distintas formas de comunicación (verbal, gestual, etc.) sirven de unión entre las personas y el entorno en el que viven (exterior), facilitando así: las interacciones, el conocimiento, la expresión de pensamientos, sentimientos, vivencias, etc. Las relaciones entre las personas tienen una gran importancia, pues son la base de la vida social y el elemento imprescindible para el desarrollo humano. Las emociones estimuladas por distintos tipos de relaciones y cómo las manejamos y aprendemos a enfrentarnos con ellas, son una parte importante del comportamiento de las personas y del proceso educativo (para la salud).

- **Cuidado y autonomía personal:** La E.p.S. debe tener como objetivo prioritario que los niños/as sean capaces de cuidar de sí mis-

mos, que aprendan a valorar el cuerpo sano y que adquieran el máximo grado de autonomía. Para ello es importante que el educador les vaya haciendo responsables de sus propios actos, en la medida que sea posible según el grado de desarrollo de sus capacidades sociales, psicológicas, físicas y mentales.

- Medio ambiente físico y social: Es importante que desde el principio se amplie el mundo de las relaciones de los niños a otros campos fuera de la familia. El respeto hacia los demás y la tolerancia, deben ser valores que se les inculque en la escuela. El cuidado de la comunidad y del entorno físico en donde está situada la escuela es, sin duda, una meta importante tanto para la educación como para la salud.

Una vez estructurado el *currículum* con los contenidos de salud que se consideren más apropiados, la acción educativa hacia la promoción de hábitos saludables ha de ser continua, si queremos que estos hábitos se consoliden y formen parte del comportamiento futuro de los niños/as. Es importante plantear el *desarrollo curricular en espiral*, en aquellas áreas que se consideren *angulares* para la E.p.S. El fundamento de este desarrollo conlleva el tratamiento periódico de las áreas clave a lo largo de la vida escolar del niño/a, con un mayor nivel de complejidad en función del nivel de comprensión y de la adecuación de los receptores, de tal manera que se vuelvan a desarrollar y ampliar ideas y conceptos aprendidos con anterioridad. La escuela infantil juega un papel importante, pues sienta las bases y los primeros conceptos de salud que más adelante se volverán a tratar en las sucesivas etapas educativas.

- El currículo oculto (Carácter de la escuela)

Cada centro escolar tiene una *cultura* propia que se manifiesta en su ambiente general, sus normas de disciplina, las actitudes adoptadas por los educadores/as y los valores implícitos en su organización y funcionamiento general. El conjunto de relaciones personales que se dan en la escuela entre niños/as y adultos, alumnos/as y profesores, entre éstos y entre los mismos escolares, tiene una influencia educativa que debe ser tomada en cuenta, sobre todo en lo que respecta a la E.p.S.; entendida como desarrollo social, interpersonal y afectivo de las personas. El que todo esto que llamamos *currículo oculto* tenga tanto valor significa que, en educación para la salud, los procesos y experiencias de aprendizaje son tan importantes como los contenidos.

Una de las consecuencias más importantes que tiene el ambiente de la escuela es su influencia en la autoestima. La *autoestima* es parte constituyente de la salud mental de las personas, y también juega un papel importante para protegerlas contra la presión social. Este proceso es cíclico, de forma que un alto grado de autoestima aumenta la confianza en uno mismo, lo que facilita la adquisición de habilidades. A su vez, estas habilidades adquiridas aumentan el grado de autoestima.

La E.p.S. se puede convertir en un vehículo para el estímulo de la autoestima a través de la adquisición de habilidades de comunicación, de toma de decisiones y a través de actividades que hagan que los que en ellas participan se sientan mejor consigo mismos.

El ambiente de la escuela puede promover la autoestima si basa en el respeto mutuo, la responsabilidad y la autonomía, el valor y la singularidad de cada persona. La existencia de límites definidos y controlados tiende a producir mayor crecimiento de la misma que cuando éstos no existen.

El nivel de autoestima se establece precozmente, antes de los cinco años, lo que supone una gran responsabilidad para el educador infantil. El modo en que los educadores actúan y se relacionan con los niños puede afectar a la forma en que éstos se vean a sí mismos, dado que la autoestima que el niño/a se forma es, en gran parte, una interiorización de la estima que se le tiene y la confianza que en él/ella se deposita.

¿Qué aspectos se deben tener en cuenta cuando se trabaje con niños/as?:

- Mostrarle cariño y aceptarle tal como es.
- Evitar compararle con los demás.
- No avergonzarlo ni ridiculizarlo, y mucho menos en público.
- Exigirle únicamente aquello que puede lograr.
- Elogiar y alabar al niño no sólo cuando haga bien las cosas sino también cuando lo intente, aunque no lo consiga.
- Encomendarle pequeñas tareas para que se responsabilice de ellas y se sienta útil.
- Disculparse y reconocer ante el niño los propios errores y darle la oportunidad de que lo haga él también.
- Cuando haya que reprenderle no utilizar nunca expresiones como *ya no te quiero; que malo eres...*

Valorar el currículum informal supone convertir el proceso de aprendizaje de la salud en una experiencia compartida entre educador y educandos. El profesor/a deja de ser la única fuente de información. Su trabajo debe consistir en facilitar la exploración de actitudes y valores y en apoyar el desarrollo de una serie de habilidades personales y sociales.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es el *entorno físico*, pues ejerce una influencia importante sobre lo que los niños/as aprenden en el programa de E.p.S.:

- En primer lugar hay que crear un ambiente sano y seguro, evitando la transmisión de enfermedades y adoptando las medidas preventivas para evitar los accidentes infantiles.
- En segundo lugar hay que tomar conciencia de que determinados factores medioambientales, tales como la decoración de las aulas, su ilu-

minación, mobiliario escolar, etc.), así como el estado y dotación de los servicios (W.C.) y el comedor escolar, son elementos de primer orden del currículum oculto, que ejercen una influencia tan importante como la de los propios educadores.

~ Si los niños disponen de servicios de saneamiento adecuados (con papel higiénico, jabón, toallas de papel o secadores, espejos, crema dental, etc.), aprenderán a hacer buen uso de ellos y adquirirán hábitos relacionados con la higiene personal (lavarse las manos, cepillarse los dientes, etc.), con lo que estaremos haciendo verdadera Educación para la Salud.

Escuela, familia y comunidad

Actualmente no se entiende la escuela separada de su contexto social. La educación es una responsabilidad compartida por la totalidad de los elementos y estructuras sociales, aunque no siempre es asumida por todos ellos.

Los padres asumen plenamente el compromiso del cuidado y educación de sus hijos en los primeros años de la vida. Hasta ahora, durante este período, los padres llevaban a sus hijos a la guardería, entendiendo ésta como el lugar para la custodia y el cuidado de los niños/as más que como lugar destinado a la educación, valorándose en todo caso este último aspecto como secundario.

Pero no sólo esta visión la han tenido (o la tienen) las familias. El carácter educativo que deben tener estos centros no ha sido reconocido por las instituciones educativas hasta hace muy poco tiempo, hablándose ahora de *Escuelas Infantiles* o *Centros de Educación Infantil* con el claro propósito de reivindicar su función docente.

El educador infantil debe tener claro su propio rol y el papel que juega el ámbito familiar como prolongación de la tarea educativa y saber que su labor se verá reforzada si trabaja junto con los padres y con otras estructuras comunitarias (centro de salud, Ayuntamiento, etc.). Tiene que partir del concepto de que la E.p.S. en la escuela es un proceso de desarrollo y promoción de la salud en la comunidad.



Niños haciendo actividades físicas

La participación de la comunidad en el tema de la salud es una herramienta de transformación cultural, necesaria para que los mensajes de educación sanitaria sean concordantes entre sí y posibiliten el desarrollo de comportamientos saludables entre los más pequeños.

La E.p.S. es sólo un instrumento al servicio de una estrategia más amplia de promoción de la salud que implica a la comunidad en su conjunto (personas, asociaciones e instituciones), de ahí la necesidad de establecer un sistema de relaciones con las asociaciones de madres y padres (AMPAs), con los servicios sanitarios y sociales y con todo tipo de asociaciones comunitarias (de barrio, de vecinos, de amas de casa, etc.), además de la coordinación con el resto de los centros educativos de la zona (otras escuelas infantiles) y con los equipos psicopedagógicos.

Recuerda

La Educación para la Salud es responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de la comunidad escolar.

El recorrido de salud:

El alumnado debe ser el centro de todas las actividades de promoción de la salud por lo que debe estar implicado activamente.

El objetivo final es hacer adultos responsables capaces de asumir riesgos en las mejores condiciones.

La escuela saludable:

El programa de E.p.S. debe estar adaptado a las necesidades de los alumnos y las peculiaridades de la zona.

La existencia de un currículo formal proporciona lugar y estabilidad a la E.p.S. en el Proyecto Educativo del Centro.

Sus contenidos deben contemplar la comunicación y las relaciones humanas, el cuidado corporal y medioambiental y, como objetivo prioritario, el máximo grado de autonomía.

La estructura y el funcionamiento de un centro escolar condiciona la enseñanza de la E.p.S., en la cual los procesos de aprendizaje son tan importantes como los contenidos.

Una escuela saludable debe ser coherente con lo que enseña y ha de crear un ambiente sano y seguro, con una dotación de medios adecuada.

Ejercicio

6. Enumera los elementos básicos y las características de los mismos que definen al modelo de escuela saludable.

5 Relaciones de la Escuela Infantil

Si el objetivo de la escuela es la educación y promoción de su salud, se deben fomentar las relaciones entre el centro educativo infantil y otros estamentos sociales como son la familia y los profesionales sanitarios. No pueden esperarse cambios perdurables sin la colaboración de todos estos estamentos.

5.1. ESCUELA INFANTIL Y FAMILIA

La familia es el primer contexto de socialización de los niños. En este ambiente realizan sus primeros aprendizajes, establecen sus primeros vínculos emocionales y se incorporan a las pautas y hábitos de su grupo social y cultural. La familia juega, por tanto, un papel fundamental en el desarrollo del niño.

Para favorecer la colaboración de los padres/madres, el educador/a debe hacerles comprender la importancia de la influencia que ejercen sobre sus hijos en la adopción de actitudes, valores y creencias relacionados con comportamientos y estilos de vida saludables y que no todo se enseña y transmite en la escuela.

Es importante y necesario explicar a los padres, al comienzo del curso, el proyecto de E.p.S. del centro y aprovechar este momento para contrastar opiniones que deberán tener en cuenta en el futuro. Tomemos como ejemplo la educación sexual. Muchos padres tienen dificultad para abordar esta cuestión, sobre todo si se trata de forma aislada o no lo creen necesario a edades tan tempranas, no siendo conscientes de que esta educación se está produciendo en el seno familiar. A través de su conexión con la escuela, y con el apoyo del educador infantil, podrán abordar mejor esta tarea.

Otro aspecto importante es la imagen que la escuela proyecta en la comunidad. *La escuela infantil debe transmitir al exterior todas sus características de escuela saludable. Debe ser un lugar atractivo y acogedor, que cuide con esmero las relaciones con las familias.*

En Educación para la Salud el conocimiento de las circunstancias ambientales que rodean al niño es fundamental, pues puede explicar determinadas actitudes y comportamientos que de otra forma serían muy difíciles de entender, y permitir adoptar las medidas que se consideren oportunas.

Hay infinidad de factores que pueden afectar al comportamiento del niño, tales como: la baja instrucción y escasos ingresos de los padres, su escasa presencia en el hogar, nacimiento de un nuevo hermano, cambio de casa y/o de escuela, separación y/o divorcio de los padres, muerte de un ser querido, comienzo de una enfermedad en algún familiar, llegada de las vacaciones, comienzo de una enfermedad crónica y pérdida brusca de la audición o de la visión (A., Polaino-Lorente).

Los trastornos de comportamiento que suelen estar asociados a estos factores son: la enuresis y la encopresis (incontinencia de la orina y de las heces), oposición frente a los padres, comportamiento agresivo entre los hermanos y la aparición de conductas inapropiadas en el aula.

¿Para qué es importante que el educador infantil conozca todas las circunstancias que rodean al niño/a?

Para:

- Tenerlas en cuenta en su relación con estos niños/as.
- Tratar de buscar soluciones junto con los padres.
- En otros casos, y dependiendo del tipo de problema, su papel será el de mediador, facilitando el contacto con otros profesionales y otros organismos: sanitarios del consultorio o centro de salud, servicios de salud mental, trabajadora social del ayuntamiento, etc.

La familia siempre aporta valiosa información sobre aspectos ligados al cuidado del niño/ña, tales como alimentación, hábitos de sueño, estado de salud, vacunas, etc., que debe ser tenida en cuenta. Además, cuando educadores y padres intercambian información, éstos sienten la seguridad de que su hijo/a está siendo atendido de forma adecuada.

¿Cómo se pueden establecer relaciones entre escuela y familia?

A través de:

- Programación de reuniones periódicas con los padres.
- Relación específica con la familia de cada alumno, comentando aspectos particulares que se consideren importantes.
- Mediante el envío de hojas informativas sobre acontecimientos concretos, elaborar encuestas de conocimientos y actitudes sobre diversos aspectos de salud o a propósito de sus expectativas respecto al programa de E.p.S. y la escuela infantil, grabar videos sobre actividades escolares concretas que se pueden prestar luego a los padres, etc.
- Implicación directa en actividades del centro e, incluso, en tareas de docencia.
- También puede ser de gran utilidad aprovechar los conocimientos y tiempo de las personas para, por ejemplo, contar cuentos o historias relacionadas con la salud, ayudar a la organización de diversos actos, etc.

– Por último, no hay que olvidar los cauces de participación ya establecidos, como son: consejo escolar, asociaciones de padres y madres, consejo de salud, asociaciones de vecinos, de amas de casa, etc.

5.2. LA COLABORACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

El modelo educativo propuesto en la L.O.G.S.E. se basa en una escuela abierta a su entorno y autónoma para poder realizar una programación flexible, adaptada a las necesidades y peculiaridades de su zona, con un objetivo que busca el desarrollo de capacidades que faciliten a las personas su integración en una sociedad compleja y cambiante, y donde la salud se contempla como un área educativa a desarrollar.

En lo que se refiere al sistema sanitario, la Reforma Sanitaria propone una reorientación del sistema hacia la atención integral de las personas, con el desarrollo de la atención primaria, teniendo en cuenta el medio donde viven y sus características socioculturales, contemplando la promoción de la salud como una tarea propia y reconociendo la necesidad de la participación de los ciudadanos.

Todo ello implica una nueva metodología basada en el trabajo en equipo (Equipo de Atención Primaria, Claustro de Profesores) y una nueva mentalidad, más abierta al trabajo interdisciplinar.

Ambas Reformas han posibilitado el acercamiento de dos mundos muy alejados hasta ahora, al proponerles un objetivo de trabajo común: la promoción de la salud.

¿Cómo plantear el modelo de colaboración?

Ante todo hay que tener claro que se trata de establecer un proceso de relación continuado, y no esporádico, que permita un trabajo conjunto y estable, enfocado a la promoción de la salud (en nuestro caso, niños/as entre 0 y 6 años). Se trata necesariamente de un proceso gradual y progresivo, que requiere la reflexión previa de los profesionales implicados y la elaboración de un plan conjunto de coordinación a través de las siguientes fases:

Conocimiento mutuo	Establecimiento de primeros contactos
Exploración de intereses comunes	Hacia la exploración de la salud
Estudio de las contribuciones potenciales	Utilización del diagnóstico de salud
Formación del equipo de trabajo	Análisis de dificultades
Determinación de prioridades y objetivos	Llegar a consenso
Metodología de trabajo	Aportación de conocimientos pedagógicos
Elaboración de actividades	Diseño de materiales didácticos
Evaluación	Proceso conjunto

Fase 1: Conocimiento mutuo mediante el intercambio de información. La escuela infantil debe conocer la estructura, composición y órganos colegiados del Equipo de Atención Primaria (E.A.P.), establecer comunicación con su coordinador/a médico, con el responsable de enfermería o con el trabajador/a social, bien directamente o bien a través de órganos de coordinación comunitarios (Consejos o Mesas de Salud, etc.).

Fase 2: Exploración de intereses comunes, en ella debe quedar claro que se comparte un objetivo final (la promoción de la salud) en una población común (los niños/as de la zona cubierta por ambos centros).

Fase 3: Estudio de la contribución potencial de cada institución, especificando los papeles a desarrollar por cada una de ellas. En la planificación previa del trabajo de ambos colectivos (educadores y sanitarios), existen instrumentos de trabajo, de unos y de otros, que pueden ser de gran ayuda mutua. Así, el E.A.P. dispone del Diagnóstico de Salud de la zona, información que puede ser útil para la elaboración del Proyecto Educativo de Centro mientras que el equipo docente puede aportar datos sobre recursos e instalaciones, entorno ambiental, relaciones internas, etc. y sobre problemas, necesidades y demandas de los niños y sus familias.

Fase 4: Formación del equipo de trabajo mixto, que tendrá que realizar una labor previa de análisis de dificultades iniciales, tales como:

- Falta de un lenguaje común.
- Discrepancias conceptuales.
- Sobrecarga de trabajo.
- Rigideces en la organización y en los horarios.
- Resistencias personales.
- Poca capacidad para trabajar en equipo y para desarrollar proyectos innovadores.
- Incomprensión y/o falta de apoyo de las Administraciones respectivas.

Fase 5: Determinación de prioridades y objetivos comunes basada en un consenso razonable, en el que puede tener cabida la opinión de padres y alumnos. En este proceso se deben trabajar criterios objetivos y subjetivos, apoyados en el análisis de la realidad.

Fase 6: Clarificar metodología de trabajo, donde los educadores pueden aportar sus conocimientos pedagógicos.

Fase 7: Especificación de las actividades a realizar, pudiendo aportar los educadores la elaboración de materiales didácticos y sus propias intervenciones en clase.

Fase 8: Evaluación conjunta del proceso y de los resultados, contestando antes de las preguntas: ¿Qué, quién, cuándo y cómo evaluar?

Ejercicio

7. Realiza un esquema donde se reflejen las ideas fundamentales del proceso de colaboración entre la familia (padres) y la escuela.

Recuerda

Relaciones de la escuela infantil:

1. Relaciones con la familia pues desempeña un papel muy importante en el desarrollo del niño:

Al comienzo del curso, a los padres se les debería enseñar el centro y explicar el proyecto de E.p.S.

El comportamiento infantil puede verse muy afectado por diversas circunstancias familiares.

Una forma de relacionarse con los padres es implicándolos en actividades del centro.

2. Colaboración con los profesionales o el equipo de salud, que permita un trabajo conjunto, estable y enfocado a la promoción de la salud.

6 La Educación para la Salud en la Escuela Infantil

Muchas veces, el paso del niño/a del hogar a la escuela infantil es una actividad demasiado brusca y traumática, porque el niño pasa de estar siempre en casa a permanecer gran parte del día en un lugar desconocido, lejos de sus padres; o bien porque los valores y normas de conducta de la familia y la escuela sean discrepantes. Además, el cambio de hábitat aumenta las posibilidades de que el niño/a contraiga antes una serie de enfermedades infantiles al estar en contacto con otros niños, lo que también contribuirá al aumento de su inmunidad.

El educador/a debe tener en cuenta todos estos aspectos y actuar en consecuencia intentando dar una atención a cada niño lo más individualizada posible, especialmente en niños de 0 a 3 años. Además debe mantener una estrecha relación con los padres. Es conveniente que algún familiar acompañe al niño los primeros días, entre y conozca la escuela y hable con la educadora para explicarle cuáles son las costumbres y hábitos de su hijo.

¿Por qué la asistencia a la escuela beneficia el desarrollo de niño/a?:

Porque:

- Favorece su autonomía ayudándole a superar progresivamente la dependencia materna.
- Le permite relacionarse con otros niños y adultos lo que contribuirá positivamente a su proceso de socialización.
- Estimula su lenguaje y su desarrollo intelectual mediante la participación del niño en juegos y actividades creativas, plásticas, etc.

Para que todos estos aspectos se hagan realidad, la escuela infantil debe reunir una serie de condiciones básicas tales como unas instalaciones seguras con espacios soleados y al aire libre que permitan la libertad de movimientos de los pequeños, una dotación de recursos humanos que haga posible una atención más o menos individualizada, así como disponibilidad de juguetes y materiales para estimular al niño. En definitiva, se deben dar los requisitos que hacen de una escuela un lugar para la promoción de la salud.

6.1. CICLO DE 0-3 AÑOS

En este ciclo y en general en toda la etapa de Educación Infantil, los aspectos relacionales tienen una gran importancia, pues constituyen el eje del desarrollo psicológico del niño. En los primeros años de vida, la escuela debe crear un ambiente cálido, acogedor, que proporcione seguridad y afecto al niño/a, que contribuya a la construcción de una autoimagen positiva y que sienta que sus necesidades de higiene, alimentación, cariño, juego, etc., están cubiertas.

El centro educativo debe ser entendido como el lugar complementario de la acción educativa que se desarrolla en el hogar y debe procurar cubrir posibles deficiencias.

Objetivos Generales

En este periodo que va de los 0 a los 3 años se tiene que lograr que el niño/ña:

- Identifique y exprese sus necesidades básicas de salud y bienestar, de juego y de relación, y resuelva poco a poco algunas de ellas (utilización del agua y el jabón, de los utensilios de comida, etc.).
- Descubra, conozca y controle progresivamente su propio cuerpo, sus elementos básicos, valorando sus posibilidades y limitaciones para actuar de forma cada vez más autónoma.
- Construya una sensación de individualidad, definida por una identidad tanto corporal como psicológica (un nombre, un sexo, etc.), con una autonomía progresiva y con confianza en sus propias capacidades, lo que implica un sentimiento de competencia y autoestima personal.
- Acepte el afecto de otros, y que él mismo pueda expresar sus sentimientos de cariño en el marco de unas relaciones afectuosas y equilibradas.
- Que pueda paulatinamente coordinar su comportamiento en las propuestas de juego y de otras actividades, que disfrute con las mismas y que las utilice para dar cauce a sus intereses, conocimientos, sentimientos y emociones.

Al final de este ciclo, el niño debe poder identificar y manifestar las necesidades más frecuentes relacionadas con su bienestar corporal (hambre, sed, pis, limpieza en general) y emprender las acciones necesarias para satisfacerlas. Asimismo irá siendo capaz de expresar sus propias emociones (tristeza, enfado, alegría, sorpresa...) y de reconocerlas en los demás, y estará preparado para mostrar y recibir afecto.

Contenidos según Áreas Curriculares

Se debe insistir en el tratamiento globalizado.

– *Identidad y autonomía personal*: La acción educativa en esta etapa debe perseguir que el niño pueda construir una imagen positiva de sí mismo a través del conocimiento y aceptación del propio cuerpo, de sus necesidades, estados y emociones, de sus características, capacidades y limitaciones. De igual modo se debe intentar ajustar el ritmo biológico de cada niño a las rutinas de la vida de la escuela.

Es imprescindible que el niño se sienta querido, valorado y apreciado por los adultos que le cuidan.

Para que el niño vaya adquiriendo un conocimiento de su propio cuerpo, así como la coordinación dinámica general que le permitirá, cada vez con mayor agilidad, precisión y soltura, disponer de las habilidades perceptivomotrices implicadas en la resolución de problemas de acción y tareas sensoriomotoras de diversa índole, necesita de estímulos, como pueden ser las caricias, verse en el espejo o ver a los otros niños, etc. Poco a poco irá adquiriendo habilidades manuales que le permitirán utilizar diversos objetos, como la cuchara, el tenedor, un vaso, etc.

Para fomentar la autonomía de los niños, éstos deben participar en las actividades cotidianas (baño, vestido, comida, etc.).

– *Descubrimiento del medio físico y social*: Hay que estimular al niño/a para que actúe con cierta independencia y explore el medio que le rodea. De esta forma va a identificarse como perteneciente a grupos distintos del familiar, lo que le permitirá progresar en la construcción de su propia identidad y autonomía.

También se les debe enseñar a mantener y cuidar, en la medida de sus posibilidades, el estado de limpieza de la escuela, así como, de otros elementos de su entorno, e inculcarles actitudes de cuidado hacia los animales y las plantas.

– *Comunicación y relaciones humanas*: El desarrollo de la capacidad de expresión corporal, plástica y musical en el niño, le va a permitir progresar en sus potencialidades de equilibrio personal, cognitivas, motrices, de inserción social, etc., aparte de suponer un medio para lograr los objetivos planteados en las otras dos áreas curriculares.

Orientaciones Didácticas

Lo primero que hay que tener en cuenta es identificar las *necesidades básicas* que un niño tiene a esta edad. El educador/a ha de tener presente que tan importante es atender al bebé en sus necesidades biológicas (darle de comer, quitarle la caca y el pis, ponerle ropa, etc.), para que esté limpio, saciado y tranquilo, como en sus necesidades psicológicas (jugar con él, acariciarle, etc.), para que se sienta querido y estimulado.

La calidad de la relación educador-niño/a es un factor determinante, de modo que, palabras, gestos, sonrisas, caricias, etc. se convierten en elementos educativos de primer orden. Si el educador quiere que su relación sea estimulante para el desarrollo del niño y que se establezca una vinculación emocional positiva, deberá ser constante y paciente pues es un proceso que requiere tiempo, dedicación y mucha atención.

El educador debe tener en cuenta, para la *organización del tiempo y el espacio*, que el niño de 0 y 3 años pasa de estar regido por su ritmo biológico a ajustar la satisfacción de sus necesidades a un ritmo externo. Por lo tanto es importante para el desarrollo que el niño tenga unos marcos de referencia temporales donde organizar su actividad y sus relaciones.

Durante la lactancia, la escuela infantil debe adaptar sus actividades a las necesidades biológicas de los lactantes para ir iniciando un proceso de reajuste conforme va creciendo. La referencia temporal se construye al dotar a la actividad cotidiana de una cierta secuencia repetida, esto es, mediante las *rutinas* (de comida, de sueño, de higiene, de juego, etc.), que, por su función organizativa y sistematizadora, facilitarán en el futuro actuaciones cada vez más autónomas.

Para alcanzar *la autonomía*, el educador debe comprender la importancia de este objetivo y, con su actitud, tiene que estimular el comportamiento autónomo del niño enseñándole lo que puede hacer solo, dejándole que asuma cada vez más tareas, aceptando que para que esto sea posible se tienen que asumir pequeños riesgos, siempre y cuando no supongan un grave peligro para la integridad del niño/a, ya que en sí mismos también encierran un gran potencial educativo.

6.2. CICLO DE 3-6 AÑOS

En esta etapa se debe ir profundizando en los objetivos marcados en el ciclo anterior y afianzando los logros alcanzados. Quizá la característica más sobresaliente de estos años sea el grado de autonomía adquirido como consecuencia del propio proceso madurativo del niño/a.

Objetivos Generales

Los objetivos a conseguir en la E.p.S. al final de la Educación Infantil, son que el niño:

- Descubra, conozca y controle progresivamente el propio cuerpo formándose una imagen positiva de sí mismos, valorando su identidad sexual, sus capacidades y limitaciones de acción y expresión, y adquiriendo hábitos básicos de salud y bienestar.

- Observe y explore el entorno inmediato con una actitud de curiosidad y cuidado, identificando las características y propiedades más significativas de los elementos que lo conforman.
- Actúe cada vez de manera más autónoma en sus actividades habituales, adquiriendo paulatinamente seguridad afectiva y emocional, desarrollando sus capacidades de iniciativa y confianza en sí mismos, sabiendo pedir ayuda cuando la necesita.
- Establezca vínculos de relación con los adultos y con sus iguales, respondiendo a los sentimientos de afecto, respetando la diversidad y desarrollando actitudes de ayuda y colaboración.

Contenidos Curriculares

Al igual que lo dicho en la introducción a este ciclo, en cada una de las áreas curriculares se trata básicamente de ir profundizando en lo planteado en la etapa de 0-3 años.

– *Identidad y autonomía personal:* A medida que el niño adquiere un cierto control general del cuerpo, hay que ir vigilando su actitud postural. El papel del educador cada vez es más complejo, pues, junto al afecto y a las actividades de cuidado y estimulación, va a tener que ir introduciendo aspectos de socialización que el niño necesita para su desarrollo integral. En este sentido, en la medida en que el educador anime y aliente al niño, le plante retos y le ofrezca ayudas, le felicite y recompense por sus logros y le ayude a relativizar sus errores, estará contribuyendo a que en el futuro esté mejor preparado para soportar los retos que la sociedad le imponga. En definitiva, se estará consolidando su salud mental.

Otro aspecto importante es el proceso de construcción de la propia identidad, en el que intervienen, entre otros factores, la imagen positiva de uno mismo y los sentimientos de autoeficacia, autoestima y autoconfianza. Hay que evitar los comportamientos temerosos e inseguros, así como los omnipotentes y despóticos. De ahí la importancia de aprender a coordinar las propias emociones y actividades con las de otras personas (especialmente con el grupo de iguales).

– *Descubrimiento del medio físico y social:* Puesto que el niño ha adquirido una mayor independencia motora, esto le va a permitir ampliar su medio y diversificar sus relaciones, tanto en lo que se refiere a los objetos y lugares, como en lo que concierne a las personas.

En esta etapa, los otros niños tienen un significado educativo especial. El contacto y la convivencia con los otros, sin olvidarnos de los adultos, facilita y potencia el aprendizaje: coordinación de puntos de vista, puesta en marcha de estrategias de actuación conjunta, actitudes de respeto, de valoración de los demás, de cooperación y ayuda, regulación del propio comportamiento (con relación a hábitos saludables), etc.

– *Comunicación y relaciones humanas*: Dentro de esta **área** curricular el lenguaje tiene gran importancia para la E.p.S. pues **ejerce** una función reguladora de la propia conducta. Esta función reguladora es del mayor interés porque se opone a la acción impulsiva que el niño tiene ante los problemas que se le plantean.

Hay que prestar atención a la expresión corporal, pues **a través** de ella el niño/a va a reflejar sus estados de ánimo, sus **tensiones**, temores y conflictos, lo que puede ser aprovechado por el educador/a como fuente de información acerca de estos problemas e intentar darles salida o resolverlos.

Orientaciones Didácticas

Para que el niño vaya adquiriendo el progresivo conocimiento de **sí** mismo y el autocontrol es importante: las situaciones **de** contacto físico con otros niños y adultos, las tareas compartidas, los **juegos** colectivos en los que hay normas a seguir, y el trabajo por parte **del** educador **del** tono, la postura, el movimiento, etc.

Las actividades de observación y exploración sensorial **son** particularmente útiles para el conocimiento del propio cuerpo y del **cuerpo** de los demás.

Para la aceptación de las diferencias (sexo, talla, **minusvalías**...), el educador llevará a cabo el conocimiento corporal en un **contexto** de respeto y valoración de la individualidad de cada uno, **corrigiendo** actitudes discriminatorias.

Debido al aumento de su capacidad de movimiento y, **por consiguiente**, de la necesidad de actuar, el educador puede **organizar** juegos **donde** estén implicadas las habilidades motrices más **frecuentemente** implicadas en las actividades de los niños (caminar, correr, **saltar**, etc.), como otras menos habituales (trepar, lanzar, voltear, **balancearse**, etc.), **procurando** no frenar los impulsos de acción y exploración **propios** de **cada** niño que le conducen a descubrir y ejercitar sus **posibilidades**.

En relación con la alimentación, se les debe ir **acostumbrando** a **una** dieta equilibrada, enseñarles a que regulen la **ingestión** **excesiva** **de** determinados productos particularmente nocivos para **la** salud (caramelos, dulces, etc.).

En esta etapa el educador/a debe combinar las **actividades** de **juego** físico con las de reposo y relajación, enseñando al **niño/a** a fijarse **en** los efectos que el ejercicio tiene sobre el estado **general** del **cuerpo** (sudor, cansancio, congestión, variaciones del pulso y de la **respiración**, etc.), sus beneficios y cómo evitar sus **potenciales** **peligros** (hacer descansos, aprender a respirar, evitar **corrientes** de aire cuando se está sudando, etc.).

Ejercicios

8. Señala los aspectos más relevantes de la E.p.S. referidos al primer y segundo ciclo de Educación Infantil.

9. Elabora un esquema-resumen de todos los aspectos y contenidos que has estudiado en esta Unidad de Trabajo. Si es posible, observa a niños entre 0 y 6 años e intenta determinar las relaciones que los adultos establecen con ellos.

Recuerda

Ciclo de 0-3 años:

– El centro educativo debe ser entendido como lugar complementario de la acción educativa que se desarrolla en el hogar y debe intentar cubrir posibles deficiencias.

– **Objetivos:**

– *Identificación y expresión de sus necesidades básicas de salud y bienestar.*

– Conocimiento y control del propio cuerpo.

– Definición de su identidad corporal y fomento de actividades de afecto.

Ciclo de 3-6 años:

– En esta etapa se debe ir profundizando en los objetivos marcados en el ciclo anterior y afianzando los logros alcanzados.

– **Objetivos:**

– Descubrimiento y control progresivo del propio cuerpo, formándose una idea positiva de sí mismo.

– Observación y exploración del entorno inmediato que rodea al niño/a.

– Adquisición de un mayor grado de autonomía personal.

– establecimiento de vínculos afectivos con sus iguales (otros niños) y con los adultos.

Prueba de Autoevaluación

- 1 ¿Salud y enfermedad son dos estados perfectamente delimitados?
- 2 La definición de Lain Entralgo sobre «La Salud» está basada en:
- 3 ¿Qué aspectos novedosos introduce la definición de la O.M.S. de 1946, sobre la salud?
- 4 ¿Cuál es el factor determinante de la salud, según el esquema de Lalonde, más susceptible a la acción de la educación sanitaria?
- 5 Enumera cinco determinantes sociales de la salud.
- 6 ¿Cuál es el principal freno para el desarrollo humano, según la UNICEF?
- 7 ¿Cuál es el grupo primario por excelencia, en términos de socialización?
- 8 ¿Cuál es la base de los modelos de E.p.S. que se centran en los cambios de comportamiento?
- 9 ¿Cuál es el rol del educador sanitario en los modelos sociales de E.p.S.?
- 10 ¿Cuál es la base sobre la que se sustenta la escuela promotora de salud?
- 11 ¿Cuáles son los dos principios que debe tener en cuenta toda política escolar de E.p.S.?
- 12 ¿Cuáles son los requisitos necesarios para promover la autoestima?
- 13 Enumera cinco factores familiares que repercutan sensiblemente en el comportamiento infantil.
- 14 Para que se pueda llevar a cabo un plan de coordinación entre los centros educativos y los servicios de salud, ¿qué es necesario tener en cuenta?
- 15 ¿Cuál es el objetivo último de la E.p.S. en el primer ciclo de la enseñanza infantil?

FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD
2

CRECIMIENTO
Y DESARROLLO

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

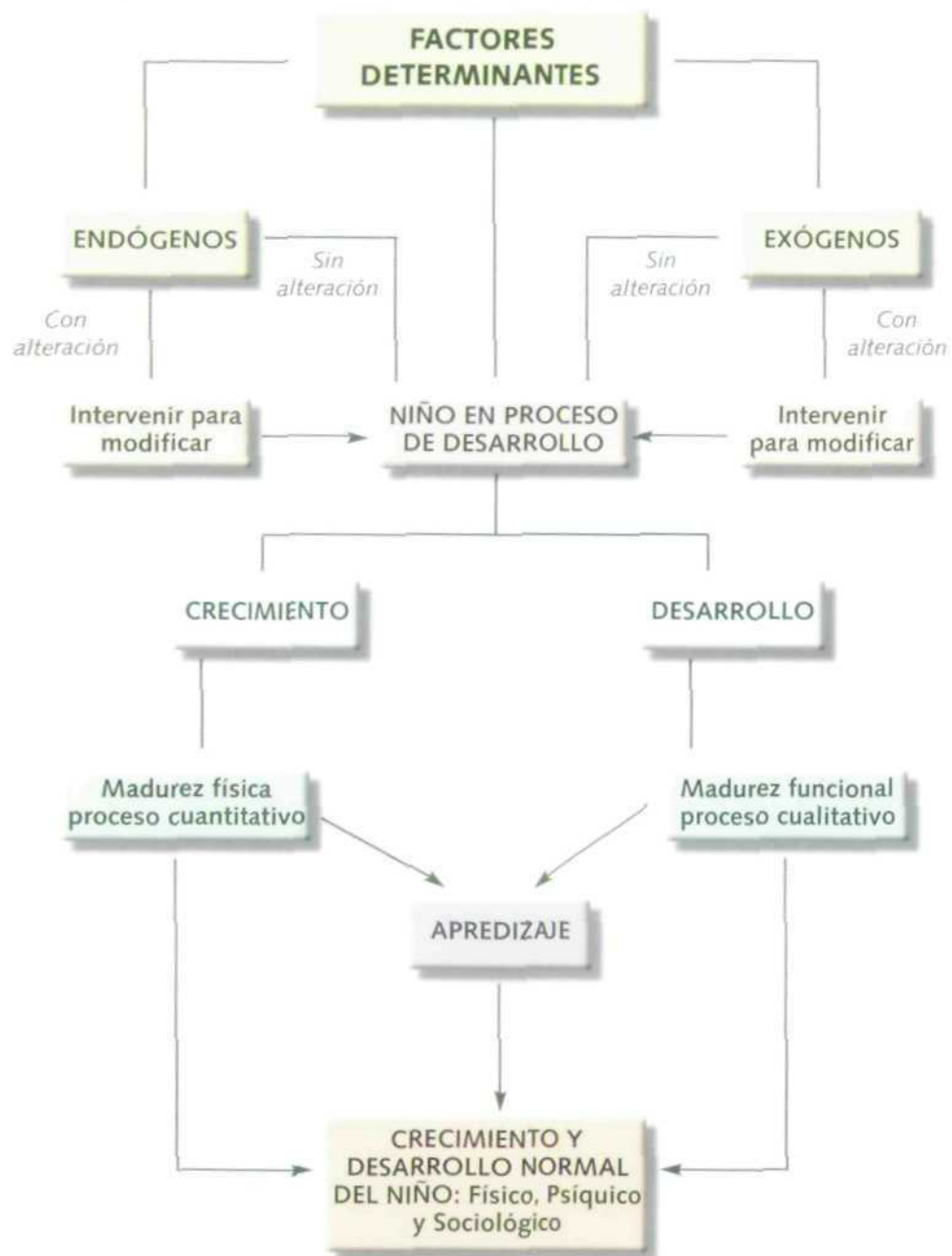
Imprime: Gráficas VARONA, S.A.

UNIDAD 2

CRECIMIENTO Y DESARROLLO



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	7
1.1. Crecimiento	7
1.2. Desarrollo	8
1.3. Etapas del desarrollo	8
1.4. Características del desarrollo	9
2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	13
2.1. Factores endógenos	13
2.2. Factores exógenos	15
3. CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO ...	21
3.1. Cambios inmediatos	21
3.2. Evaluación inicial. Test de APGAR	21
3.3. Valoración física	22
4. CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO INFANTIL. PARÁMETROS BÁSICOS PARA SU SEGUIMIENTO	27
4.1. El peso	27
4.2. La talla	29
4.3. Crecimiento de la cabeza, tronco y extremidades	38
4.4. Desarrollo de la dentición	41
4.5. Desarrollo de los huesos	42
4.6. Los músculos	42
4.7. La piel, las uñas y el pelo	42
5. DESARROLLO FUNCIONAL DEL ORGANISMO .	45
5.1. Maduración del aparato digestivo	45
5.2. Maduración del aparato urinario	48
5.3. Maduración del aparato respiratorio	49
5.4. Maduración del aparato circulatorio	49
5.5. Maduración del aparato genital	50
5.6. Maduración del sistema neuromuscular	50
5.7. Regulación de la temperatura	53
5.8. Maduración y ritmos del sueño y vigilia	53
6. MADURACIÓN SENSORIAL	55
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	58



Introducción

El crecimiento, el desarrollo y la maduración son conceptos afines dentro de la ontogenia, pero que presentan diferencias importantes según el marco teórico en que se desenvuelven.

El término *crecimiento* se refiere principalmente al ámbito biológico y depende de la herencia y el código genético por un lado y de las influencias ambientales por otro.

El término *desarrollo* hace referencia a aspectos más cualitativos, aunque éstos están basados y ligados de forma directa al crecimiento físico, de tal forma que no se puede separar ni entender un concepto sin el otro.

La *maduración* se define como la aparición de cambios tanto morfológicos como de conductas específicas determinadas por aspectos y factores biológicos pero que no precisan de la ayuda de ningún tipo de aprendizaje. La maduración es un componente «necesario», pero «no suficiente» para el desarrollo.

Cuando la maduración se asocia a lo que se adquiere a través del aprendizaje se produce el desarrollo total y global del niño en todos los aspectos, es decir: físico, funcional y social.

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Describir los principales factores y determinantes que influyen en el crecimiento y desarrollo infantil.
- Identificar las diferencias entre el concepto de crecimiento y desarrollo.
- Especificar las características físicas del recién nacido.
- Reseñar las principales características que definen y determinan el crecimiento infantil.
- Determinar los parámetros básicos para realizar el seguimiento correcto del crecimiento infantil.
- Aplicar las técnicas necesarias para estudiar el desarrollo físico y sensorial de los niños.
- Detectar de una forma genérica los principales problemas y retrasos en el crecimiento y desarrollo físico infantil.
- Analizar los aspectos más significativos del desarrollo funcional de los distintos aparatos y sistemas del organismo.



1 Crecimiento y Desarrollo

En la especie humana, los términos de **crecimiento** y **desarrollo** se refieren, generalmente, al proceso a través **del cual** el óvulo fertilizado alcanza el estado de madurez.

Habitualmente se emplean ambos términos (**crecimiento y desarrollo**) de manera indistinta, aunque su **significación concreta** sea diferente.

En conjunto, **crecimiento y desarrollo, son un proceso dinámico** que engloba varias dimensiones interrelacionadas. La plenitud **del desarrollo y del crecimiento** dependen de la **herencia, la nutrición, la actividad hormonal normal** y el medio ambiente.

1.1. CRECIMIENTO

El crecimiento es, fundamentalmente, **un proceso cuantitativo** que se produce cuando las células se **multiplican (reproducen)** y se sintetizan nuevas proteínas. Tiene un significado **de carácter morfológico** (físico).

Este proceso se refleja en el **incremento de tamaño** en la **estructura física** del cuerpo, es decir, se manifiesta por **modificaciones y cambios** que **tienen lugar en las dimensiones corporales**, **está referido a la talla, peso, perímetros, espesor, etc.**, para un nivel **determinado** y siempre relacionado con la edad.

Características del crecimiento

Es un proceso continuo, que se inicia **desde el mismo momento** de la concepción pero que no es lineal, es decir, **no es constante ni uniforme**. Hay períodos en que el crecimiento se **acelera**, seguidos de otros en que éste es más lento.

El crecimiento es más significativo **durante la vida prenatal**, y continúa de forma rápida durante la lactancia y **la primera infancia**. Después se reduce y vuelve a darse un crecimiento **rápido** durante la **pubertad**, aunque el proceso no se interrumpe hasta **que se alcanza la talla máxima**.

Los niveles de crecimiento varían en **cada niño** de una etapa a otra de la vida y en cada estructura anatómica.

En general, el crecimiento sigue una **secuencia** ordenada, siendo un proceso integral que implica al niño en su **totalidad**.

1.2. DESARROLLO

El desarrollo tiene un carácter *funcional* y, viene determinado por la secuencia de maduración de las funciones del organismo; así hablaremos de desarrollo motor, psíquico, sexual, social, etc.

Una característica fundamental del desarrollo es su *dinamicidad*, por lo que lejos de concebir al niño como un ser pasivo, a expensas de la herencia o depositario de los saberes del adulto, lo considera como un sujeto que desde antes incluso del nacimiento, interacciona con el medio que le rodea.

El término *desarrollo infantil* suele reservarse en *puericultura* para tratar de explicar el proceso por el que adquieren madurez funcional los distintos aparatos y sistemas orgánicos. Así como decíamos que el crecimiento es un proceso cuantitativo en tanto y cuanto hay aumento del número y tamaño de las células, el desarrollo es un proceso de cambio *cuantitativo*, consistente en la transformación y madurez de las capacidades funcionales. Ambos aspectos son, en todo caso, partes de un gran proceso en el que mutuamente, y también con otros de índole distinta, se interrelacionan y se mediatizan de forma permanente.

1.3. ETAPAS DEL DESARROLLO

La mayoría de los expertos en el campo del desarrollo infantil, clasifican el crecimiento y las conductas infantiles en etapas de edades aproximadas o con términos que describen las características de un grupo de edad.

Se admite que los límites de edad de estas etapas son arbitrarios y dado que no tienen en cuenta las diferencias individuales, no pueden aplicarse a todos los niños con precisión.

Sin embargo, estas categorías son un medio válido para describir las características de la mayoría de los niños en periodos en que aparecen cambios significativos en su desarrollo.

Por tanto, teniendo en cuenta el grado de madurez física, emocional, intelectual y social del niño, podemos hablar de las siguientes etapas o periodos.

1. Periodo prenatal: Va desde la concepción hasta el nacimiento.

Se divide a su vez en 2 fases:

- *Embrionaria:* Abarca desde la concepción hasta las 8 semanas de gestación.
- *Fetal:* Va desde las 8 semanas de gestación hasta el nacimiento (40 ó 42 semanas).

El ritmo acelerado de crecimiento y la dependencia total hacen de este periodo uno de los decisivos en el desarrollo.

2. Periodo de lactancia: Va desde el nacimiento hasta los 12 ó 18 meses.

Se divide a su vez en 2 fases:

- *Neonatal:* Va desde el nacimiento hasta los 28 días.
- *Lactancia:* Va desde el primer mes hasta el primer año (12 meses).

El periodo de lactancia es un tiempo de rápido desarrollo motor, cognoscitivo y social.

3. Infancia temprana: Va desde 1 a los 6 años.

Se divide a su vez en 2 fases:

- *Inicio de la infancia temprana:* Va desde 1 a 3 años.
- *Preescolar:* Va desde los 3 a los 6 años.

Este periodo se caracteriza por un notable desarrollo físico y de la personalidad.

4. Infancia media: Va desde los 6 a los 11 ó 12 años.

Este periodo de desarrollo se caracteriza por una serie de cambios constantes en el desarrollo físico, mental y social. Es fundamental y característico el desarrollo de las habilidades.

5. Infancia tardía: Va desde los 11 ó 12 años hasta los 18.

Se divide a su vez en fases:

- *Pubertad:* Va desde los 11 ó 12 años hasta los 13 ó 14.
- *Adolescencia:* Va desde los 13 ó 14 años hasta los 18.

Este periodo se caracteriza por una maduración biológica y de la personalidad, que se acompaña de cambios importantes tanto a nivel físico como emocional.

1.4. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO

Hay características definidas y previsibles en el crecimiento y desarrollo que son continuas, ordenadas y progresivas. Estas características son universales y básicas en todos los seres humanos. Aunque son más evidentes en lo que se refiere al crecimiento físico, la mayor parte de estas características se aplican también al crecimiento psicológico y social.

El crecimiento y el desarrollo siguen tendencias predeterminadas en su dirección, orden y ritmo, pero en cada persona ocurren de una forma diferente.

1. Tendencias direccionales

El crecimiento y el desarrollo ocurren en direcciones regulares, que reflejan el desarrollo físico y la maduración de las funciones neuromusculares.

– *Dirección cefalocaudal*, o de la cabeza a la cola. Es decir, el extremo cefálico del organismo se desarrolla primero y es el más grande y complejo, en tanto que el extremo inferior es pequeño y simple, y se conforma en un periodo posterior. Los datos físicos de esta tendencia son más claros durante el periodo prenatal.

– *Tendencia proximodistal*, o de lo cercano a lo lejano. Se aplica al concepto de la tendencia de la línea media a la periferia. Un ejemplo notable es el desarrollo embrionario inicial de los primordios de los miembros, seguido por la aparición de los dedos.

– *Tendencia de lo general a lo específico*, se refiere al desarrollo a partir de operaciones simples hacia actividades y funciones más complejas y complicadas. El desarrollo generalizado precede a específico o especializado. Ejemplo, desde el punto de vista físico, hay movimientos musculares burdos y al azar antes que ocurra el control muscular fino.

2. Tendencias de orden y secuencia

En todas las dimensiones del crecimiento y el desarrollo hay una secuencia definida y previsible. Es ordenada y continua, y cada niño normalmente pasa por esta etapa. Por ejemplo, los niños se arrastran antes de gatear, gatean antes de erguirse, etc.

3. Ritmo del desarrollo

Aunque hay un orden fijo y preciso en el proceso del desarrollo, éste no progresa al mismo ritmo. Hay periodos de crecimiento acelerado y otros más lentos, lo que abarca el crecimiento corporal total y de los distintos aparatos y sistemas.

El ritmo de crecimiento es muy rápido en los periodos prenatal y postnatal. Se va reduciendo poco a poco durante la infancia media y vuelve a aumentar de forma notable al comienzo de la adolescencia, para estabilizarse al inicio de la edad adulta. Pero, a pesar de estas características comunes, no hay que olvidar que cada niño crece a su propio ritmo.

4. Periodos sensibles

Hay periodos de tiempo en el crecimiento en que el organismo interactúa con un medio dado de forma específica. La calidad de las interacciones durante estos periodos sensibles determina si los efectos son

positivos o negativos para el organismo. Por ejemplo, la maduración funcional del sistema nervioso central está influenciada por estímulos externos, tipo de nutrición, etc. Los tres primeros meses de vida prenatal son un periodo sensible en lo que se refiere al crecimiento físico.

Recuerda

El crecimiento: es un proceso **cuantitativo** de carácter morfológico que se refleja en el **incremento** de la estructura física del cuerpo.

El desarrollo: es un proceso **cualitativo** de carácter funcional que consiste en la transformación y **madurez** de las capacidades funcionales.

Etapas del desarrollo:

- Prenatal
- Lactancia
- Infancia temprana
- Infancia media
- Infancia tardía

El desarrollo sigue las leyes:

- Cefalocaudal
- Próximo distal
- De lo general a lo específico.

Ejercicio

1. Haz un cuadro resumen donde se **identifiquen** las similitudes y diferencias entre el crecimiento y el **desarrollo**.

Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo

Los niños están inmersos en una serie continua y siempre cambiante de interacciones ambientales e interpersonales.

Hay un gran número de factores complejos e interrelacionados unos con otros que influyen en el desarrollo físico y emocional del niño.

Así se ha comprobado que pueden verse afectados entre otros por: factores medioambientales, familiares, culturales, socioeconómicos, etc.

Todos estos factores se pueden agrupar en dos grandes grupos: factores exógenos y factores endógenos.

2.1. FACTORES ENDÓGENOS

Dentro de este grupo se incluyen: factores ligados al sexo, la herencia, factores neuroendocrinos y ciertas enfermedades de carácter congénito.

a) Factores ligados al sexo

Antes de la madurez sexual podemos observar diferencias en el crecimiento y en la maduración de los varones y de las mujeres.

El crecimiento siempre es más rápido en los varones. Las mujeres lo sobrepasan sólo durante el corto periodo en el que se inicia la pubertad.

La maduración, sin embargo, es más rápida en las mujeres independientemente de la edad tengan. Desde el nacimiento el proceso de osificación y formación de los huesos está adelantado unas semanas y continuará así progresivamente, de tal manera que la pubertad de las mujeres va a comenzar unos dos años antes que en los varones, aunque dura menos tiempo y se detiene antes que en ellos.

Estas pequeñas diferencias son suficientemente significativas para que se disponga de marcos de referencia y medida del desarrollo distintos y diferenciados para varones y mujeres.

b) Influencia genética

La herencia condiciona parcialmente la talla definitiva y el ritmo de maduración en la infancia. Esto se ha comprobado en numerosos estudios, viéndose por ejemplo una gran correlación positiva entre las tallas de los

padres y las de sus hijos, o entre la edad de aparición de las reglas (menarquía) en la madres y en las hijas. No obstante pueden existir diferencias considerables, por lo que es necesario ser muy prudente a la hora de interpretar los diversos parámetros del desarrollo.

Las características hereditarias influyen notablemente en el desarrollo. El sexo del niño dirige sus formas de crecimiento y la conducta de los demás hacia él.

En todas las culturas, las actitudes y expectativas son diferentes para uno y otro sexo. El género, además de otros factores hereditarios, afecta significativamente al resultado final del crecimiento y al ritmo del desarrollo. Son hereditarias la mayoría de las características físicas, incluyendo forma de los rasgos faciales, complexión corporal, peculiaridades físicas, y pueden influir en el modo en que los niños crecen e interactúan con su medio.

También se heredan muchos aspectos de la personalidad, como el nivel de actividad, la reactividad y la tendencia a la timidez.

Las diferencias en la salud y el vigor de los niños son atribuibles a rasgos hereditarios. Un defecto o trastorno hereditario de tipo físico o mental alterará o modificará el crecimiento y las interacciones físicas, emocionales o de ambos tipos.

c) Factores neuroendocrinos

Nos referimos a todos los procesos metabólicos que tienen lugar dentro del organismo por la acción de nuestras propias hormonas (maduración endocrina). Las hormonas son sustancias producidas por algunos tipos de glándulas, que cumplen funciones concretas y específicas en torno a la activación de las funciones celulares de todo el organismo y del crecimiento del cuerpo.

Las glándulas más relevantes en este proceso de maduración endocrina son la hipófisis, la tiroides y paratiroides, las glándulas suprarrenales y las glándulas sexuales.

Probablemente todas las hormonas pueden afectar en mayor o en menor grado al crecimiento.

– La hormona del crecimiento (somatotropina), secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis, regula el ritmo normal de la síntesis de proteínas en el cuerpo, pero actúa fundamentalmente sobre el crecimiento lineal. El exceso de esta hormona puede provocar el «gigantismo hipofisario», y su deficiencia, el «enanismo hipofisario».

– Las hormonas tiroideas (tiroxina y triyodotironina), secretadas por el tiroides como respuesta a la tirotrópica, son esenciales para el creci-

miento normal del cuerpo. Estimulan el metabolismo general y colaboran sobre todo en el crecimiento de huesos, dientes y encéfalo. Su deficiencia produce crecimiento deficiente, retraso mental y otras manifestaciones del cretinismo.

– Los andrógenos producidos y secretados por la corteza suprarrenal, provocan la aceleración del crecimiento «estirón» en la adolescencia.

– Otras hormonas que contribuyen al crecimiento y desarrollo son la insulina, la cortisona, la hormona paratiroidea y las hormonas sexuales (testosterona y estrógenos).

Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo	
Endógenos	<ul style="list-style-type: none"> – Ligados al sexo – Influencia genética – Neuroendocrinos
Exógenos	<ul style="list-style-type: none"> – Alimentación – Condiciones geográficas y climáticas – Ambientales – Enfermedades – Socioeconómicas – Psicológicas – Paso de tiempo

2.2. FACTORES EXÓGENOS

Dentro de este grupo se incluyen: la alimentación, los factores geográficos y climáticos, socioeconómicos, medioambientales y psicológicos.

a) La alimentación

Es sin duda, uno de los factores que más directamente influyen en el proceso de desarrollo y crecimiento infantil.

La alimentación equilibrada, con aporte de sales minerales, vitaminas y agua, es importante y necesaria para el crecimiento. Las necesidades de calorías son relativamente cuantiosas durante la lactancia y la niñez, momentos en los que se produce un aumento rápido tanto del peso como de la estatura.

Las carencias precoces en la alimentación producen déficit importantes en la talla y en el peso, reducen el perímetro craneal y retardan la maduración ósea, siendo estas alteraciones de carácter reversible. Si ocurre

en periodos críticos del crecimiento y durante un tiempo prolongado, estas alteraciones se convertirán en procesos irreversibles.

Los niños pertenecientes a los grupos sociales más desfavorecidos son los que más frecuentemente sufren las consecuencias de una alimentación pobre en calorías y en contenidos proteicos. Son deficiencias que suelen acompañar a todo el período de crecimiento y que a veces se complica con enfermedades infecciosas y parasitarias de alguna forma oportunistas ante un organismo inmunológicamente debilitado.

Trabajos científicos recientes han demostrado que las carencias alimentarias precoces alteran el buen desarrollo mental e incluso las estructuras básicas del cerebro.

La alimentación adecuada guarda una estrecha relación con la «buena salud» durante toda la vida, y la mejora global de la nutrición se pone de manifiesto por el aumento gradual de la estatura y la maduración del niño a edad más temprana (sobre todo si se compara con niños de la misma edad de épocas anteriores).

b) Condiciones geográficas y climáticas

Es difícil determinar el papel exacto que estos factores ejercen sobre el crecimiento y el desarrollo del niño/a. Se ha comprobado que, en los niños/as que viven en las regiones templadas del hemisferio norte, aumenta más su estatura en las épocas de primavera y sin embargo el aumento de peso ocurre de forma más significativa al final del verano.

Cuando por condiciones geográficas la altura sobrepasa los 1.500 metros existe cierto retardo del crecimiento intrauterino respecto al observado en la llanura. Los niños y adultos que viven en zonas de altura suelen ser relativamente más bajos.

Los climas calientes o fríos no parecen tener el efecto de aceleración y de freno que se les ha atribuido durante mucho tiempo.

En las regiones tropicales, donde se producen los retardos de la pubertad más importantes, existen grandes deficiencias sociales, económicas y sanitarias que repercuten más directamente en el proceso de crecimiento-desarrollo más que el propio clima.

c) Factores medioambientales

La acción de los agentes exógenos tiene distinto significado y efecto según sea su intensidad, su duración o la edad del niño sobre el que actúan. Los niños son más sensibles a su influencia durante los periodos en los que el ritmo de crecimiento y desarrollo es más rápido.

d) Influencia de las enfermedades

Los procesos infecciosos más banales producen siempre un cierto grado de adelgazamiento corporal como consecuencia de una disminución del aporte alimentario por falta de apetito, vómitos, etc. y si se prolongan en el tiempo o se cronifican pueden desencadenar un retardo en el crecimiento y desarrollo. Con la convalecencia llega la recuperación y la reanudación del ritmo normal.

En general, las enfermedades agudas y crónicas son aspectos desfavorables que dificultan o impiden el crecimiento, pudiendo afectar tanto a la talla como al peso. A veces, los procesos febriles pueden dar lugar a un incremento de la talla en el niño.

Estos procesos ocurren de una forma lo suficientemente espaciada en el tiempo y no tienen apenas repercusión en el desarrollo infantil. Por el contrario, en los grupos sociales más desfavorecidos, con deficiencias higiénico-sanitarias en sus viviendas, con problemas de alimentación o deficiencias de asistencia sanitaria, estos procesos suelen ocurrir con más frecuencia, y alargarse el tiempo de curación, teniendo una mayor influencia sobre el crecimiento y el desarrollo infantil.

Todas las enfermedades que se caracterizan por una disminución en el proceso de la digestión y absorción de los nutrientes corporales van a tener un efecto negativo sobre el crecimiento y el desarrollo, como ocurre en los síndromes de malabsorción y en los defectos en los sistemas enzimáticos digestivos.

Cualquier alteración o enfermedad que persista durante un periodo prolongado de tiempo, y en especial en periodos críticos del desarrollo, pueden afectar de forma permanente al crecimiento del niño.

e) Factores socioeconómicos

El nivel de vida en general, la calidad de la vivienda, el nivel de educación y cultura, el tipo de trabajo, la composición familiar, la calidad de las infraestructuras urbanas, la renta, incluso el tipo de régimen político, son algunos de los factores estructurales básicos más influyentes en el desarrollo de las colectividades y de los pueblos.

Hay estudios que demuestran que el nivel socioeconómico tiene un efecto importante sobre el desarrollo. Generalmente en todas las edades, los niños de familias de las clases alta y media son más altos que los de la clase baja, y las niñas de la clase alta tienen la menarquía antes (menor edad) que las de la clase baja.

La causa de esta discrepancia no es clara, pero se piensa que es posible que el problema se deba en gran parte al tipo de alimentación y formas de nutrirse. Las familias más pobres tienen menos posibilidades de

proporcionar a los niños los alimentos que necesitan. Otro factor que tal vez influya en la nutrición y en el crecimiento es la irregularidad en las comidas, el sueño y el ejercicio, además de que estas familias suelen tener más hijos, que compiten entre sí por los alimentos disponibles.

f) Factores psicológicos

Cada vez se dispone de un mayor número de estudios e investigaciones en los que se demuestra que las carencias afectivas, aun cuando la alimentación sea equilibrada, son causa de retardos y alteraciones en el crecimiento infantil, sobre todo durante el primer año de vida.

En los países donde no existen grandes diferencias socioeconómicas tampoco se detectan grandes diferencias en los ritmos y niveles de crecimiento infantil. Por el contrario, aumentan estas diferencias en la medida que lo hacen las de tipo cultural y económico. La mejora del desarrollo físico va íntimamente ligada a la mejora de todos estos aspectos.

Los casos más notables son los de los niños abandonados o que viven en instituciones. Estos niños, que no recibieron cuidados maternos constantes, no aumentaban de peso, incluso con alimentación adecuada; estaban pálidos, apáticos e inmóviles, y no reaccionaban a los estímulos que suelen desencadenar en un lactante normal, sonrisas, gorjeos, etc. Se ha descubierto que si la privación emocional continúa durante un tiempo suficiente puede llegar a producirse incluso la muerte del bebé.

Los niños/as que se crían en hogares en que la relación materno infantil no es buena (privación oculta) o hay algún tipo de problema en el hogar, presentan un retraso en el crecimiento, aunque no padezcan o sufran ningún tipo de enfermedades; se cree que esto es debido a desequilibrios endocrinos provocados por factores psicológicos, lo que altera el proceso de crecimiento.

g) Incremento del crecimiento en el tiempo

El paso del tiempo y la mejora en las condiciones de vida hacen que el crecimiento se incremente de forma continuada. Fundamentalmente ocurre esto en los países del llamado primer mundo. En Europa se manifiesta por un aumento en la estatura que es cada 10 años de 1,5 cm entre los 4 y 5 años de edad, de 2,5 cm hacia los 10 años de edad y de 1 cm para los adultos. Igualmente la pubertad avanza una media de 4 meses cada 10 años desde el comienzo de este siglo.

Recuerda

El crecimiento siempre es más rápido en los varones. Las mujeres lo sobrepasan sólo durante el corto período en el que se inicia la pubertad. La maduración, sin embargo, es más rápida en las mujeres independientemente de la edad que tengan.

La herencia condiciona parcialmente la talla definitiva y el ritmo de maduración infantiles.

Los niños pertenecientes a los *grupos sociales más desfavorecidos* son los que más frecuentemente sufren las consecuencias de una alimentación pobre en calorías y en contenidos proteicos.

Las *carencias afectivas*, aun cuando la alimentación sea equilibrada, son muchas veces la causa de retardos y alteraciones en el crecimiento y desarrollo infantil.

El *nivel de vida* es un factor muy determinante en el proceso de crecimiento y desarrollo infantil.

Las *enfermedades agudas y/o crónicas*, pueden afectar de forma desfavorable tanto al crecimiento como al desarrollo del niño.

Los *procesos metabólicos*, desencadenados por la acción de las propias hormonas, tienen un efecto directo sobre el crecimiento.

Ejercicio

2. Solicita la opinión de varios (4 ó 5) padres sobre el desarrollo de sus hijos e hijas, haciendo especial hincapié en las diferencias ligadas al sexo que hayan observado. Haz después una síntesis escrita en una ficha.

		Altura al nacer	Peso al nacer	Altura a 1 año	Peso a 1 año	Primeros síntomas de haber alcanzado la edad púber (cambio de voz, vello, menstruación)
hermanos	niño 1					
	niña 1					
hermanos	niño 2					
	niña 2					
hermanos	niño 3					
	niña 3					

3. Entre tus familiares más cercanos, realiza un estudio de los datos relacionados con la talla y el peso de sus hijos. Comenta de forma razonada los resultados obtenidos y especifica si existe una relación directa con el nivel socioeconómico y cultural de la familia.



3 Características del Recién Nacido

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida. Es una época especialmente delicada, en la que se completan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina.

3.1. CAMBIOS INMEDIATOS

El cambio más importante en el neonato es la transición de la circulación fetal o placentaria a la respiración independiente. La interrupción de la conexión placentaria equivale a la del sostén metabólico completo, siendo su función más importante el aporte de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono.

Cambios respiratorios:

Al nacer, el oxígeno (O_2) placentario se suprime y el dióxido de carbono (CO_2) queda acumulado en la sangre. Además se produce un enfriamiento del lactante. Estos dos sucesos producen un estímulo del centro respiratorio. Como respuesta a estos sucesos el recién nacido hace su primera aspiración de aire, llenando así los pulmones y emitiendo su primer llanto vigoroso, que coincide con la primera expulsión de dióxido de carbono. Progresivamente al lactante, cada respiración después de la inicial, le supone un esfuerzo menor, porque los alveolos ya están parcialmente expandidos.

Cambios circulatorios:

Se producen como consecuencia de los cambios de presión existente en el corazón y en los grandes vasos sanguíneos, debido al aumento del volumen sanguíneo pulmonar.

La transición de la circulación fetal a la circulación postnatal supone el cierre funcional de las comunicaciones vasculares fetales, es decir, el cierre del agujero oval, el conducto arterioso, y a la larga el conducto venoso.

3.2. EVALUACIÓN INICIAL. TEST DE APGAR

En los primeros segundos de vida del neonato se producen una serie de cambios fisiológicos complejos y que afectan a los distintos aparatos y

sistemas. Se requiere una observación minuciosa y detallada inmediatamente después del nacimiento, para poder tener la certeza de que el neonato se adapta correctamente a la vida extrauterina.

Test de Apgar

Debe realizarse en los primeros segundos a un minuto del nacimiento y, nuevamente, se debe repetir a los 5 minutos.

Este test o escala se basa en la observación y/o medición de: la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio (respiración), el tono muscular, la irritabilidad refleja y el color de la piel. A cada uno de estos aspectos se le asigna una puntuación de: 0, 1 ó 2.

La puntuación total de 0 a 3: corresponde a una dificultad grave.

La puntuación total de 4 a 6: corresponde a una dificultad moderada.

La puntuación total de 7 a 10: indica que no hay dificultad en el ajuste a la vida extrauterina.

TEST DE APGAR

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< de 100 lat/m	> de 100 lat/m
Respiración	Ausente	Lenta e irregular	Buena: llanto
Tono muscular	Flacidez	Alguna flexión de los miembros	Movimientos activos
Respuesta al paso de una sonda por la nariz	Sin respuesta	Mueca	Tos o estomudo
Color de la piel	Azul pálido	Cuerpo rosado	Extremidades azuladas
Completamente rosado			

3.3. VALORACIÓN FÍSICA

Las características físicas del recién nacido hacen referencia a su aspecto físico y a las medidas de diversas zonas del cuerpo, que son un buen índice para determinar el grado de desarrollo del niño.

Aspecto general

El recién nacido presenta una postura de *flexión*, como consecuencia de la posición en el útero. La cabeza está flexionada sobre el tórax; los bra-

zos sobre el codo y descansan sobre el pecho, las piernas están flexionadas a nivel de las rodillas y las caderas están flexionadas sobre el abdomen.

Medidas generales

- Perímetro cefálico: 30-35,5 cm
- Perímetro torácico: 30,5-33 cm.
- Longitud de cabeza a talón: 48-53 cm.
- Peso: 2.700-4 Kg.

Piel

Está recubierta del *vermix caseoso*, que es una sustancia blanco-grisácea, mezcla de grasa y células de descamación. Desaparece en 2 días. La piel está cubierta por un vello fino, *el lanugo*, en especial en la frente, las mejillas, los hombros y la espalda.

Presenta además unas glándulas sebáceas o *milios*, distendidas como pequeñas pápulas blancas, que aparecen en mejillas, mentón y nariz. Desaparecen en 2 semanas.

Cabeza

Representa en el recién nacido la cuarta parte de su cuerpo. Los huesos del cráneo están separados entre sí por bandas de un tejido conjuntivo o *suturas*. En los puntos donde se juntan estas suturas se observan *áreas más anchas, de tejido membranoso no osificado*, denominadas *fontanelas*.

La fontanela anterior tiene forma de rombo y se cierra hacia los 18 meses.

La fontanela posterior tiene forma de triángulo y se cierra hacia los 2 años.

El recién nacido tiene un cierto grado de control sobre la cabeza. Cuando se le levanta de los brazos se advierte una hiperextensión. Cuando se le sostiene boca abajo, él sostiene la cabeza en línea recta con respecto a la columna vertebral.

Ojos

El recién nacido tiene los ojos generalmente cerrados, están edematosos y son de color gris. Al hacer descender la cabeza con suavidad suele abrirlos.

Presentan reflejo pupilar frente a la luz y reflejo corneal al tacto.

Oído

La parte superior del pabellón auditivo debe estar a la misma altura que el canto externo de ojo. El pabellón es flexible por su composición cartilaginosa.

La capacidad auditiva se evalúa produciendo un ruido repetitivo e intenso, si lo oye reacciona con el reflejo de sobresalto o parpadeo.

Nariz

Suele ser achatada, es permeable y secreta un moco blanquecino y acuoso. Los estornudos son frecuentes.

Boca

El paladar presenta un arco alto. Con frecuencia aparecen unos pequeños quistes blanquecinos o *perlas de Epstein*, a ambos lados de la línea media del paladar duro.

El reflejo de succión se desencadena colocando un chupete en la boca.

El reflejo de búsqueda de alimento se produce al frotar la mejilla o los labios.

Cuello

Es corto y grueso y generalmente está bordeado por una serie de pliegues dérmicos.

Presenta reflejo tónico cervical.

Tórax

Es casi circular (diámetros antero posterior y lateral son casi iguales). Las costillas son muy flexibles.

En muchos casos hay una hipertrofia mamaria hacia el 21 y 31 día de vida (por la acción de las hormonas maternas).

La respiración es irregular, con una frecuencia de 30-60 respiraciones por minuto (r.p.m.). Es sobre todo abdominal.

El reflejo de tos aparece a los pocos días del nacimiento.

La frecuencia cardíaca oscila entre 120-160 latidos por minuto.

Abdomen

Tiene forma cilíndrica. En él se palpan el hígado y los riñones.

El cordón umbilical (presenta 2 arterias y una vena) se liga en el momento (primeros minutos) de nacer y debe ser húmedo y de color blanco-

azulado. Después de **pinzarlo** comienza a secarse y va cambiando de color a pardusco-amarillento y posteriormente a verdoso, hasta que se cae definitivamente.

Órganos genitales

En las niñas, aparecen **labios menores** y **clitoris hipertrofiados**. Suele ser visible el himen.

En los niños, el meato **urinario** externo está totalmente recubierto por el prepucio. El escroto es **relativamente grande** y en su interior se hallan y palpan los testículos, **aunque** a veces no descienden hasta las últimas fases de la infancia.

Espalda y recto

La columna vertebral **no presenta** curvas como en el adulto.

El ano es permeable.

Sistema nervioso

El recién nacido **presenta una** serie de reflejos **que** desaparecen posteriormente en los **primeros meses** de vida extrauterina: los de Moro, de abrazo, tónico-cervical, **de presión**, de danza y de gateo.

Recuerda

El ajuste del recién nacido (neonato) a la vida extrauterina es un **proceso fisiológico complejo**. El cambio más importante es el **paso** de la circulación fetal o placentaria a la respiración independiente.

El test de Apgar **debe** realizarse siempre a los neonatos al **minuto** de su nacimiento y de nuevo debe repetirse a los 5 minutos.

Valora el estado **general** del recién nacido **y** su adaptación a la vida extrauterina.

Se basa en la **observación** y medición de **la** frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, **irritabilidad** refleja y coloración de la piel.

- Características **físicas** del recién nacido:
- Postura en flexión.
- Cabeza es la **cuarta parte** del cuerpo:
- Perímetro cefálico: **30-35,5 cm**.

Fontanela anterior en forma de rombo y fontanela posterior en forma de triángulo.

- Tórax: es casi circular:
- Perímetro torácico: 30,5-33 cm
- Frecuencia cardíaca: 120-160 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 30-60 respiraciones por minuto.
- Peso: 2,700-4 Kg
- Talla: 48-53 cm



Ejercicio

4. Entrevista a 5 ó 6 padres que tengan niños pequeños, para investigar la medidas de su hijos en el momento del nacimiento en relación con: perímetro cefálico, perímetro torácico, peso y talla. Comenta los resultados obtenidos, valorando las similitudes y diferencias en relación con lo expuesto en esta unidad de trabajo.



Características del Crecimiento Infantil. Parámetros básicos para su seguimiento

Para comprobar el proceso de crecimiento en los niños/as se utilizan una serie de indicadores fáciles de medir, fiables y significativos. Existe un listado amplio de posibles mediciones, comentaremos a continuación los que con mayor frecuencia se miden y controlan en pediatría.

4.1. EL PESO

Es el indicador más conocido. Sus variaciones no obstante son muy rápidas e importantes, por lo que su información hace referencia sólo a la situación actual.

El peso medio al nacer es de 3.300 g para los niños, y de 3.200 g para las niñas. Las variaciones individuales pueden ser muy amplias dentro de la normalidad.

Durante los 3 ó 4 primeros días, existe una pérdida fisiológica de peso que puede alcanzar el 10% respecto a la cifra del nacimiento. Suele recuperarse en la siguiente semana y es debida fundamentalmente a la expulsión del *meconio* y a un cierto reajuste del metabolismo que sucede después del nacimiento.

A partir de estos primeros días, el niño va a incrementar su peso en unos 25 ó 30 g/día, es decir entre 175 y 210 g/semana (Tabla 1). A partir del 4 ó 5 mes, decrece este ritmo a 20 g /día y a 140 g/semana. No olvidemos nunca las amplias diferencias individuales que existen dentro de los límites de la normalidad.

Edad	Peso en gramos
Nacimiento	3.500
1 mes	4.000
2 mes	4.900
3 mes	5.800
4 mes	6.400
5 mes	7.000

Tabla 1. Incremento de peso desde el nacimiento hasta el 5 mes

Del 6º al 9º mes de edad, el incremento al día es de 15 gr, a la semana es de 105 g y de 450 g al mes (Tabla 2).

Edad	Peso mínimo en gramos
6 meses	7.300
7 meses	7.600
8 meses	7.900
9 meses	8.200

Tabla 2. Incremento de peso del 6° mes al 9° mes

De los 9 a los 14 meses el aumento mensual es solo de unos 200 g. El niño incrementa su peso de unos 8,5 Kg en el 101 mes,

a 10.5 Kg a los 14 meses, triplicando el peso del nacimiento.

De los 14 meses a los 18 meses de edad, el incremento mensual continua en unos 200 gr aproximadamente, de tal manera que al año y medio alcanzará los 11 kg. De esa edad en adelante el incremento se hace menor, siendo alrededor de 100 o 150 gr/mes, con un promedio anual de 2 a 2,5 kg. El niño llega a los 2 años de edad con unos 12 kg de peso aproximadamente y a los 3 años con 14 kg (Tabla 3).

	14 mes	18 mes	2 años	3 años
Peso máximo	12 kg	13 kg	14 kg	16 kg
Peso medio	10,5 kg	11 kg	12 kg	14 kg
peso mínimo	9 kg	9,5 kg	10 kg	12 kg

Tabla 3. Incremento de peso del 141 mes a los 3 años de edad

Durante los 4, 5 y 6 años de edad, el peso aumenta unos 2 kg por año, de tal manera que a los 4 años alcanzará los 16 kg, a los 5 los 18 kg y a los 6 años los 20 kg.

La técnica y frecuencia de las pesadas varían con la edad. Desde el nacimiento hasta los 18 o 20 meses se suelen pesar en básculas especiales para lactantes, en las que podemos observar mejor los incrementos más pequeños. Antes de usarla es preciso nivelarla bien.



La frecuencia de la pesada durante los primeros días y semanas es primero a diario y luego cada 6 ó 7 días. A los 6 meses se le suele pesar una vez al mes y a partir del 2° año de edad se le pesa cada 6 ó 12 meses. A estas edades la pesada se hace en balanzas con una precisión de 500 g y lectura

directa. Los niños estarán lo más quietos y con la menor cantidad de ropa posible.

En la escuela infantil es recomendable conocer el peso del niño al comienzo del curso y al final, incluyendo las cifras en su ficha personal y valorando las diferencias según las gráficas que a continuación reproducimos. Si éstas fueran significativas respecto a los límites de la normalidad, bien por exceso o bien por defecto, deberán comunicarse a los padres por si no las conocen a fin de que el niño sea valorado por su pediatra de familia.

Con el conjunto de datos obtenidos podemos realizar una gráfica con el perfil por edades del conjunto de la escuela infantil.

4.2. LA TALLA

Es uno de los indicadores más importantes para conocer y seguir el desarrollo infantil. Al nacer la talla media es de 49 cm para las niñas y de 50 cm para los niños. Pueden considerarse como variaciones normales cifras entre 47 y 53 cm.

Hasta los 2 años lo que se mide es la longitud, colocando al niño acostado. Se hace con un tallímetro horizontal, dotado de dos planchas verticales de apoyo, una fija y otra móvil, que se sitúan perpendicularmente al eje longitudinal del niño (cabeza y pies).

A partir de los 2 años se mide la altura de pie; para realizar la medida se coloca al niño de pie con los talones, espalda y nuca apoyados en el plano vertical del tallímetro. Ha de tenerse en cuenta que la altura de pie tomada a primeras horas de la mañana (al levantarse) puede ser superior en varios milímetros a la tomada por la tarde.

Durante los primeros 5 meses de edad el aumento de altura es bastante acelerado. En condiciones normales suelen crecer en ese período alrededor de 14 cm (Tabla 4).

A lo largo de la Unidad verás un buen número de tablas. No son para aprender de memoria sino para consultar y comparar. Podrás comprobar que hay muchas tablas que difieren bastante entre sí, según su autor.

Edad	Talla en cm
Nacimiento	50
1º mes	54
2º mes	57
3º mes	60
4º mes	62
5º mes	64

Tabla 4. Incremento de la talla a los 5 meses de edad

Del 5º al 9º mes de edad el niño experimenta un incremento en su talla entre 7 y 14 cm (Tabla 5).

Edad	Talla mínima en cm	Talla máxima en cm
5º mes	60	67
6º mes	62	69
7º mes	64	71
8º mes	66	73
9º mes	67	74

Tabla 5. Incremento de la talla hasta el 9 mes de edad

Del 9º al 14º mes, el aumento medio de talla decrece algo, situándose al final de ese período entre 77 y 80 cm.

Del 14º mes a los 3 años de edad, se produce un incremento de 20 cm aproximadamente con algunas variaciones normales según podemos (Tabla 6).

Edad	Talla máxima	Talla media	Talla mínima
14º mes	81 cm	77 cm	73 cm
18º mes	85 cm	82 cm	76 cm
2 años	97 cm	87 cm	80 cm
3 años	105 cm	93 cm	85 cm

Tabla 6. Incremento de la talla hasta los 3 años de edad

Entre el año y medio y los dos años el niño suele alcanzar la mitad de la talla del adulto.

Desde los 3 a los 6 años de edad se produce un incremento en la estatura de 5 a 7 cm por año. A los 4 años mide unos 102 cm, es decir, el doble que al nacer, a los 5 años mide unos 108 cm y a los 6 años unos 116 cm. Los niños durante este período suelen ser algún cm más altos que las niñas.

Las gráficas que reproducimos contienen las variaciones normales de la talla, según el sexo, hasta los 18 años de edad. Pueden utilizarse individualmente en cada niño o a nivel de todo el colectivo de la escuela infantil, según ya indicábamos anteriormente.

Curvas de crecimiento en relación a la talla y el peso

Se reproducen a continuación las gráficas de talla y peso específicas para cada sexo. Su uso en pediatría y puericultura está muy extendido.

Con ellas se valora la situación antropométrica del niño/a y su relación con otros de la misma edad.

Como podemos observar en ellas hay unas curvas ascendentes en un esquema de abscisas y coordenadas correspondientes, una a la talla (cm) o peso (kg) y otra a las edades. Unas curvas son para los niños y otras para las niñas.

Para cada sexo podemos observar unos números o percentiles (97, 90, 75, 50, 25, 10, 3) intercalados al final de las curvas, que se interpretan de la siguiente forma:

El percentil 50 o valor central coincide con la mediana de la distribución. Entre los valores correspondientes al percentil 25 y 75 se encuentran el 50% de los casos de cada muestra de edad. Son los más representativos. Por debajo del percentil 25 queda el 25% de los niños con la talla o peso más bajo de su grupo de edad y por encima del percentil 75 existe un 25% de niños que poseen las tallas y pesos más altos de su grupo de edad.

En conjunto, los niños/as que pesan o miden más o menos que los valores más frecuentes constituyen el otro 50% de la distribución. No se puede caer en el error de considerar a un niño como fuera de la norma por tener un peso o una medida fuera de los límites que se señalan. No obstante esos valores serán tanto más excepcionales cuanto más se aparten del intervalo central (intervalo entre el percentil 25 y el percentil 75).

Debemos dar importancia a las cifras que se sitúan dentro de la distribución normal, pero sobre todo que el crecimiento sea lo más continuo posible y sin interrupciones. Es importante que la curva de crecimiento de cada niño sea coherente consigo misma. Los niños más bajos tienen un ritmo diferente de crecimiento en relación con los niños de mayor tamaño. Los primeros se situarán de forma constante en el percentil 25 o por debajo de éste, y los segundos por encima del percentil 75. Aun siendo ritmos distintos, son ritmos de crecimiento completamente normales y lo importante es que cada uno siga el suyo. No es correcto por tanto, valorar el ritmo de crecimiento de una persona baja (pequeña) en función de los datos de una de mayor tamaño.

Al observar las curvas y compararlas por sexos observamos diferencias que son propias del llamado *dimorfismo sexual* propio de nuestra especie.

A veces existen retrasos en el crecimiento sin causa aparente que lo justifique. Los pediatras investigan en estos casos como causa probable los siguientes aspectos:

- Existencia en la madre de algún problema durante el embarazo como, por ejemplo, insuficiencia placentaria, SIDA, sífilis, rubéola, consumo de drogas, abuso de tabaco, alcohol, fármacos, o haber estado expuesta a radiaciones de algún tipo.
- Parto complicado con problemas de oxigenación del niño.

- **Peso** y longitud del niño/a al nacer (como antecedente).
- **Calidad** y cantidad en la alimentación que recibe el niño/a.
- **Desarrollo** psicomotor.
- **Enfermedades** anteriores, sobre todo si cursaron con vómitos habituales, diarreas o fiebre, así como tipos de tratamiento recibidos.
- **Historia** psicológica y social del entorno familiar, investigando carencias afectivas y disfunciones familiares.

TABLAS DE TALLA Y PESO DE NIÑOS Y NIÑAS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS

(Instituto de investigación sobre el crecimiento y desarrollo, Fundación Orbegozo, Bilbao)

NIÑOS

EDAD	TALLA			PESO		
	Talla media en cm	Variaciones habituales en cm		Peso medio en kg	Variaciones habituales en kg	
Longitud		-	+		-	+
Nacimiento	50,2	46,5	53,8	3,5	2,7	4,5
1 mes	54	50,2	57,6	4,4	3,6	5,7
2 meses	57	54,6	61,1	5,4	4,2	6,8
3 meses	60,4	56,4	64,4	6,2	5,1	7,7
4 meses	63	58,7	66,8	7	5,7	8,6
5 meses	65	60,6	68,9	7,6	6,1	9,2
6 meses	66,7	62,8	70,7	8	6,5	9,7
7 meses	68,2	64	72,5	8,5	6,9	10,5
8 meses	70	65,5	74	8,9	7,2	11,0
9 meses	71,1	66,7	75,5	9,3	7,5	11,4
10 meses	72,4	68	77,1	9,6	7,8	11,8
11 meses	74	69,2	78,5	9,9	8	12,1
12 meses	75,1	70,4	79,6	10,6	8,2	12,5
15 meses	78,2	73,6	83,3	10,9	8,9	13,2
18 meses	81,3	76,4	86,4	11,5	9,5	14
21 meses	84	78,6	89,6	12,6	9,9	14,7
Altura						
2 años	86,7	81,2	92,1	12,7	10,3	15,5
2,5 años	91,1	85,4	96,8	13,8	11,2	16,9
3 años	95,2	88,8	101,5	14,8	12	18,3
3,5 años	98,7	91,6	105,8	15,8	12,7	20
4 años	102,5	95,3	109,7	17	13,7	21,1
4,5 años	105,7	98,1	113,9	17,9	14,4	22,2
5 años	108,7	101,2	117,2	18,7	14,6	23
5,5 años	111,8	103,5	120,1	19,9	15,3	26
6 años	114,1	105,8	124,4	20,9	15,9	27,5

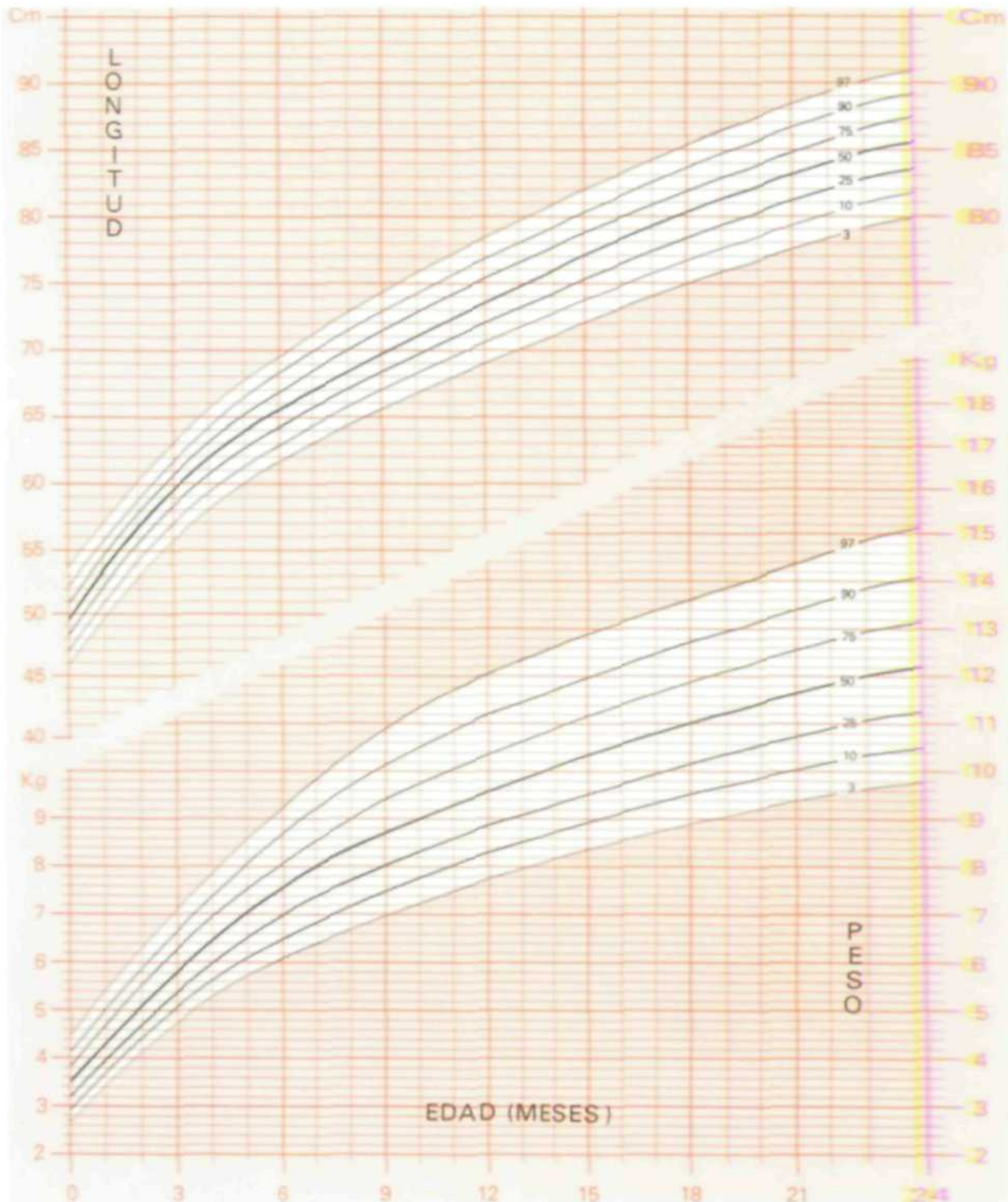
**TABLAS DE TALLA Y PESO DE NIÑOS Y NIÑAS
DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS**
(Instituto de investigación sobre el crecimiento y desarrollo.
Fundación Orbegozo. Bilbao)

NIÑAS

EDAD	TALLA			PESO		
	Longitud	Talla media en cm	Variaciones habituales en cm - +	Peso medio en kg	Variaciones habituales en kg - +	
Nacimiento	49,1	45,6	52,4	3,3	2,6	4,2
1 mes	53,1	49,5	57	4,3	3,2	5,2
2 meses	56,5	52,9	60	5	4,1	6,1
3 meses	58,9	55,7	62,2	5,7	4,8	6,9
4 meses	62	58	65,5	6,2	5,1	7,8
5 meses	63,9	59,8	67,5	7	5,7	8,5
6 meses	65,3	61,6	68,8	7,4	6,1	9,1
7 meses	67	63	71	8	6,4	9,8
8 meses	68,1	64,1	72,6	8,2	6,7	10,2
9 meses	69,4	65,4	73,4	8,6	6,8	10,8
10 meses	71	66,5	75,3	8,9	7,1	11,1
11 meses	72,1	67,8	76,9	9,1	7,5	11,6
12 meses	73,3	68,9	77,8	9,6	7,7	11,9
15 meses	77	72	82	10,2	8,1	12,8
18 meses	79,8	75,1	84,7	10,9	8,7	13,6
21 meses	83	77,3	88,2	11,3	9,2	14,1
Altura						
2 años	85,4	80,1	90,7	12,1	9,7	15,1
2,5 años	89,7	84,1	95,4	13,3	10,5	16,7
3 años	94,1	88	100,2	14,5	11,3	18,5
3,5 años	97,8	91,2	104,5	15,5	11,9	20,2
4 años	101,5	94,4	108,7	16,7	12,8	21,8
4,5 años	105	97,8	112,3	17,7	13,6	23
5 años	108,9	99,3	115,8	18,4	14	24,2
5,5 años	111	102,8	119,2	19,6	14,9	25,8
6 años	114	105,6	122,4	20,7	15,3	28

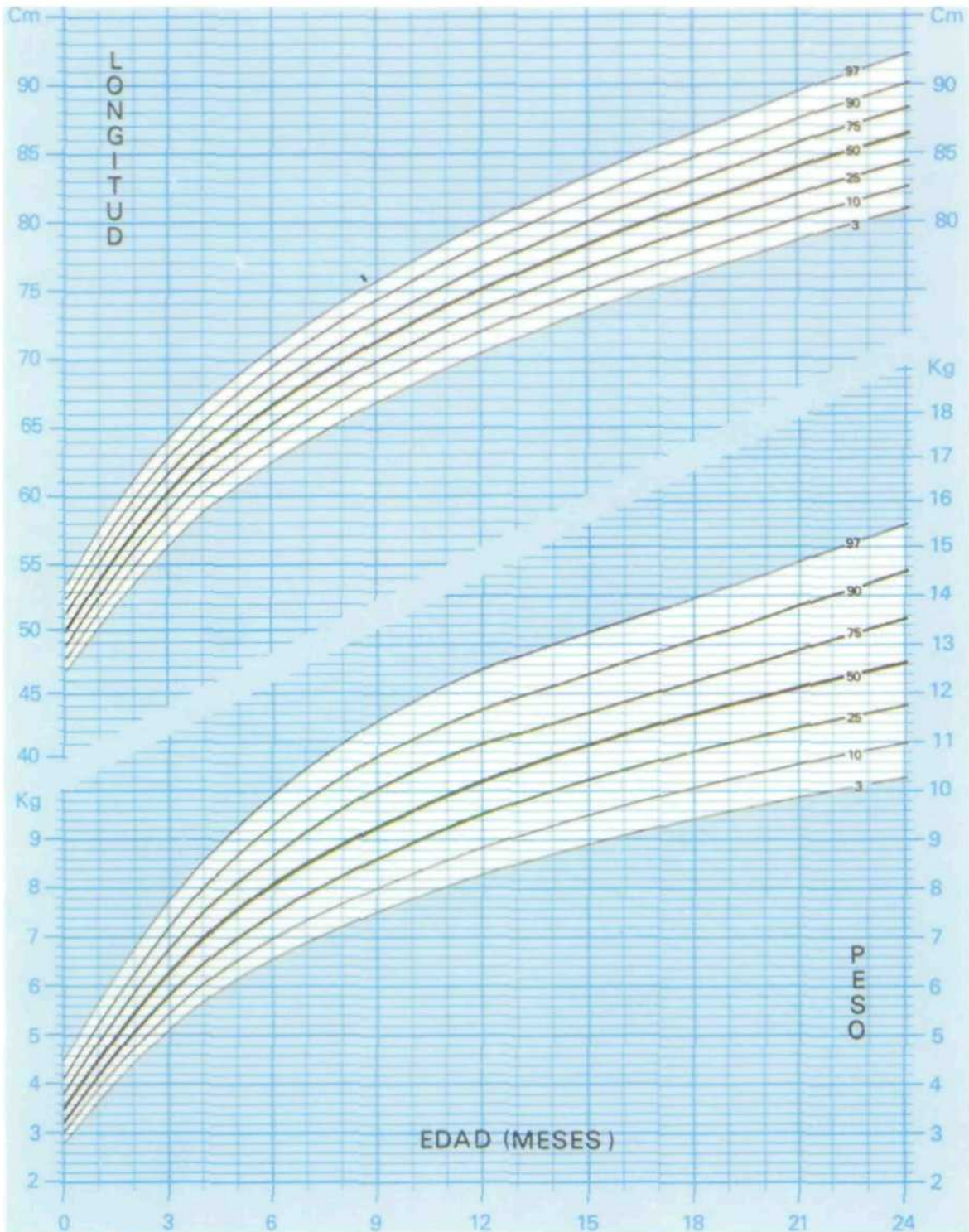
Niñas: 0 a 2 años
LONGITUD-PESO

(Fuente: Instituto de Investigación y Desarrollo
Fundación Orbegozo, Bilbao)



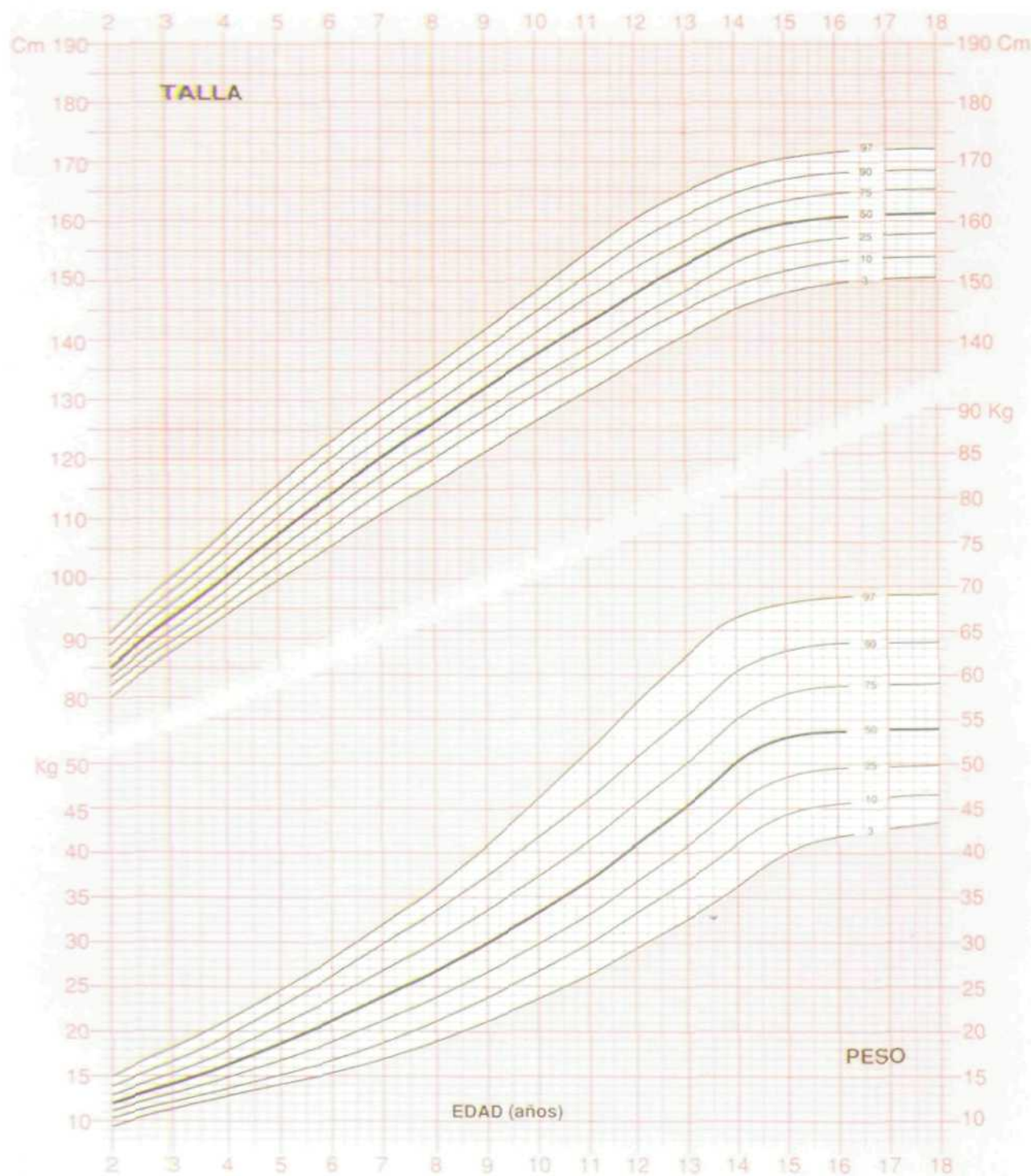
Niños: 0 a 2 años
LONGITUD-PESO

(Fuente: Instituto de Investigación y Desarrollo
Fundación Orbegozo, Bilbao)



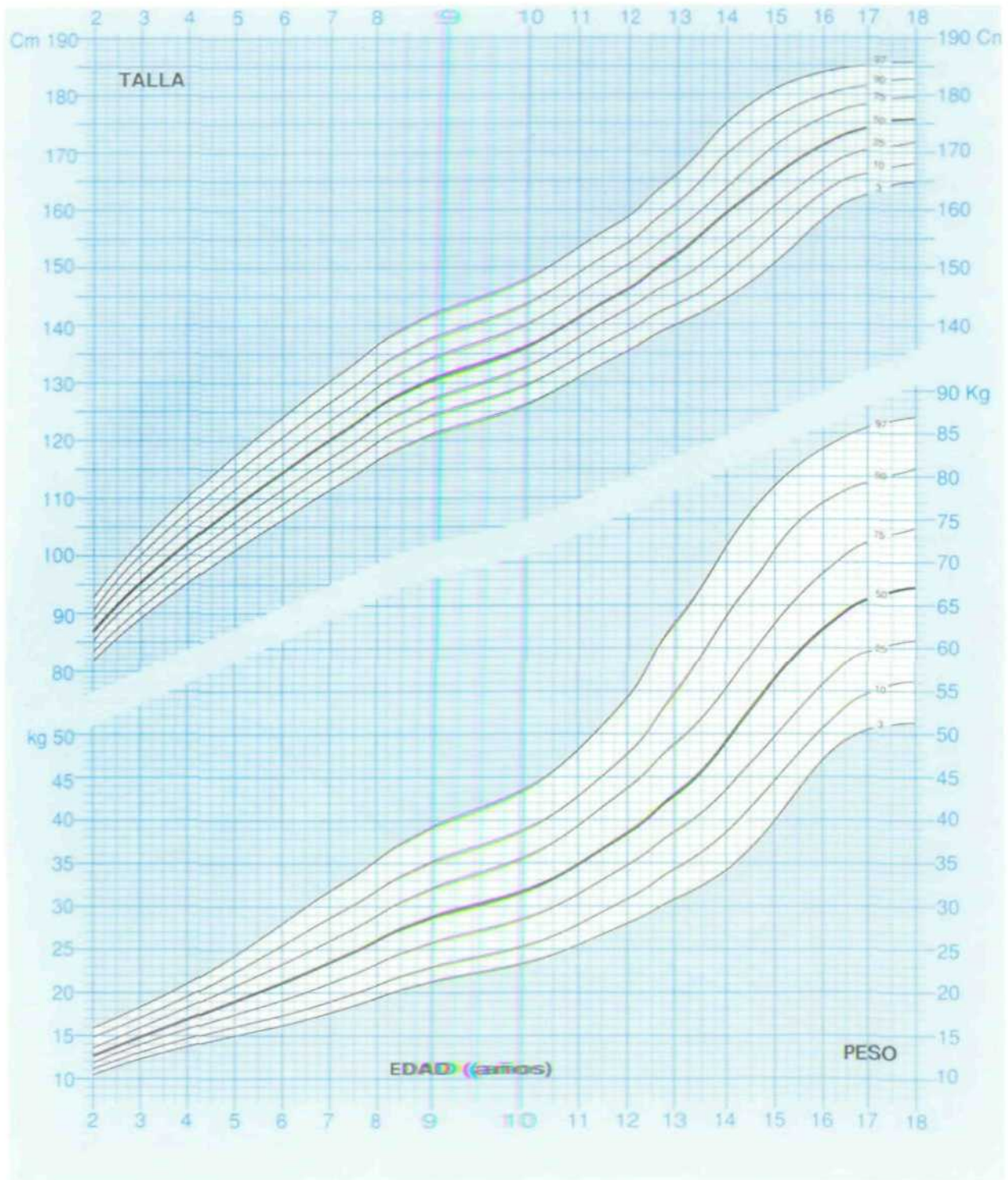
Niñas: 2 a 18 años
LONGITUD-PESO

(Fuente: Instituto de Investigación y Desarrollo
Fundación Orbeagozo, Bilbao)



Niños: 2 a 18 años
LONGITUD-PESO

(Fuente: Instituto de Investigación y Desarrollo
Fundación Orbeago. Bilbao)



- En la primera infancia los niños son algo más altos que las niñas por regla general. En la pubertad los términos se invierten temporalmente.
- Es importante que la curva de crecimiento de cada niño sea coherentemente consigo misma. Los niños más bajitos tienen un ritmo diferente al de los niños de mayor tamaño.

4.3. CRECIMIENTO DE LA CABEZA, EL TRONCO Y LAS EXTREMIDADES

Existen distintos ritmos de crecimiento para las distintas partes del cuerpo humano. No todas crecen y se desarrollan siguiendo el mismo ritmo. Al nacer la cabeza ha de aumentar de tamaño dos veces para llegar a las proporciones del adulto. El tronco triplica su longitud, los brazos la cuadruplican y las piernas se hacen cinco veces más largas.

La Cabeza

Podemos diferenciar en ella dos ritmos de crecimiento, uno que corresponde al cráneo y otro a la cara.

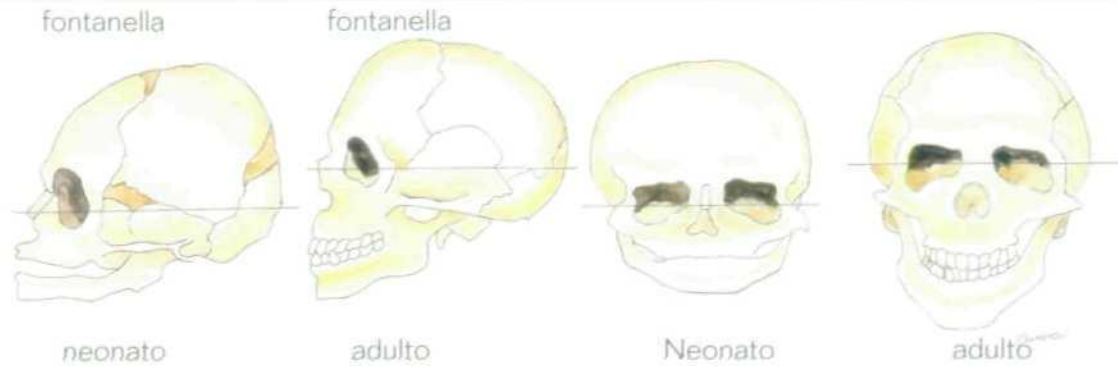
- El cráneo es la parte que antes alcanza el tamaño del adulto. De 350 cc de capacidad que tiene en el recién nacido, pasa en un año a 750 cc y a los 2 años, llega a 900 cc, para alcanzar su capacidad máxima de 1.500 cc alrededor de los 6 años de edad. Es evidente que este crecimiento tan acelerado se corresponde con el del encéfalo, el cual, a partir de esta edad deja de crecer significativamente.

El indicador que controla el crecimiento craneal es el perímetro craneal (Tabla 7).

Edad	niños	niñas
nacimiento	35 cm	34,5 cm
3 meses	40 cm	39,5 cm
1 año	47 cm	46 cm
3 años	50 cm	49 cm
6 años	51,5 cm	50 cm

Tabla 7. Incremento del perímetro craneal hasta los 6 años de edad

El crecimiento del cráneo se realiza gracias a la existencia de suturas entre los huesos que lo conforman, pues están rellenas de tejido conjuntivo elástico. También gracias a las fontanelas, que son unas porciones de tejido conjuntivo blando de forma triangular y romboidea que se encuentran en los puntos donde contactan tres o más huesos craneales.



Evolución de las formas y proporciones del cráneo

Las fontanelas mayores que suelen explorarse están situadas una en la parte anterior y otra en la posterior del cráneo. La primera que se endurece y osifica es la posterior, suele ocurrir poco antes de cumplir los 2 meses de edad. Por el contrario, la fontanela anterior se suele cerrar y osificar hacia los 14 ó 15 meses de edad.

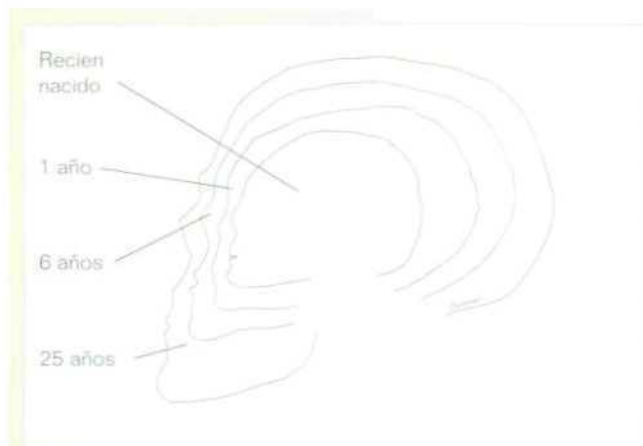
La palpación de las fontanelas (que realiza el médico) tiene como objetivo la detección de enfermedades intracraneales y determinar el estado de hidratación del niño.

– **La cara** tiene un crecimiento algo más lento aunque continuo hasta los 20 años de edad, esto es debido al ritmo de crecimiento pausado de los maxilares, sus senos nasales y la implantación de las piezas dentarias.

El Tronco

– **La columna vertebral** va adoptando poco a poco las curvaturas definitivas del adulto en la medida en que van apareciendo los reflejos que coordinan la postura de pie y sentado. Es la curvatura de la región lumbar de concavidad posterior la que se acentúa progresivamente cuando el niño comienza a caminar.

– **El tórax** del recién nacido suele ser redondeado, con los diámetros anteroposterior y lateral prácticamente de la misma dimensión. El perímetro torácico es al nacer menor que el perímetro craneal, paulatinamente crece, sobrepasando al craneal hacia los 3 años de edad.



Evolución del tamaño del cráneo y de la cara a distintas edades

Edad	Niños	Niñas
Nacimiento	32,5 cm.	32 cm.
3 meses	40,5 cm.	39,5 cm.
6 meses	44,5 cm.	44 cm.
1 año	47,5 cm.	47 cm.
3 años	52 cm.	51 cm.
6 años	57 cm.	55 cm.

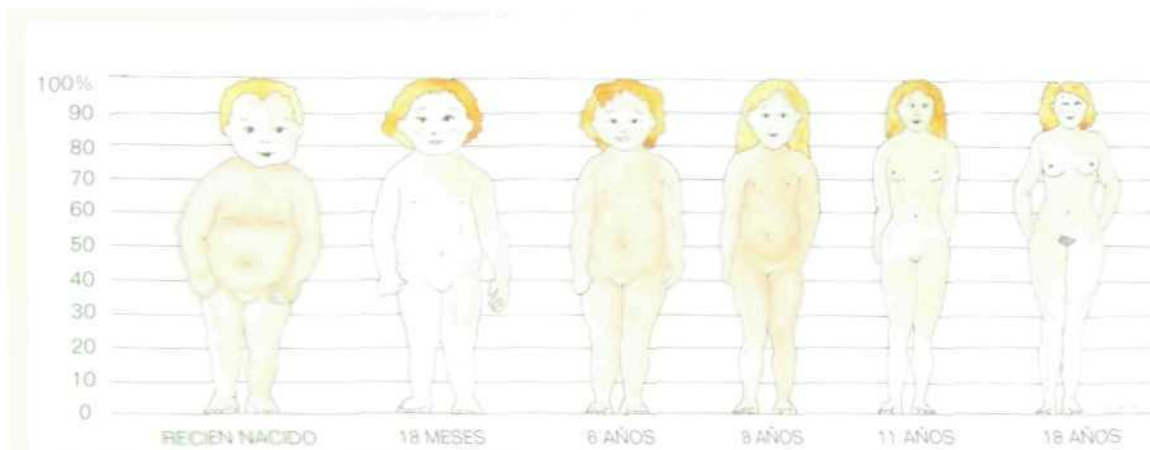
Tabla 8. Incremento del perímetro torácico hasta los 6 años de edad

– La *pelvis* está poco formada en los primeros años de la vida. Será en la pubertad cuando tenga una transformación espectacular y diferenciada en varón y mujer.

Extremidades

– *Los miembros superiores* son al nacer cuatro veces más cortos que los del adulto, el brazo crece más deprisa que la mano, que lentamente va pasando de ser regordeta, torpe y carnosa a las formas estilizadas y precisas en el adolescente.

– *Las extremidades inferiores* son al nacer cinco veces más cortas que las del adulto. Puede observarse las incurvaciones propias de la posición fetal en la que estuvieron dentro del útero, con los muslos flexionados, piernas curvadas y plantas de pies una frente a otra. Durante los primeros meses se produce el alineamiento que será definitivo cuando el niño comienza a caminar.



Evolución proporcional de las distintas partes del organismo según distintas edades

El pie del niño es muy flexible hasta los 2 primeros años. El arco plantar se encuentra relleno de una almohadilla grasa que semeja un pie plano. A partir de los 2 años este arco plantar comienza a mostrar su configuración definitiva.

La longitud del pie crece desde el nacimiento de forma continua. Al año de edad se suele alcanzar el 50% de la longitud del pie en la edad adulta, y a los 5 años alrededor del 70%, siendo el ritmo algo más vivo en las niñas que en los niños.

4.4. DESARROLLO DE LA DENTICIÓN

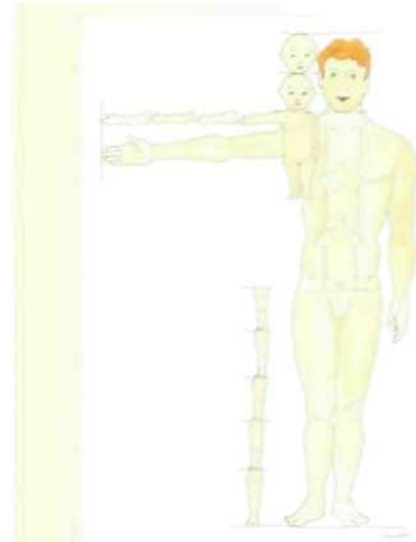
Los primeros esbozos internos de las piezas dentarias temporales o de leche van a aparecer a los 4 meses de embarazo. Desde entonces y de una forma progresiva se van a ir endureciendo y osificando por el depósito de minerales siguiendo el sentido de la corona a la raíz.

La aparición externa de los primeros dientes de leche o temporales se produce generalmente entre los 6 y los 9 meses de edad. Hay casos más precoces y también más tardíos.

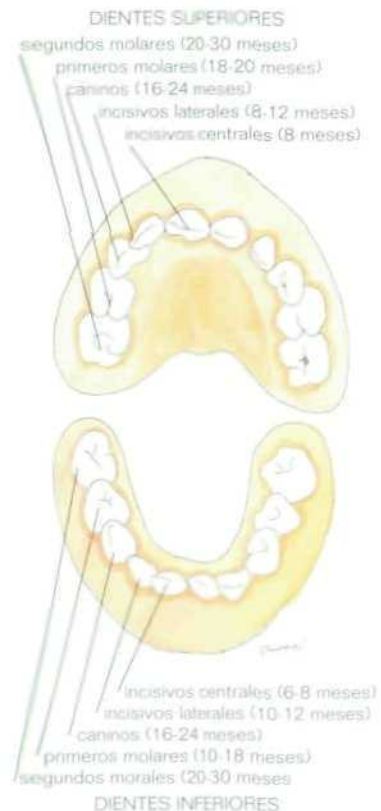
Los dientes que antes salen son los incisivos centrales inferiores y al cabo de 4-5 semanas comienzan a salir los incisivos centrales superiores. Los incisivos laterales del maxilar superior salen transcurridas 2-3 semanas. El orden de aparición puede, en algunos casos, adoptar alguna variación normal respecto de lo aquí expuesto.

La aparición de los dientes plantea a la familia y al niño cierta crisis de angustia e inquietud debido al dolor que produce el brote dentario que hace que el niño esté algo más inquieto, duerma alguna noche peor, esté inapetente y llore más de lo habitual. Puede producir algún pico de fiebre aunque todo es muy leve y pasa en unos días.

Este periodo de la dentición debe tenerlo en cuenta la escuela infantil, comprendiendo la inquietud e intranquilidad que algunos niños puedan tener, hecho que va a repercutir en su atención y en su comportamiento.



Proporciones de crecimiento de distintas partes del organismo



Dientes temporales. Edades de aparición aproximada

Entre los 9 y 14 meses se produce un rápido avance en el proceso de la dentición. A esta edad el niño suele tener ya los 8 incisivos. Entre los 14 y los 17 meses salen los 4 molares y hacia los 24 meses tiene los 4 colmillos, de los que generalmente salen primero los superiores y luego los inferiores. A los 2 años y medio salen los 4 segundos molares en el mismo orden que los anteriores y con ellos queda completa la dentición primera o temporal que permanecerá hasta los 6 años en que comienza a dejar paso a los definitivos. Mientras esto ocurre se está produciendo el endurecimiento y la mineralización de los dientes definitivos. Una buena dieta es importante para prevenir defectos en su conformación definitiva.

4.5. DESARROLLO DE LOS HUESOS

En general, los huesos surgen tras la mineralización y endurecimiento del tejido cartilaginoso y tiene lugar durante la vida fetal e infancia hasta la adolescencia. Este proceso de osificación del tejido cartilaginoso comienza en los llamados centros de osificación, existiendo en cada hueso dos, aunque a veces puede haber más. Estos puntos en el curso del tiempo contactan entre sí y acaban fusionándose, momento en que el hueso ya está formado.

En el cuerpo humano existen alrededor de 800 puntos de osificación y mediante las fusiones correspondientes darán lugar a los 206 huesos del organismo adulto.

4.6. LOS MÚSCULOS

La proporción de masa muscular sigue un proceso de crecimiento ascendente desde el nacimiento hasta la edad adulta. En la primera infancia esta masa ocupa una quinta parte del peso total del cuerpo, en la adolescencia la proporción es más equilibrada ocupando una tercera parte y en la edad adulta alcanza la proporción definitiva en dos quintas partes.

Los pequeños músculos del ojo y de las vías respiratorias son en un principio los más desarrollados, paulatinamente lo harán los músculos grandes.

4.7. LA PIEL, LAS UÑAS Y EL PELO

– La piel al nacer aparece cubierta por una capa blanquecina de consistencia sebácea llamada vernix caseosa. Esta sustancia grasa que desa-

parece en unas horas, ha servido de protección a la piel durante todo el tiempo que ha durado el embarazo, evitando así su maceración y arrugamiento por el líquido amniótico en el que estaba sumergida.

En el momento del nacimiento la piel tiene en algunas zonas del cuerpo un color violáceo debido al contraste de temperatura con el exterior. Al poco tiempo aparecerá un color rosado como consecuencia del alto contenido en glóbulos rojos y hemoglobina que se tiene a esta edad.

En la primera infancia la piel es fina y muy elástica, debido a la gran cantidad de tejido graso subcutáneo que almacena. A partir del año de edad disminuye progresivamente este tejido subcutáneo salvo que por constitución, dieta, etc., exista un acumulo excesivo.

– *Las uñas* suelen estar bien desarrolladas en el momento del nacimiento. A partir de entonces crecerán a un ritmo aproximado de 0,1 mm de longitud por día.

– *El pelo.* Al nacer hay un vello llamado lanugo que recubre la piel de la cabeza. Esta especie de pelusilla irá cayendo en los siguientes días para dejar paso a un cabello que suele ser más claro que en edades posteriores. El ritmo de crecimiento del pelo en la primera infancia es muy lento. Luego se acelera el ritmo hasta adoptar el de la edad adulta que es el más rápido.

Recuerda

Peso:

- Durante las primeras semanas el niño va a incrementar su peso en unos 25 ó 30 g/día, es decir entre 175 y 210 gr/semana.
- Entre los 4 y los 6 años de edad el peso aumenta unos 2 kg por año, de tal manera que de los 16 kg que tiene a los 4 años pasará a tener a los 6 años unos 20 kg.

Talla:

- Hasta los 2 años lo que se mide es la longitud del niño en posición tumbada, mediante un tallímetro horizontal de características especiales. Después de los 2 años de edad se mide la altura del niño de pie, situándolo descalzo y con los talones, espalda y nuca apoyados en el plano vertical del tallímetro.
- Desde los 3 a los 6 años de edad se produce un incremento en la estatura de 5 a 7 cm por año.

La cabeza:

- El indicador que mide el crecimiento craneal es el perímetro craneal, su incremento desde el nacimiento hasta los 6 años de edad es de 16 cm aproximadamente.



– El crecimiento del cráneo es posible gracias a la existencia de suturas interóseas, rellenas de tejido conjuntivo elástico. Las fontanelas son unas porciones también de tejido conjuntivo blando de forma triangular y romboidea que se encuentran en los puntos donde contactan tres o más huesos craneales.

Dientes, huesos, músculos, piel, uñas y pelo:

– La salida al exterior de los primeros dientes de leche o temporales se produce generalmente entre los 6 y los 9 meses de edad. A los 2 años y medio salen los 4 segundos molares y con ellos queda completa la dentición primera o temporal.

– En la primera infancia la masa muscular ocupa una quinta parte del peso total del cuerpo.
– Al nacer, la piel aparece cubierta por una capa blanquecina de consistencia sebácea llamada vernix caseosa. Esta sustancia grasa desaparece en unas horas.

– Durante la primera infancia la piel es fina y muy elástica, debido a la gran cantidad de tejido graso subcutáneo que ésta almacena.

Ejercicios

5. Visita una farmacia o al pediatra del ambulatorio de tu zona y pide que te muestren una báscula de pesar niños (recién nacidos o de pocos meses). Pregunta la técnica de manejo y observa la precisión que tiene en comparación a las balanzas de los adultos. Conversa sobre los incrementos de peso y las frecuencias en las pesadas según la edad.

6. Visita un centro escolar o guardería y observa las diferencias de altura en un grupo de niños que estén dentro del mismo grupo de clase. Reflexiona sobre las variaciones que existen dentro de la normalidad.

7. Calcula el percentil de peso y talla de una niña de 4 años que mide 94 cm y pesa 15 kg, y de un niño de la misma edad, que mide 96 cm y pesa 15,400 kg. Haz una ficha con el resultado y con la valoración que hagas.

8. Observa la cara de un niño de unos meses y la de uno de 5-6 años. Comprueba las distintas proporciones del cráneo. Compara la cara de ambos niños las proporciones en el adulto. Hacer un dibujo esquemático de las proporciones de la cara y cráneo infantil y del adulto.

9. Habla con varios padres que tengan niños/as de 2 años e investiga a qué edad les salieron las distintas piezas dentales y cuál es el número de piezas que tienen los niños a esta edad.

5 Desarrollo funcional del organismo

5.1. MADURACIÓN DEL APARATO DIGESTIVO

Al nacer el niño ya segrega pequeñas cantidades de saliva, esta cantidad va aumentando poco a poco durante los tres o cuatro primeros meses. En la composición de las primeras salivas encontramos una proporción alta de *mucina*, que favorece la digestión láctea. Con el tiempo ésta, va disminuyendo y va dando paso a una mayor proporción de *ptialina*, sustancia que favorece e interviene en la digestión de los hidratos de carbono.

Al cabo de un día puede producirse en el lactante una cantidad de saliva que oscila entre los 50 cc y 150 cc. Poco a poco, con la edad, el organismo aumenta la producción hasta llegar al litro diario de la persona adulta.

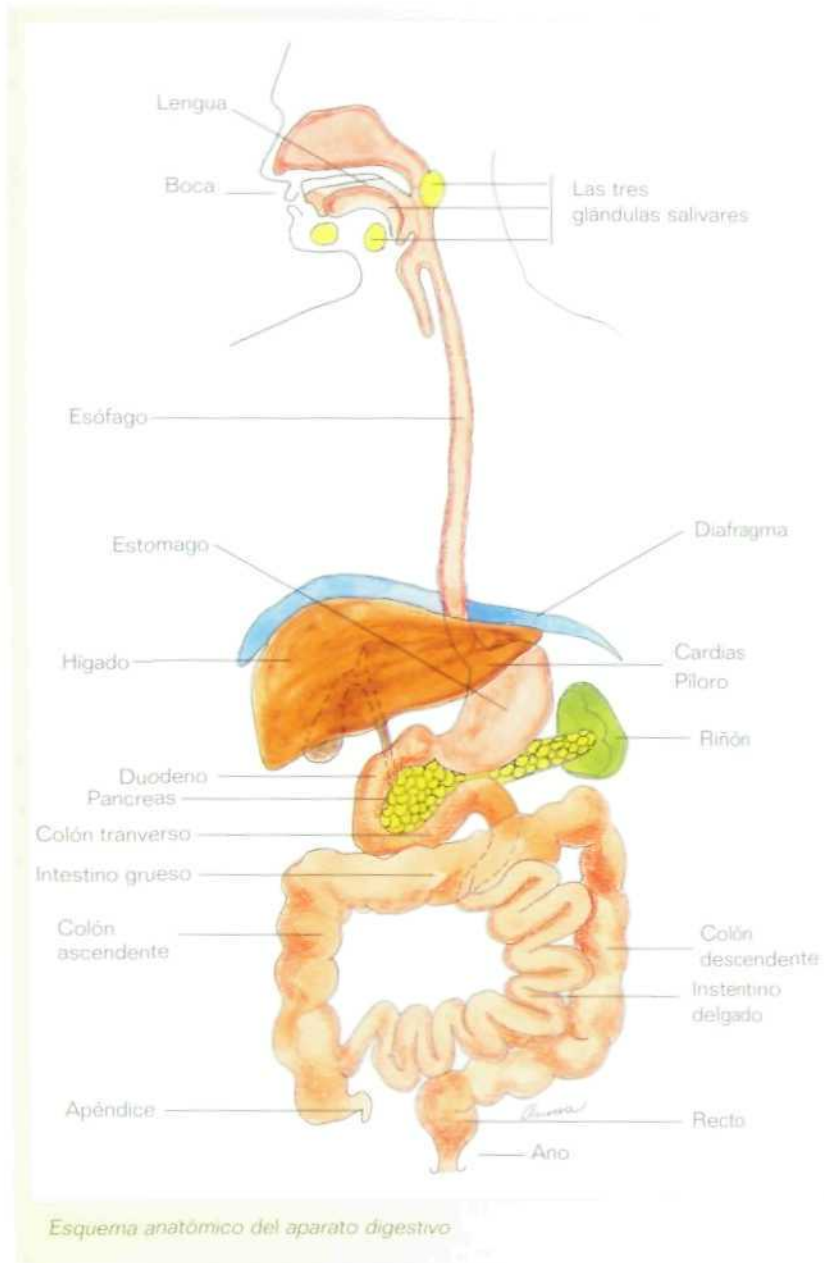
El estómago

La capacidad del estómago al nacer oscila entre los 30 cc y 90 cc, al año de edad puede ser ya de unos 350 cc, a los dos años de 500 cc, a los 6 años de unos 600 cc y en la adolescencia de 800 cc a 900 cc.

La velocidad de evacuación depende sobre todo del tipo de lactancia que estemos dando. En general oscila entre 1,5 y 3 horas, siendo menor en el caso de lactancia natural. Conforme vamos diversificando la alimentación, incorporando harinas, frutas, verduras o carne y pescado, el tiempo va aumentando ligeramente llegando hasta las 4 horas.

Maduración de los reflejos bucofaringeos

Mediante este tipo de actos reflejos los alimentos pueden ser conducidos de la boca al esófago y de ahí al estómago, evitando la invasión a través de la epiglotis de la tráquea y pulmones. El recién nacido tiene una gran sensibilidad en los labios. Son una fuente de placer, del placer de mamar y saciar su apetito. Este acto de succión se complementa con otro de deglución y todo ello coordinado con actos de respiración nasal. Es por eso que los lactantes acatarrados o con secreciones en la nariz pueden mamar algo peor, estando más inquietos e intranquilos. En esos casos basta con limpiar antes sus fosas nasales con un poco de suero fisiológico.



Hacia los **6 meses** el niño comienza a retener en la boca con su lengua cierta cantidad de líquidos o alimentos, para luego enviarlos hacia la faringe. Entre la succión y la deglución se instaura un periodo corto de retención. Es así como empieza poco a poco a beber agua en un vaso.

Entre los **18 y 30 meses** aparecen en el niño, los movimientos reflejos del tipo mandíbula linguales, que facilitan que los alimentos sean retenidos durante cierto tiempo en la boca. La lengua favorece la mezcla al golpearlos contra las paredes de la boca formándose así un bolo alimenticio suficientemente triturado e impregnado en saliva, condición imprescindible para llevar a cabo un completo y buen proceso digestivo.

El intestino

Al nacer, la longitud del intestino suele ser de unos 4 metros y el diámetro del intestino delgado de unos 16 mm.

En el adulto llega a tener 8 m. de largo y 70-80 mm de diámetro.

El tiempo de permanencia del contenido intestinal en el momento de nacer es de unas 32 horas, existe en ese momento una gran lentitud en los movimientos intestinales, decrece en el 2º día de ingestión a 23 h., en el 3º día a 10 h. y en el 4º a 7 h.. En los meses siguientes el niño

alcanza las 16 horas de permanencia, tiempo que se alargará con los años hasta alcanzar las 24 h. de la edad adulta.

La *defecación* es el proceso por el cual se expulsan las heces al exterior. Podemos observar dos momentos interrelacionados en ese mecanismo, uno por el que se produce una distensión del recto (por acumulación de heces) acompañada de contracciones musculares del abdomen y diafragma y otro es el reflejo gastrocólico, que consiste en contracciones en el colon como consecuencia de la distensión del estómago por la entrada de alimentos. Es este reflejo el responsable de que las defecaciones se suelen producir sobre todo después de las comidas.

La *consistencia de las defecaciones varía con la alimentación que recibe el niño/a y con la edad*. El *meconio* es el nombre con el que llamamos a la primera deposición y se suele producir en el primer día después del nacimiento. Es de color negruzco, con consistencia pegajosa y está constituido por secreciones intestinales y otros productos ingeridos intraútero con el líquido amniótico.

Cuando se empieza alimentar al niño/a con la leche materna, las deposiciones adquieren un característico color amarillo claro. Si la lactancia es artificial (con leches de vaca maternizadas), las deposiciones son más sólidas y espesas, con grumos blancos y peor olor que las anteriormente descritas.

En la medida que se va variando y complementando la dieta con otros alimentos, las deposiciones van cambiando de color, olor y consistencia, viéndose en ellas, al principio, distintos colores correspondientes a los distintos alimentos. A los 2 años de edad tiene ya todas las características de las de un adulto.

El *ritmo y la frecuencia de las deposiciones varía según la edad*. Durante los 6 primeros meses se producen 5 ó 6 deposiciones al día, generalmente después de la toma de alimentos por la acción del reflejo gastrocólico que ya hemos visto.

Paulatinamente va reduciéndose la frecuencia, hasta llegar a una o dos deposiciones diarias a partir del año de edad.

El control voluntario de la defecación comienza a ser posible a partir del 2º año de edad. Antes es un poco acto reflejo sin apenas sensaciones previas. *En la medida en que éstas van siendo mayores el niño puede percibir las y anticiparse a la situación acudiendo voluntariamente al servicio.*

En el control de esfínteres juega un importante papel el clima actitudinal y psicológico de la familia. Son los momentos en los que más dosis de paciencia necesitan los padres. Un refrán lo resume todo «no por

mucho madrugar amanece más temprano». O lo que es lo mismo «Tiempo al tiempo». Cada niño tiene un ritmo particular en el proceso global de la maduración, hay que observarlo y comprender la inserción en él del control de esfínteres.

5.2. MADURACIÓN DEL APARATO URINARIO

La orina y el aparato urinario constituyen la principal vía por la que el organismo expulsa al exterior los productos de deshecho que se generan como resultado de los procesos metabólicos.

En el período embrionario ya existen rudimentos de riñones funcionantes, produciéndose desde entonces expulsiones periódicas de orina al líquido amniótico en el que está inmerso.

En el momento del nacimiento el riñón está prácticamente desarrollado, alcanzando su madurez plena a la edad de 2 años.

La expulsión de la primera orina se produce a 12-24 horas de nacer, la cantidad de orina es al principio por término medio de 20 a 50 cc al día. Al año de edad asciende a 500 cc, a los 4 años 700 cc. y en la adolescencia es ya de 1.500 cc. Ni que decir tiene, que estas cantidades varían en la medida que el niño ingiere más o menos cantidades de líquidos, que sude mucho o poco, que tenga algún proceso diarreico con pérdidas de agua por esa vía, etc.

El recién nacido realiza solo 2 ó 4 micciones en el primer día. Poco a poco y durante los primeros 12 meses ascenderá la frecuencia a un número de 15 ó 20 micciones diarias. A partir de entonces desciende lentamente este ritmo hasta estabilizarse en las 6-8 veces al día a partir de los 2 años de edad.

El reflejo de micción tiene particularidades respecto a su control según sea de día o de noche. Durante el día, los niños de 1 año ya comienzan a ser conscientes de las molestias que origina la distensión de la vejiga llena, algunos incluso avisan pero apenas sin tiempo para ir al servicio. El acto reflejo se sucede demasiado seguido de ese breve período consciente al que antes aludíamos.

A los 2 años ya suele controlar este reflejo, aunque todavía tendrá momentos de despiste y algún que otro *desliz húmedo*, hemos de ayudarle a hacer consciente las ganas de orinar e invitarlo a que vaya al cuarto de baño cuando le veamos entrecruzando las piernas o cualquier otro gesto similar. En todo caso requiere de actitudes pacientes por parte de los padres o educadores. Los castigos o cualquier otra forma de autoritarismo no hacen sino retrasar y perturbar el normal proceso de maduración.

A los 3-4 años el niño tiene una madurez suficiente para que salvo excepciones, controle voluntariamente este asunto.

Durante la noche el control es más difícil y suele retardarse un poco más de tiempo. Está comprobado que a esas horas se produce una mayor cantidad de orina, debido en parte a que al niño afluye más cantidad de sangre que durante el día. Los músculos en reposo precisan de menor cantidad, y si a esto añadimos una capacidad de distensión vesical reducida unido todo ello a la existencia de un estado de sueño profundo (no consciente) consideremos el porqué de la dificultad de control (*mojadas nocturnas*). A la edad de 3-4 años es normal que ya se controlen también por la noche.

5.3. MADURACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO

No se observan grandes diferencias en el aparato respiratorio del niño respecto al del adulto. Si acaso podemos ver cómo la frecuencia respiratoria por minuto es mayor en los primeros años, son normales 40 r.p.m. (respiraciones por minuto) al nacer, 30 al año, 20 a los 5 años y 16-18 en la adolescencia y alguna menos en el adulto.

Es sorprendente la capacidad que tiene el cerebro del recién nacido para resistir 7 minutos sin respirar. En el adulto el tiempo no sobrepasa los 3 minutos de resistencia.

5.4. MADURACIÓN DEL APARATO CIRCULATORIO

La frecuencia cardíaca disminuye progresivamente con la edad. En el momento del nacimiento es de 140 r.p.m. (pulsaciones por minutos), al año 120, a los 5 años de 100 y en el adulto decrece hasta llegar a 70 latidos por minuto.

La composición celular de la sangre también tiene, en los primeros meses de vida, algunas diferencias cuantitativas. Debido a que durante el embarazo hay menor cantidad de oxígeno, la cifra celular transportadora, los glóbulos rojos, está algo aumentada, rondando los 6-7 millones por milímetro cúbico. Al cabo de los 3-4 meses desciende a 4-5 millones, cifra que permanecerá ya estable en todas las edades salvo enfermedad.

En el recién nacido el nº de glóbulos blancos o leucocitos, es de 14.000 por mm³, descendiendo a 10.000 a los 6 meses y 6.000-8.000 al año de edad, cifra que suele permanecer estable en condiciones normales durante toda la vida.

El niño es capaz de hacer esfuerzos físicos continuados. Tiene capacidad de recuperación cardiorrespiratoria, pero sin embargo tiene una falta de reserva clara respecto a la del joven o adolescente, por lo que los ejercicios de competición no son los más recomendados salvo que sean moderados y con frecuentes interrupciones o descansos.

El aumento del volumen de sangre por latidos cardiacos así como de la capacidad respiratoria comienza a elevarse a partir de los 7-8 años, para llegar a su punto óptimo en la adolescencia, edad en la que ya no hay restricciones a la práctica de competiciones atléticas..

5.5. MADURACIÓN DEL APARATO GENITAL

Desde el punto de vista puramente físico o anatómico,, los órganos genitales están, al nacer y durante toda la infancia, muy poco desarrollados en comparación con los del adulto. Su maduración se lleva a cabo de manera significativa al llegar a la pubertad.

5.6. MADURACIÓN DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR

Desarrollo de la postura corporal

Inicialmente el niño adopta durante, prácticamente el día entero, la postura de tumbado o decúbito, pudiendo adoptar ésta varias formas: lateral, supino o dorsal y ventral. La posición de decúbito lateral la adopta sobre todo cuando duerme, flexionando los brazos y piernas contra su cuerpo (posición fetal). A los 14-16 meses el niño ya suele descansar en posición de extensión de sus extremidades. La posición de tumbado supino o dorsal (boca arriba) es frecuente cuando el niño está despierto. A los 5-6 meses hace los primeros intentos de sentarse, levantando la cabeza y parte del tronco.

La posición de sentado no aparece de una forma natural hasta que la columna cervical puede soportar bien el peso de la cabeza. Durante los 3 primeros meses no se debe poner al niño en esta posición por la debilidad de su columna y por la forma redondeada que tiene por la posición fetal intrauterina. Poco a poco irá fortaleciéndose y poniéndose cada vez más recta. Es a partir de los 6 meses cuando el niño comenzará a mantenerse sentado ciertos intervalos de tiempo, lográndolo definitivamente al llegar a la edad de 8 meses.

La posición erecta o de pie se logra a partir de los 8 ó 10 meses de edad, aunque solo cuando hay ayuda de las manos de un adulto. Será a partir del año cuando el niño comience solo a sujetarse de pie y lo hace aumentando su base de sustentación y equilibrio mediante la dis-

creta flexión de las rodillas, separando y arqueado las piernas y marcando mucho la curvatura dorsal y la ensilladura lumbar. A los 2 años el niño controla muy bien esta posición, todos los mecanismos y trucos anteriores.

A los 5-6 años las piernas en arco o paréntesis propias de la 1ª infancia se ponen rectas, incluso a veces tienden a adoptar la postura opuesta, con las rodillas más juntas que los pies (*genu valgum*).

Desarrollo de los movimientos corporales

Nos vamos a referir en este apartado al proceso por el que el niño va adquiriendo destreza para el desplazamiento de su propio cuerpo.

Hasta los 8-10 meses el niño lo único que puede hacer son ejercicios de flexión y extensión de sus extremidades pero sin lograr desplazamiento alguno salvo algo en sentido lateral. A partir de esa edad comienzan los movimientos de arrastre y gateo, mediante los cuales avanza por movimientos alternantes y cruzados de sus cuatro extremidades.

Si cogemos al niño de una mano, logra levantarse. Al año de edad, incluso un poco antes, pueden ponerse de pie y caminar algo apoyándose en la pared o en algún mueble bajo que encuentren. A partir de esta



Desarrollo del motor según distintas edades

edad suelen comenzar a andar sin necesidad de apoyo externo. No obstante hemos de tener en cuenta que existen variaciones, dentro de la normalidad, hay niños que comienzan a caminar solos hacia los 9-10 meses y otros no lo hacen hasta pasada la edad de 17 ó 18 meses. Es evidente que esto no tiene más importancia por lo que las actitudes de padres o educadores ha de ser paciente y observadora del ritmo global de desarrollo que el niño lleva.

Al llegar los 18-24 meses el control del equilibrio es mayor, caminan con más soltura y aunque siguen cayéndose pueden levantarse ya más rápidamente y seguir la marcha. Poco a poco, en este proceso, podrán realizar actos más complejos, las escaleras por ejemplo pueden bajarlas y subir las aunque con ayuda y haciéndolo escalón a escalón, no será sino a partir de los 3 años cuando logren destreza en correr y saltar y en subir y bajar peldaños. A los 5-6 años manejará todas estas instalaciones con bastante agilidad.

Maduración de los movimientos de aprensión de las manos

Si a un recién nacido le estimulamos la palma de su mano veremos cómo se contrae por unos breves momentos flexionando todos los dedos excepto el pulgar. Si lo hacemos a los 3 meses de edad, con una coordinación visomotora más desarrollada, el niño ya puede ver los objetos y agitar sus manos como para cogerlos. Si le damos alguno de ellos, veremos como lo coge torpemente durante algunos segundos y luego se le cae.

A los 7 u 8 meses, el pulgar empieza a ser usado, pudiendo intercambiarse objetos de una mano a otra.

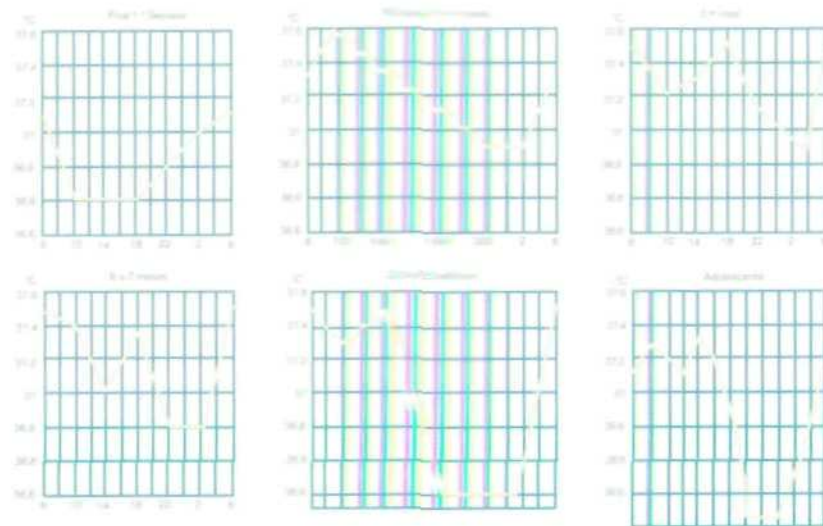
A partir de los 9 meses mejora mucho el manejo de la pinza del pulgar oponiéndolo al índice fácilmente con lo que ya podrá coger objetos con mucha más precisión que antes.

Suele ser a partir de los 6 meses cuando el niño comienza a hacer uso de una mano más que de otra, esto es que comienza a definir el tipo de lateralidad que va a tener, izquierda o derecha. Será a los 4 años cuando este proceso esté claramente definido.



5.7. REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

La temperatura corporal se mantiene constante, en condiciones normales, a lo largo de toda la vida. Existen pequeñas variaciones diarias que van desde los $0,4^{\circ}\text{C}$ de los recién nacidos, hasta los $1,2^{\circ}\text{C}$ en los adultos. En la infancia la media diaria no sobrepasa los 37°C y de mayores los $36,8^{\circ}\text{C}$. Durante la noche se suelen dar los valores mínimos y durante el día los máximos.



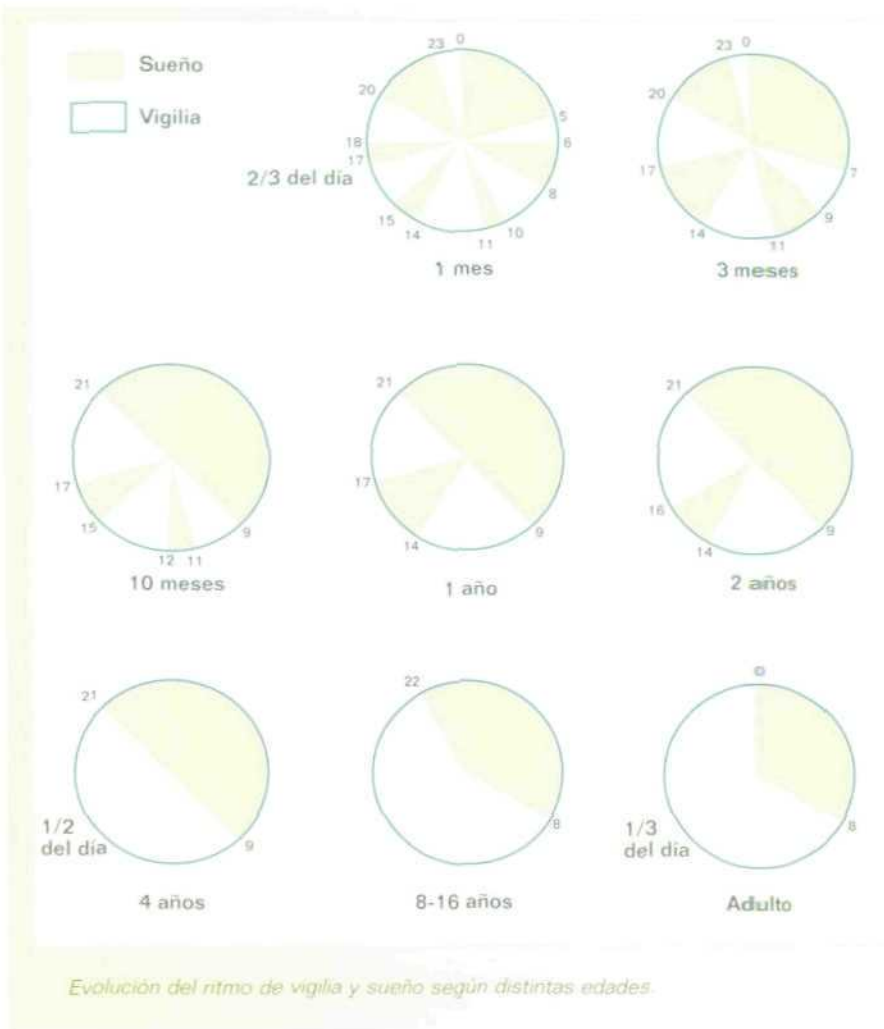
Evolución de la temperatura a lo largo de un día, según distintas edades

Para comparar los datos y que éstos sean fiables se debe tomar siempre la temperatura en una zona del cuerpo (axila, ingle, recto, sublingual), pues en todos estos lugares la temperatura es diferente.

5.8. MADURACIÓN Y RITMOS DEL SUEÑO Y VIGILIA

La duración de los períodos de sueño admite ciertas diferencias y variaciones de unas personas a otras. En los primeros días después del nacimiento las horas de sueño ocupan casi todo el día, siempre y cuando el niño no tenga hambre o cualquier otra necesidad primaria.

A los 4 meses suele descansar unas 16 horas al día, repartidas en intervalos de 4 a 6 horas. Al cumplir el año de edad suelen dormir cerca de 14 horas y a los 4 años unas 12 h. A partir de esta edad no suelen bajar de 10 h./día hasta que llega la adolescencia en que puede ir decreciendo algo esa cantidad hasta permanecer en las 8 h. que utilizan por término medio los adultos.



Respecto al ritmo del sueño y de la vigilia, a las tres semanas de vida y generalmente durante los momentos de tomar el alimento de la madre y realizar el cambio de pañales, permanece despierto durante ratos largos que pueden llegar a las 2 h. de duración. Por la noche comienza a alargar los períodos de sueño, alcanzando a los 2-3 meses las 8-10 h. de forma continua, invirtiendo el resto durante el día en periodos de corta duración a modo de pequeñas siestas tras las comidas. Al llegar al año de edad suele permanecer 12 horas por la noche y de día un par de horas de siesta. A los 5-6 años, no suele dormir ya durante el día.

Cuanto más pequeño es el niño mayor es la profundidad del sueño, la rapidez en conciliarlo y la lentitud para despertarse.

Estas características adoptan distintas formas y variaciones según los niños y es que el sueño no es una actividad aislada del conjunto del desarrollo y de las influencias del medio que le rodea. Unas actitudes de padres o educadores excesivamente vigilantes y cuidadosas del sueño del niño acaba a veces por despertarlos e intranquilizarlos más.

6 Maduración Sensorial

– *El sentido de la vista* en el momento del nacimiento prácticamente esta desarrollado para poder realizar un visión aceptable. Al año de edad el ojo está capacitado en su totalidad para ver perfectamente.

El color del iris suele ser al nacer azul-grisáceo. Será a los 4 ó 5 meses cuando adopte su color definitivo.

La fijación de la mirada es al principio muy desigual. Será a partir de los 3 meses cuando pueda seguir el movimiento de la mano, un juguete o cualquier otra cosa.

En la escuela infantil se puede contribuir a la detección de algunas anomalías o defectos visuales. Nos referimos por ejemplo al estrabismo y a los defectos de visión (miopía,...). Si vemos que el niño tuerce un ojo, por muy leve que sea, hemos de hablar con los padres o tutores por si ellos no lo detectaron. Un diagnostico precoz puede evitar al niño perder vista en ese ojo. También descartaremos algún problema de visión en los niños que tropiecen, que se caigan más de lo habitual o que se acerquen demasiado para leer.

– *El sentido del olfato* no está muy desarrollado al nacer. Es a los 4-5 años cuando el niño alcanza una madurez aceptable de este sentido.

– *El gusto* sí que está desarrollado al nacer, y sobre todo para los sabores dulces y ácidos, reaccionando negativamente ante otros sabores expulsándolos de la boca.

– *Las sensaciones táctiles* tienen su máximo desarrollo en el momento de nacer. Reaccionan bien ante el dolor, el frío o el calor.

El frotado de los ojos lo hace desde los 2-3 meses y el rascado de su piel lo hace a partir del año de edad. La reacción a las cosquillas está ausente en los primeros meses, para no faltar a partir de 6 u 8 meses.

– *El sentido del oído* el niño es capaz, desde el momento del nacimiento de responder positivamente a los estímulos sonoros que le rodean. El oído está anatómica y fisiológicamente desarrollado. Conoce y distingue perfectamente la voz de su madre. Tratará de seguirla con la mirada a partir del 2º o 3º mes de edad.

En la escuela podemos detectar algunos problemas de la audición. Niños que parecen despistados, o que constantemente dicen que repitan las explicaciones o las ordenes, etc., pueden tener algún problema en el oído.

Recuerda

Aparato digestivo y urinario:

– En la composición de la saliva del recién nacido encontramos una proporción alta de mucina que favorece la digestión láctea. Con el paso del tiempo disminuye esta proporción y aumenta la de ptialina, sustancia que favorece la digestión de los hidratos de carbono.

– La capacidad del estómago al nacer oscila entre los 30 cc y los 90 cc. La velocidad de evacuación oscila entre 1,5 y 3 horas, siendo menor en el caso de la lactancia natural. En el niño mayor suele ser de 4 horas.

– El control voluntario de la defecación comienza a ser posible a partir del 2º año de edad.

– La cantidad de orina que se expulsa en el recién nacido oscila entre los 20-50 cc/día. Al año asciende a los 500 cc/día. A los 4 años a los 700 cc/día y en la adolescencia a 1.500 cc/día.

Aparato Cardiocirculatorio:

– La frecuencia cardíaca disminuye progresivamente con la edad. Al nacer es de 140 latidos por minuto, a los 5 años es de 100 y en el adulto decrece hasta llegar a 70 latidos por minuto.

– Al nacer la cantidad de glóbulos rojos se encuentra aumentada, debido a que durante el embarazo hay algo menos de oxígeno disponible. Al cabo de los 3-4 meses desciende a la cifra que permanecerá ya estable en todas las edades salvo enfermedad.

Sistema neuromuscular y ritmo de sueño:

– Al nacer el niño adopta, durante prácticamente el día entero, la postura de tumbado o decúbito y posición fetal.

– La posición erecta la consigue el niño con ayuda a partir de los 8 ó 10 meses de edad y hacia el año sin esa ayuda.

– En los primeros días después del nacimiento las horas de sueño ocupan casi todo el día. Al cumplir el año de edad suelen dormir cerca de 14 horas y a los 4 años unas 12 h. Cuanto más pequeño es el niño mayor es la profundidad del sueño, la rapidez en conciliarlo y la lentitud para despertarse.

Ejercicios

10. Si tienes ocasión de ver mamar a un niño observa la complejidad y características de los reflejos de succión, deglución y respiración nasal.
11. **Observa** la respiración, en reposo, de varios niños de 0 a 6 años. Fíjate en su frecuencia **por** minuto. Haz una gráfica donde se reflejen las diferencias entre ellos. Compárala **con la** frecuencia de algunos adultos. Anota en una ficha los resultados.
12. **Practica** con tu propio cuerpo. Tómate varias veces la temperatura corporal por el día y **por la** noche. Anota en una gráfica (ordenadas hora del día, abscisas temperatura) los **valores** obtenidos. Observa si hay diferencias. Si tienes ocasión haz lo mismo con un **niño** de pocos meses de edad y compara sus valores con los tuyos.
13. **Observa** el color de los ojos de varios niños recién nacidos y compáralos con el color **de los** ojos de niños de más de un año. Verás en los primeros menos diferencias que en **los** segundos.
14. Si **tienes** la posibilidad de **poder** estar con un niño recién nacido, intenta que siga con su **mirada** algún objeto vistoso. Comprobarás como aún no fija su mirada.

Prueba de Autoevaluación

- 1 Especifica la repercusión que tienen sobre el desarrollo del niño las condiciones geográficas y climáticas, la alimentación y las enfermedades
- 2 Cita cada uno de los signos o parámetros que se valoran con el test de APGAR
- 3 ¿Cada cuánto tiempo debe pesarse al niño/a en el transcurso de sus dos primeros años de vida?
- 4 ¿Cómo debe realizarse la medida de la altura a partir de los 2 años de edad?
- 5 ¿Qué significado tiene que los valores de peso y talla de un niño/a estén en el percentil 50?
- 6 Describe las diferencias entre las suturas y las fontanelas del cráneo
- 7 En condiciones normales, ¿Cuáles son las piezas dentales que salen «antes» y «después» de los *incisivos centrales superiores*?
- 8 ¿Cuál es la función principal de los reflejos bucofaringeos?
- 9 ¿Cuál es la composición del meconio? ¿en que momento se elimina al exterior?
- 10 Cita las características del desarrollo motor a los 8, 10, 12, 14 y 15 meses del niño/a.

FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación *Profesional* a Distancia

Ciclo Formativo *de* Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD

3

*DESARROLLO
DE HÁBITOS
EN EL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS*

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

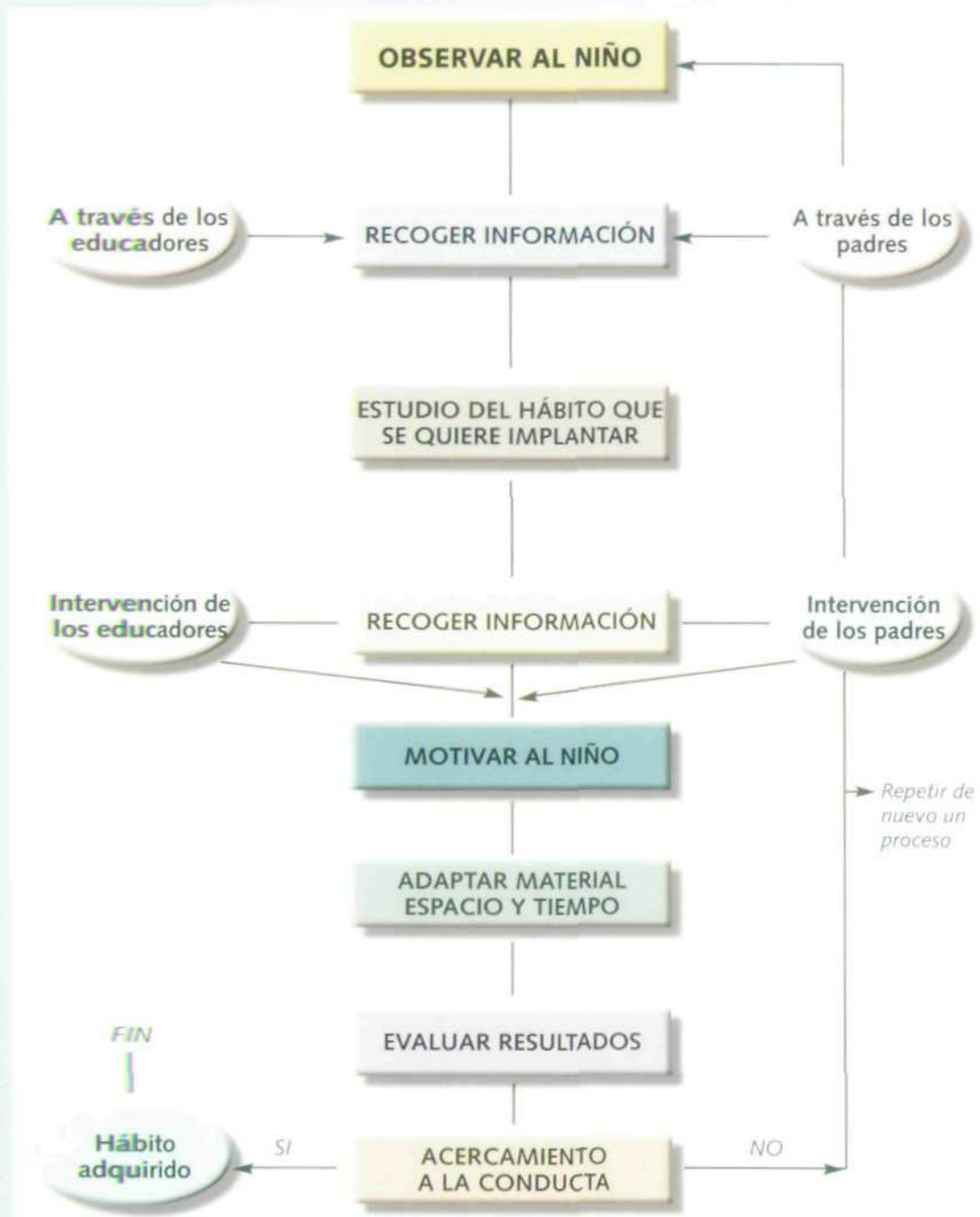
Imprime: Gráficas VARONA, S.A.



DESARROLLO DE HÁBITOS EN EL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. EL DESARROLLO EVOLUTIVO	7
1.1. Concepto de desarrollo	7
1.2. Características del desarrollo	8
1.3. Factores que influyen en el desarrollo	8
1.4. Etapas del desarrollo	9
2. LA HERENCIA Y EL MEDIO AMBIENTE	15
2.1. Teorías sobre la influencia en el desarrollo ..	15
2.2. Influencia de la maduración y el aprendizaje ..	16
2.3. Teorías que explican el proceso aprendizaje	16
3. MADURACIÓN PSICOSOCIAL	19
3.1. Maduración psicológica	19
3.2. Maduración social	20
4. LOS HÁBITOS	23
4.1. Definición de los hábitos	23
4.2. Medida y desarrollo de los hábitos	24
4.3. Metodología de la escala de medida	24
5. HÁBITOS A DESARROLLAR EN EL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS	27
5.1. Hábitos relacionados con las necesidades fisiológicas	27
5.2. Otros tipos de hábitos	44
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	53



Introducción

El procedimiento utilizado para conseguir que el niño adquiriera los hábitos necesarios para la vida diaria, no se puede entender como un proceso independiente del desarrollo físico, funcional y psicológico del niño.

Es necesario, en primer lugar, que el niño vaya creciendo y desarrollándose en el aspecto físico (talla, peso, etc.). Este crecimiento cuantitativo del cuerpo debe llevar asociado en un proceso de desarrollo normal, la maduración funcional de todos los órganos, aparatos y sistemas del organismo y completarse con un desarrollo psicológico.

El conjunto de todos estos aspectos del proceso de desarrollo va a ser necesario para que se produzca un buen grado de aprendizaje en el niño.

Es a partir de esa predisposición para que se produzca el aprendizaje en el niño, cuando tanto los educadores como los padres deben emprender la tarea necesaria para inculcar los hábitos necesarios para la vida diaria.

Los 2 ó 3 primeros años de vida son fundamentales para la formación de la personalidad y el aprendizaje de conductas básicas.

Las diferentes tablas que aparecen a lo largo del texto sobre el comportamiento

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Analizar y contrastar las teorías en relación con el desarrollo, sus etapas y sus características, según el planteamiento de diferentes autores.
- Comparar y deducir las diferencias entre maduración psicológica y maduración social.
- Seleccionar la escala de medida más adecuada para valorar si el niño ha conseguido adquirir un determinado hábito.
- Promover la instauración de hábitos saludables en el niño de 0 a 6 años.
- Determinar los elementos necesarios para la elaboración de un programa de adquisición de hábitos.
- Diseñar programas para la adquisición y/o modificación de hábitos.
- Elaborar y seleccionar los programas más adecuados para la adquisición de hábitos de alimentación, higiene, sueño, descanso, vestirse, desnudarse y el control de esfínteres.
- Determinar las pautas de actuación con un niño para fomentar otros hábitos como: el orden y la organización, las relaciones sociales y la capacidad para estar solo.

del niño, reflejan momentos del desarrollo evolutivo considerados normales.

No obstante, se debe recordar que cada niño presenta unas características específicas y un ritmo de desarrollo propio. Por tanto, una desviación de estas

ordenaciones no siempre representará que **exista** una patología.

Los **cuadros** (espacios) que aparecen en **blanco** en estas tablas indican que no **hay** ninguna características que sea **significativa** y/o específica de la edad a que **se** hace referencia.

1 El desarrollo evolutivo

Cualquier persona que trate de ayudar a crecer y desarrollarse a los niños necesita inevitablemente conocerlos bien.

El estudio de las bases en las que se fundamenta el desarrollo del niño proporciona al educador infantil un mejor entendimiento de su evolución y, por tanto, podrá adecuar mejor los recursos de que se dispone a las capacidades del niño. Es decir, su intervención educativa se basa en las aportaciones y conocimientos de la Psicología Infantil.

(Los contenidos explicados en este punto sirven unos de recuerdo y otros, son el complemento de los contenidos explicados en la UT2).

1.1. CONCEPTO DE DESARROLLO

Antes de intentar comprender el concepto de desarrollo psicológico será necesario entender la diferencia entre: crecimiento, desarrollo y maduración.

– *Crecimiento*, hace referencia a los cambios cuantitativos relacionados con el aumento de la masa corporal en las diferentes etapas de ciclo vital, que está determinado por la herencia, aunque influyen otros factores como la higiene, el alimento, el medio ambiente, etc. Es un concepto biológico.

– *Maduración*, se refiere a los cambios morfológicos y de conducta específica, determinados biológicamente y sin la ayuda de ningún proceso de aprendizaje. Está determinado por la carga genética de la especie y del individuo.

– *Desarrollo*, es una secuencia ordenada de cambios de conducta, en la forma de pensar y de sentir en relación con el desarrollo psicológico.

Según Pinillos «la noción del desarrollo, designa un proceso de cambio progresivo, esto es, de variación hacia unos cánones comportamentales o formas de conducta que se valoran como superiores dentro de una determinada concepción del mundo».

Durante el proceso de desarrollo hay lapsos de tiempo o «periodos críticos», en los cuales los individuos se encuentran predispuestos para la adquisición de determinados comportamientos. Esta predisposición depende del desarrollo madurativo (carácter fisiológico) del niño.

Según Scott, es el momento en el que se hallan presentes las máximas capacidades sensoriales, motoras y psicológicas para que se produzca el aprendizaje.

Según W. Jones, es el momento del desarrollo en el cual aumenta en el organismo la susceptibilidad para recibir experiencias.

En el ser humano, estos periodos, son más flexibles y menos determinantes que en los animales.

La mayoría de los autores coinciden en que los 2 ó 3 primeros años de la vida del niño son fundamentales en la formación de la personalidad y el aprendizaje de conductas básicas (locomoción, lenguaje, socialización, etc).

1.2. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO

El desarrollo es una sucesión ordenada de cambios que implica un aumento, tanto cuantitativo como cualitativo. Es un proceso de carácter integral, es decir, las conductas dependen de otras conductas anteriores, de tal forma que las últimas son más complejas que las primeras.

El desarrollo está sometido a la influencia de factores ambientales, genéticos, sociales, familiares, etc.

Los patrones de desarrollo son similares para todos los seres humanos, es decir, todos se rigen por unas determinadas leyes, pero no hay que olvidar que, cada persona presenta unas características especiales y un ritmo de aprendizaje que le es propio y le diferencia de los demás.

Cuanto mayor es el grado de desarrollo, mayor será la posibilidad de que el niño vaya adquiriendo determinadas capacidades, siendo éstas cada vez más complejas.

El desarrollo se pone de manifiesto partiendo de unas capacidades generales e inespecíficas, hasta llegar a otras capacidades, especializadas y en relación directa con el «medio» en que se desenvuelve el niño.

1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO

El desarrollo psicológico del niño se produce por la influencia e interacción de una serie de factores tanto externos como internos.

Factores externos:

- La alimentación y nutrición, que determinan tanto el crecimiento como el desarrollo del niño.
- Las condiciones ambientales, como los hábitos sociales, ritmos fisiológicos, costumbres, grado de afectividad, etc., son asimismo determinantes del desarrollo.

Factores internos:

- La carga hereditaria, es la encargada de dotar a cada individuo de unas determinadas características y de proporcionar pautas generales de conducta.
- La maduración del sistema nervioso, que determina la aparición de un tipo u otro de conductas en el proceso de desarrollo.

Debido a las posibilidades de interacción entre ambos factores, aparecen las características, específicas y personales, de cada individuo que le diferencian del resto de las personas.

1.4. ETAPAS DEL DESARROLLO

En Psicología, se puede hablar de dos grandes tendencias o teorías que explican el proceso de desarrollo:

- La organicista o estructuralista, según la cual los cambios en la conducta se deben a procesos internos del individuo. A partir de estos procesos, selecciona, estructura, organiza y construye los comportamientos que determinan todos estos cambios.
- La mecanicista o conductista, según la cual los cambios de la conducta se deben a los cambios que se producen en el ambiente. Explica el desarrollo como un cúmulo de respuestas aprendidas.

Para entender mejor el concepto de desarrollo se ha estructurado éste en divisiones o etapas (fases o periodos).

¿Qué lleva asociado el concepto de etapa?

- Las conductas que se dan en una edad determinada se organizan alrededor de un tema predominante (por ejemplo egocentrismo).
- En cada etapa las conductas son cualitativamente diferentes a las de otras etapas.
- El desarrollo se produce mediante «saltos», que marcan el paso de una etapa a otra, y mediante «mesetas» que representan la etapa misma.

¿Por qué se caracteriza cada etapa?

Cada etapa presenta una serie de características que la diferencian de las demás.

- La estabilidad y homogeneidad en el comportamiento.

- El orden y sucesión del comportamiento.
- La jerarquización de los mismos, es decir, los nuevos comportamientos se basan en comportamientos previos.
- La disposición para ciertos aprendizajes.

Sistema de clasificación del desarrollo

Los criterios de clasificación son muy diversos y variados y en múltiples ocasiones ha llevado a la polémica a muchos psicólogos. Los autores más significativos que abordan este tema son: A. Gessel, H. Wallon, S. Freud y J. Piaget.

- Arnold Gessel, considera que el desarrollo es un proceso progresivo que viene determinado por la maduración del sistema nervioso, aunque hay una tendencia innata del organismo que va modificándose progresivamente debido a la influencia que ejerce el contacto con la sociedad. Describe unos comportamientos que denomina de madurez para cada edad y diferencia cuatro patrones de conducta, como puede observarse en la siguiente tabla.

Patrones de conducta	Características
Conducta motriz	- Control y coordinación general
Conducta adaptativa	- Reacción del niño ante los objetos - Resolución de pequeños problemas
Conducta social	- Reacción del niño con el mundo que le rodea
Conducta de lenguaje	Medios de comunicación de los que dispone el niño

- Henri Wallon, considera al niño como una unidad funcional que va ligado a condiciones fisiológicas y ambientales. El desarrollo para este autor es un proceso discontinuo que se da en fases o etapas. En cada etapa hay cuatro dominios que son sucesivos: afectividad, motor, conocimiento y persona (nivel más alto del desarrollo). Teniendo en cuenta que no se puede llegar a un dominio si no se ha alcanzado el anterior.

Estadios en el desarrollo	Actividades del niño
Vida intrauterina	– Necesidades cubiertas
Impulsividad motriz (nacimiento a 6 meses)	– Expresión a través de gritos y espasmos – Inicio de actividad psíquica y muscular – Primeros intercambios con los adultos
Emocional (6 a 12 meses)	– El niño solo entiende sus propios sentimientos y sus propias necesidades
Sensoriomotor y proyectivo (1 a 3 años)	– Manipula objetos y tiende a moverse y desplazarse – Aparición del lenguaje
Personalismo (3 a 6 años)	– Conciencia del yo y crisis de oposición que se da a los tres años – Tendencia a llamar la atención – Dominio del lenguaje
Categorial (6 a 11 años)	– Interés y curiosidad por las cosas – Mayor capacidad y autodisciplina – Mayor enriquecimiento social
Pubertad-adolescencia	– Cambios psicológicos debidos a los fisiológicos – Etapa de crisis – Pertenecen a pandillas y desean la independencia de la familia

– Sigmund Freud (desarrollo afectivo), como psicoanalista, considera que el desarrollo es el paso de una situación en la que el niño es dominado por las necesidades que tiene que satisfacer a otra que se caracteriza por un comportamiento más controlado.

Establece 5 fases en el desarrollo, según la zona anatómica donde se obtiene el placer, como se recoge en la tabla siguiente.

UNIDAD 3 Desarrollo de hábitos en el niño de 0 a 6 años

Fases del desarrollo	Zonas de placer
Oral (0 a 1 año)	– Boca (succión, alimentación)
Anal (1 a 3 años)	– Ano (con retención y expulsión de las heces)
Fálica (3 a 5 años)	Órganos genitales (manipulación de los mismos)
De latencia (6 años a pubertad)	– Desinterés por órganos genitales
Genital (pubertad)	– Interés por lo genital

– Jean Piaget (desarrollo cognitivo), para este autor el desarrollo es el paso de un estadio de menor equilibrio a otro más complejo y equilibrado. Los estadios se definen en un orden de sucesión constante, no coincidiendo con edades cronológicas fijas, sino aproximadas.

Establece los siguientes periodos: (ver tabla adjunta)

Períodos	Características
Sensoriomotor (hasta los 2 años)	– Aprendizaje a través de los sentidos y de la acción
Preoperacional (2 a 7 años)	– Capacidad de representación y utilización de símbolos y del lenguaje
Operaciones concretas (7 a 12 años)	– Pensamiento de tipo lógico – Cooperación con otros
Operaciones abstractas (2 años)	– Alto nivel de pensamiento abstracto

- *Teoría del ciclo vital.* Los autores que defienden esta teoría consideran que la evolución y el desarrollo es un proceso continuo que se lleva a cabo a lo largo de toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Parten de la idea, de que las personas se desarrollan como resultado de las experiencias vitales, dentro de un contexto de cambios biológicos y culturales.

Diferencian varias etapas en el proceso de desarrollo:

- Intrauterina-hasta el nacimiento.
- Lactancia-primer año de vida.
- Primera infancia-hasta los 6 años:
 - Temprana-1 a 3 años.
 - Primera infancia-3 a 6 años.
- Segunda infancia-6 a 12 años.
- Adolescencia-12 a 18 años.
- Juventud-18 a 30 años.
- Adulto-30 a 60 años.
- Vejez-a partir de los 60 años.

Recuerda

Las teorías psicológicas que explican el proceso de desarrollo son:

- *La organicista o estructuralista*, según la cual los cambios de conducta se deben a procesos internos individuales.
- *La mecanicista o conductista*, según la cual los cambios de conducta se deben a los cambios que se producen en el medio ambiente.

Clasificación del desarrollo según diversos autores:

- *A. Gessel*, desarrollo determinado por la maduración del sistema nervioso.
- *H. Wallon*, desarrollo ligado a condiciones fisiológicas y ambientales.
- *S. Freud*, desarrollo como paso de una situación incontrolada a otra de mayor control.
- *J. Piaget*, desarrollo como paso de un estadio de menor equilibrio a otro más complejo y equilibrado.

Ejercicio

1. Elabora un cuadro donde se reflejen las similitudes y diferencias en el proceso de desarrollo según H. Wallon, A. Gessel y S. Freud.

2 La herencia y el medio ambiente

Los factores ambientales, así como las características genéticas de cada persona, van a poder influir directamente en el proceso de desarrollo del niño.

Desde hace tiempo viene planteándose la idea de si lo que somos, hacemos, pensamos o sentimos, se debe a lo heredado o lo aprendido.

Hay diversas teorías que defienden diferentes posiciones, en relación con estos aspectos.

2.1. TEORÍAS SOBRE LA INFLUENCIA EN EL DESARROLLO

Estas teorías de alguna manera, explican la influencia del binomio herencia-medio ambiente en el desarrollo.

– *Teoría innatista*. Los defensores de esta teoría, consideran que las capacidades y conductas de una persona están determinadas por su carga genética. Todas las habilidades dependen de la herencia. Así, de un padre inteligente nacerán hijos inteligentes.

– *Teoría Ambientalista*. Los partidarios de esta teoría consideran que el comportamiento de una persona está determinado por las características del ambiente en que se desarrolla o por las experiencias a las que está sometido.

Watson llega a plantear la siguiente idea «dadme una docena de niños y un mundo donde pueda educarlos y os garantizo que estoy en disposición de hacer de ellos lo que quiera: médicos, abogados, artistas, comerciantes, mendigos o ladrones».

– *Teoría interaccionista*. Actualmente la mayoría de los autores coinciden en la idea de que el desarrollo es el resultado de la interacción de factores biológicos y ambientales.

Cualquier persona necesita de un medio para desarrollarse, la herencia va a predisponer y limitar determinados comportamientos pero es el ambiente el que determina su expresión.

Es evidente que ambos factores influyen en el desarrollo y lo importante no es valorar en qué medida lo hace cada uno de ellos, sino cómo interactúan en la aparición y desarrollo de determinadas conductas.

2.2. INFLUENCIAS DE LA MADURACIÓN Y EL APRENDIZAJE

La maduración y el aprendizaje son aspectos estrechamente relacionados que determinan en cierta medida el proceso del desarrollo.

Es necesario valorar cómo interactúan entre sí, para aplicar las técnicas y los medios necesarios desde cualquier ámbito donde se desenvuelve el niño (hogar, escuela, amigos), para conseguir que se produzca el aprendizaje de forma significativa, dando lugar al máximo desarrollo posible.

La maduración supone un cambio o crecimiento cuantitativo que conlleva transformaciones fisiológicas y que a su vez determinan cambios psicológicos.

El desarrollo es un proceso complejo en el que se integran estructuras psicobiológicas con las habilidades que el individuo va aprendiendo.

Hay que tener en cuenta que cada persona presenta un potencial específico, del que se podrá obtener el máximo desarrollo si la intervención desde el medio ambiente es adecuada. Por tanto, éste será uno de los objetivos prioritarios de la educación.

2.3. TEORÍAS QUE EXPLICAN EL PROCESO DE APRENDIZAJE

Existen varias teorías que explican cómo se lleva a cabo el proceso de aprendizaje.

Teoría conductista

Defiende la idea de que el aprendizaje se produce mediante un mecanismo de *estímulo-respuesta*, teniendo en cuenta que es posible manipular el estímulo y el ambiente con el fin de producir una respuesta determinada.

Hay tres modelos que explican esta teoría partiendo de la experiencia con animales para, posteriormente, extrapolar los resultados a los seres humanos:

Condicionamiento clásico (I. Pavlov): cuando un estímulo se presenta asociado a otro, puede llegar a provocar la misma respuesta que produce este último.

Condicionamiento operante o instrumental (B. F. Skinner): cuando una persona se encuentra ante un problema se produce una actividad de ensayo-error, para buscar una solución. Si la respuesta tiene éxito, tiende a repetirse ante estímulos similares. Así surge lo que se denomina «refuerzo», es decir, todo aquello que provoca la facilitación de una determinada conducta.

Aprendizaje social o vicario (Bandura): es posible aprender una conducta simplemente viéndola realizar a otra persona, que se denomina o es tomada como modelo. En este proceso también interviene el sistema del refuerzo.

Teorías cognitivas

Son las que tienen mayor aceptación y en las que se apoya, generalmente, el sistema educativo.

PIAGET, considera que el aprendizaje está en función del proceso de desarrollo, consiste en la adquisición de determinados conocimientos, mientras que el desarrollo se basa en la adquisición de estructuras mentales nuevas.

¿En qué principios se basa la teoría de Piaget?

- El constructivismo o proceso por el cual el sujeto desarrolla su propia inteligencia.
- La actividad que lleva al niño al desarrollo intelectual.
- La equilibración o motor del desarrollo. Si ante una situación determinada un esquema de conocimientos no es válido, para resolverla se produce un desequilibrio. Para volver al estado de equilibrio, el sujeto necesita actuar y/o utilizar un nuevo esquema que resuelva la situación.

VYGOTSKI, plantea el estudio del niño en su entorno social, ya que considera que el niño y el entorno son elementos de un único sistema interactivo.

Distingue varios sistemas de desarrollo:

- Efectivo o real. Se refiere al desarrollo que ya se ha producido y que se traduce como el conjunto de actividades que el niño es capaz de realizar por sí solo.
- Potencial. Determinado por el conjunto de actividades que el niño es capaz de realizar con ayuda de otras personas.

Entre ambos niveles se encuentra *la zona de desarrollo próximo*, que define las funciones que aún no han madurado, pero que están en proceso de maduración.

Teoría Ecologista

El representante de la misma es Bronfenbrenner, que define el desarrollo como el cambio perdurable en el modo en que una persona percibe y actúa en su entorno.

Según este autor, determinados sucesos y factores del medio ambiente provocan en el niño cambios evolutivos.



Recuerda

Teorías que explican las influencias en el *desarrollo*:

– Innatista, considera que la conducta de las personas está determinada por su carga genética.

– Ambientalista, defiende la influencia de las características del medio ambiente sobre el desarrollo.

– Interaccionista, considera que el desarrollo es el resultado de la interacción de factores biológicos y sociales.

Teorías que explican el proceso de *aprendizaje*:

– Conductiva, mantiene que el aprendizaje se produce mediante un mecanismo de estímulo-repuesta.

– Cognitiva, aprendizaje en función del proceso de desarrollo.

– Ecologista, influencia del medio ambiente.

Ejercicio

2. Elabora un esquema donde se reflejen las características de las distintas teorías y su influencia en el proceso de desarrollo.

3 Maduración psicosocial

El desarrollo psicosocial del niño se lleva a cabo, principalmente, en el seno de la familia y de la escuela, donde se relaciona con sus iguales y con los adultos.

Para que en el niño pueda establecer una relación positiva con los demás, ha de tener una idea clara de sí mismo y de los demás y sobre todo sentirse seguro para poder relacionarse.

El proceso de maduración psicosocial no se puede entender como dos aspectos separados, ya que no se puede hablar de un niño maduro si no tiene un cierto nivel de socialibilidad y por el contrario difícilmente será sociable si no dispone de unos niveles de maduración.

3.1. MADURACIÓN PSICOLÓGICA

El niño a lo largo de sus primeros años de vida, y debido a las relaciones afectivas que establece con la familia, va tomando conciencia de sí mismo, y posteriormente de quienes le rodean, para seguir su proceso evolutivo y de maduración.

El primer paso para el aprendizaje se basa en la *observación*, viendo lo que hacen los demás, el niño intentará si puede hacerlo; lo que le lleva a la *imitación*, es decir, que el niño aprende por imitación.

Cuando el niño observa las diferentes maneras de actuar de las personas que le rodean, inicialmente tiende a imitarles y después intenta experimentar él mismo imitando otras situaciones diferentes, lo que le lleva a ampliar la visión que tiene del mundo, de los objetos y de las personas que le rodean.

Es importante el tipo de relaciones afectivas que el niño establece con las personas de su entorno, para que se sienta identificado con ellas. Esta actitud se potencia cuando los adultos le *motivan*, lo que le hace sentirse más estimulado para actuar, con el fin de conseguir un determinado objetivo, intentando superar las dificultades. Con la *motivación* se pretende que el niño interiorice los objetivos que hemos previsto.

¿Qué es necesario para que el proceso madurativo del niño se lleve a cabo?

- Facilitar al niño las **habilidades** para la realización de las distintas tareas.
- Plantear un programa **pedagógico** con técnicas y pasos necesarios para la realización de cada **tarea**.
- Realizar de forma **periódica** cada **tarea**, hasta que el niño se habitúe a resolverla de manera **aceptable**.

El niño puede reaccionar **realizando la tarea** cuando él quiere y cuando le produce satisfacción, **o puede realizar** la tarea siempre porque ha adquirido ya el **hábito**, en **este caso la tarea** se transforma en una situación que debe aceptar, **siendo realmente** educativa.

Teniendo en cuenta los **aspectos anteriores**, muchos hábitos no se tomarán por el niño por **una obligación**, aunque de hecho lo sean.

Hay que tener en cuenta **que al niño le** es más fácil la adquisición de hábitos relacionados **directamente con** la satisfacción o la resolución de una necesidad, como **lavarse o vestirse**, que aquellos otros que tienen una repercusión directa, **menos clara**, como sacar la basura, colaborar con la limpieza, etc., **pero que afectan** más directamente a los grupos de personas con los que **se relaciona** (familia, escuela, amigos).

Es importante irle **planteando al niño** actividades de todo tipo, desde aquellas que le resultan **fáciles y agradables**, hasta las más complicadas, con el fin de **conseguir un fortalecimiento** de su voluntad y la responsabilidad de sus actos.

3.2. MADURACIÓN SOCIAL

Este tipo de maduración **está relacionado** directamente con la forma de comportarse el niño ante **situaciones** que debe afrontar por sí mismo, lejos de la familia, por el **hecho de vivir** en sociedad.

El niño tiene que **aprender que vive en** sociedad y que ésta se rige por unas normas que hay que **respetar**.

Para que el niño llegue a **este nivel de** maduración (tanto personal como social), debe alcanzar **previamente y de** manera simultánea ciertas habilidades y cierto grado **de socialización** que hay que inculcarle desde pequeño.

La socialización aparece como **una necesidad** esencial del niño, y la escuela es el **primer núcleo social** que va influir más directamente en su

educación y en su desarrollo, por eso, va a ser necesario crear un ambiente donde el niño se sienta seguro al lado del educador.

¿Cuáles son las condiciones para el proceso de socialización?

Para conseguir la socialización es necesario que el niño previamente tenga:

- Un conocimiento de sí mismo, para poder llegar a ser autónomo.
- Un conocimiento de los demás, para llegar a ser capaz de ponerse en el lugar de los otros, entendiendo de este modo que tienen puntos de vista y reacciones diferentes a las suyas y que él debe respetar.
- Un conocimiento de la sociedad, que va a ir adquiriendo después de conocer los diferentes núcleos sociales con los que está vinculado (familia, escuela).

El proceso de la socialización del niño hace necesario que la familia y la escuela trabajen de forma coordinada, para evitar de este modo que el niño reciba pautas de hacer y de comportarse contradictorias.

Aspectos de la socialización

Para que el proceso de socialización del niño pueda producirse es necesario establecer y conocer previamente: las normas, la organización y los roles del grupo.

¿Que son las normas?

Son los acuerdos básicos que posibilitan la convivencia en el grupo.

Al plantear estas normas va a ser necesario tener en cuenta:

- Que el niño comprenda la necesidad de dichas normas.
- Que comprenda algunas normas concretas.
- Que acepte las que se le proponen una vez que ha sido capaz de comprenderlas (será necesario resaltar el aspecto positivo).
- Que sea capaz de cumplirlas, lo que le llevará a ir adquiriendo el nivel de autonomía necesaria para actuar por sí mismo.

¿Qué se entiende por organización?

Es el fundamento de cómo plantear las tareas y necesidades del grupo o responde a la manifestación práctica de las normas.

¿Qué entendemos por los roles?

Es el papel que cada persona asume en función de sus características, su profesión y su pertenencia a un grupo determinado.

En cada grupo hay una interrelación de roles en función de las características de sus componentes.

No hay roles preestablecidos, tan sólo las directrices propias de cada rol, que cada persona lleva a cabo en función de su manera de ser.

El niño en su proceso evolutivo debe captar:

- Los roles de los adultos y cómo éstos los asumen.
- Las diferencias entre cada uno de los roles.
- Las formas de ejecutar un rol por las distintas personas (padres, amigos, etc.).
- Las reacciones del grupo y de cada persona.
- La necesidad de asumir el rol que le corresponde.
- Cómo realizar su rol para adaptarse al grupo en el que vive.

Para conseguir la madurez social hay que establecer una serie de criterios permanentes, aceptados por todos los componentes del grupo, tales como:

El respeto por los demás, el esfuerzo por intentar conseguir los objetivos que se proponen y la responsabilidad.

Recuerda

El primer paso para que se produzca el aprendizaje en el niño es la *observación* de las personas de su entorno, lo que le llevará al intento de hacer las cosas por sí mismo, es decir, a la *imitación*.

Es necesario para que el niño pueda conseguir la socialización, que previamente tenga: un conocimiento de sí mismo, un conocimiento de los demás y un conocimiento de su entorno social.

Para que con el proceso de socialización se alcancen los objetivos previos hay que establecer y conocer previamente: las normas, la organización y el rol de cada componente del grupo.

Ejercicio

3. Busca en el Diccionario de la Real Academia y en uno especializado de Ciencias de la Educación el término de *rol*. Comenta posteriormente la definición y su relación con el proceso de socialización.

4 Los hábitos

Al reflexionar sobre lo que consideramos los adultos (padres y educadores), que deben aprender nuestros hijos, habrá que marcarse unos objetivos a corto plazo (inmediatos), que van a estar en función de los que consideramos que deben aprender a largo plazo.

¿En qué aspectos se debe educar al niño?:

- El desarrollo de todas sus posibilidades, de tal forma que cuando llegue a ser adulto, tenga una madurez en todos los aspectos que integran su personalidad (intelectual, física, social, etc.).
- La adaptabilidad al mundo al que tenga que incorporarse cuando sea un adulto.
- La seguridad dependiente, es decir, la que siente el niño cuando están atendidas todas sus necesidades.
- La seguridad interdependiente, es decir, aquella que le lleva al desarrollo de todas sus capacidades, para ser autónomo e independiente.
- El fomento de su capacidad para tomar decisiones y aceptar las consecuencias de sus actos.

4.1. DEFINICIÓN DE HÁBITOS

Según la definición del diccionario de la Real academia española se entiende por hábito al «modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. Facilidad que se adquiere por larga y constante práctica en un mismo ejercicio».

Desde el punto de vista educativo y pedagógico, el hábito se define como la disposición de conducta estable. En la doctrina clásica de Aristóteles significa modo de ser y modo de comportarse.

La raíz o base cognitiva que caracteriza al hábito lo distingue de la rutina y de la habituación. Implica, por tanto, que el hombre se va haciendo en acción, y de esta forma va adquiriendo modos de comportarse.

Para *Santo Tomás de Aquino*, la ley estructural del hábito es su orientación «natural y de modo necesario a la operación», por eso la especi-

ficidad de la respuesta humana es compatible con la presencia de los hábitos, porque éstos son disposiciones, no repetición exacta e inevitable de respuestas aprendidas que es lo que caracteriza a la habituación.

El valor educativo de los hábitos es incuestionable, porque sustentan el proceso educativo.

4.2. MEDIDA Y DESARROLLO DE LOS HÁBITOS

Basándose en la experiencia, la observación y el trabajo de un grupo de profesionales dedicados a la educación, se han elaborado unas escalas de medida, compuestas por una serie de preguntas que relacionan las distintas edades del niño con las tareas o actividades que debe ser capaz de llevar a cabo.

La respuesta de los niños está en relación directa con el ambiente en el que se desenvuelven éstos (familia, escuela, así como las relaciones con el grupo).

El objetivo es conseguir que los niños sean capaces de realizar aquellas tareas o actividades que se plantean en la escala para cada edad cronológica, hasta que lo hagan de manera habitual, es decir, sean capaces de sistematizar la ejecución de dichas tareas con el fin de adquirir un alto grado de adaptabilidad y autonomía.

4.3. METODOLOGÍA DE LA ESCALA DE MEDIDA

Para que el niño pueda llegar a conseguir su autonomía en aspectos tales como su alimentación, sueño, higiene, orden, etc., va a ser necesario la ayuda continua y cercana de los adultos, que serán quienes vayan proponiéndole actividades, relacionadas con cada uno de estos aspectos, teniendo en cuenta: su edad, su habilidad y su grado de autonomía.

Las pautas de comportamiento deben ser planteadas por el adulto, no sólo de forma verbal, sino con el ejemplo; es decir, las pautas dependen de nuestra actuación, actitud y coherencia entre lo que se le pide al niño y lo que el adulto hace.

¿Cuándo se favorece y/o facilita esta labor?

- Cuando la relación afectiva con el niño es buena.
- Hay un nivel de comunicación adecuado para que el niño entienda lo que pretendemos.

- Existe un **equilibrio** y estabilidad emocional del adulto, frente a las **respuestas** del niño.
- Hay **constancia** y sistematización en las **propuestas** y exigencias que **se le solicitan**.

¿Cuál es el procedimiento a seguir?

- En **primer lugar** hay que valorar lo que se **le puede** exigir al niño, dependiendo de su grado de maduración, **aprendizaje** previo, etc.
- Ver en **qué momento** debe plantearse el **procedimiento** para que sea un **proceso** sistemático que lleve al niño al aprendizaje.
- Buscar **la forma** de motivar al niño para que se sienta estimulado para actuar y **sea capaz** de aprender.
- Controlar el **procedimiento** para poder dar una respuesta en función de su **comportamiento**.

Para que el **procedimiento** pueda llegar a ser un éxito, y se puedan conseguir los **objetivos** previstos, es decir, que las actuaciones y actividades que **realiza el** niño se conviertan en **hábitos**, será conveniente:

- Dar al **niño una serie** de actos secuenciales y acciones vinculadas con el **aprendizaje** que se pretende para que el niño llegue a hacerlo de manera **espontánea** y sin esfuerzo.
- No **resolver nunca** las tareas que tiene que hacer el niño, es positivo hacerle **alguna sugerencia** o indicación pero será el niño quien se responsabilice de **su tarea**.

En todo el **proceso** de aprendizaje es importante que los adultos (padres y educadores):

- Respondan **siempre** con estabilidad, firmeza y coherencia.
- Den al **niño argumentos** que él razone, para que sea capaz de comprender lo que **tiene** que hacer.
- Intenten **que al niño** no le resulte excesivamente difícil la tarea que tiene que **realizar**.



Persona adulta con un niño en brazos al que está dando un beso.

Es importante, a la hora de organizar las actividades que tiene que realizar el niño, que éstas no supongan siempre que tenga que dejar el juego, pues le resultarán mucho menos atractivas y las tomará como una imposición de los adultos.

En cualquier caso, el niño debe responsabilizarse en todo momento de las tareas que lleva a cabo, para que con el tiempo pueda comprender las repercusiones de su falta de responsabilidad.

Recuerda

Es importante educar al niño para:

– El desarrollo de sus posibilidades, la adaptabilidad al mundo que le rodea, la seguridad dependiente e independiente y en la capacidad para tomar decisiones.

– *El hábito*, se define como la disposición de una conducta estable. Su valor educativo es incuestionable, porque sustenta el proceso educativo.

El proceso educativo y formador se puede favorecer y facilitar cuando:

– La relación afectiva con el niño es buena, hay un nivel adecuado de comunicación, equilibrio y estabilidad entre el adulto y los niños.

Ejercicio

4. Busca la definición del concepto de *hábito*, en los diccionarios que consideres más adecuados y contrástalo con el concepto de *habitación*.

5 Hábitos a desarrollar en el niño de 0 a 6 años

La labor de los padres y de los educadores debe ir dirigida a buscar los motivos que estimulan al niño, para que pueda ser capaz de asumir y realizar todas aquellas actividades rutinarias encaminadas a cubrir todas sus necesidades fisiológicas tales como: alimentarse, lavarse, vestirse, etc., así como todas aquellas que tienen que ver con la relación que establece con el grupo donde crece y se desarrolla, con el objetivo de adquirir la responsabilidad e independencia necesaria para llegar a ser capaz de valerse por sí mismo.

No hay que olvidar que el niño, además, tiene otro tipo de motivaciones tales como: el deseo de jugar, el deseo de independencia y el deseo de relacionarse con los demás, que habrá que potenciar o manejar como una estrategia educativa, para que el niño realice todas aquellas actividades que se tienen previstas para conseguir su maduración psicosocial.

5.1. HÁBITOS RELACIONADOS CON LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS

En este apartado se incluyen todas aquellas tareas o actividades que van encaminadas a que el niño tenga cubiertas todas sus necesidades en relación con la alimentación, higiene, sueño, vestirse y desnudarse.

La alimentación

Durante la primera infancia el niño come sólo cuando siente la necesidad de comer y cuando ha comido suficiente no acepta más alimento.

Al cumplir un año, su dieta corresponde prácticamente a la de un adulto y posiblemente ya nos demande el que quiere comer sólo. Este hecho habrá que potenciarlo poco a poco hasta que vaya adquiriendo su total independencia.

Inicialmente, el niño debe hacer sus comidas fuera del horario de la familia, para poderle dedicar la atención y el cuidado que requiere.

Cuando el niño ya es capaz de ir comiendo solo, se le puede incorporar a comer con toda la familia, de este modo se sentirá más motivado y tenderá a imitar a los adultos.

Si el proceso se desarrolla con normalidad, el niño hacia los 5 años, puede comer sin ningún tipo de problema, tanto en su casa como fuera de ella.

¿Que objetivos se pretenden alcanzar con el fomento de este hábito?

- Intentar que la alimentación sea un medio para conocer el mundo que le rodea.
- Programar la alimentación como un medio educativo del desarrollo de los sentidos, además de como una actividad de carácter socializante.
- Conseguir que el niño adquiera pautas de comportamiento en la mesa.
- Llegar a ser capaz, a través del aprendizaje, de utilizar los cubiertos correctamente.
- Facilitar de forma correcta y controlada la ingestión de bebidas.
- Enseñar qué tipo de bebidas puede beber y en qué cantidades.

Procedimiento:

- Se debe regular el horario de las comidas, pues contribuye a favorecer el que el niño tenga apetito cuando le corresponde, y a fomentar la regularización de otras necesidades fisiológicas.
- El ambiente debe favorecer la adquisición de este hábito, para ello, es mejor que al menos hasta los 2 años el niño coma solo, para evitar distracciones y poder dedicarle una mayor atención.
- Se debe colocar al niño en una silla alta y cómoda, adecuada a la altura de la mesa, y donde pueda apoyar los pies cómodamente o bien en una «trona».
- Se dispone la comida en una bandeja con bordes altos para facilitar la estabilidad de todos los utensilios, se colocan los alimentos de forma que estén al alcance del niño.
- Los alimentos se le deben presentar de forma que le resulten atractivos, teniendo en cuenta su color, textura, etc. Además deben dársele pequeñas cantidades y en pequeños trozos, y si tiene más apetito se le va dando más alimento a lo largo de la comida.
- Poner inicialmente aquellos alimentos que son de su agrado y poco a poco irle introduciendo aquellos otros alimentos que no forman parte de sus gustos, hasta que vaya aceptándolos, en este caso se puede ir aumentando la comida en pequeñas cantidades.

– Evitar darle juguetes, cuentos, que vea la televisión, etc., durante las comidas, es decir, todo aquello que pueda distraerle de lo que está haciendo.

– Dejarle comer solo a medida que el niño va creciendo, evitando que coja los alimentos con las manos y cuando se estime conveniente se le puede incorporar para que coma con toda la familia.

– Progresivamente, a medida que va aprendiendo a comer se le va sensibilizando para que sea cuidadoso con las comidas, haciéndole recoger los alimentos si se le caen del plato.

– Si se mancha, se le limpiará después de la comida para irle creando la necesidad de que debe estar limpio.

– Es importante darle un tiempo razonable para comer, si se levanta de la mesa se entiende que ya ha terminado de comer, por lo que se le retirará el plato de comida.

Además de todos los aspectos señalados anteriormente, se utilizará el tiempo de las comidas para:

– Enseñar al niño el uso correcto de los cubiertos, de tal forma que una vez que es capaz de utilizarlos solo, no debemos ayudarle, aunque nos lo pida por comodidad.

– Controlar el manejo de recipientes que contengan bebidas, cantidades que debe beber y bebidas más adecuadas para el niño.

– Potenciar el comportamiento adecuado y correcto en la mesa, para que pueda llegar a ser autónomo y comer fuera de casa.

– Colaborar de manera voluntaria en la preparación de las comidas, de tal forma que se sienta motivado. Con el tiempo, y a medida que colabora, se le hará responsable de sus tareas, para que comprenda que es necesario y que los demás dependen para ciertas cosas de él.



Niño pequeño (de 2 años) sentado a la mesa o en una trona comiendo solo.

Años	Comportamiento en la mesa	Uso de cubiertos	Bebida
2-3	Come alimentos variados Come solo Necesita ayuda para finalizar Le cuesta comer lo que no le gusta Requiere uso de babero	Manejo irregular del tenedor y la cuchara	Bebe con vaso Se moja con facilidad
3-4	Aguanta con dificultad sin levantarse de la mesa Tiene que ir al baño Habitualmente come solo Se mancha cada vez menos	Manejo correcto del tenedor Manejo irregular de cuchara	Coge el vaso con un mano Bebe sin mojarse
4-5	Come todo lo que se le pone Empieza a utilizar la servilleta	Manejo correcto de la cuchara Manejo irregular del cuchillo	Se sirve solo la bebida de recipientes con poco peso
5-6	Aguanta la comida entera sin ir al baño No juega con la comida	Coordinación irregular de tenedor/cuchillo	Se sirve de botellas y jarras

Comportamiento del niño en relación con el hábito de la alimentación

El sueño y el despertar

El deseo de los adultos, tanto de los padres como de los educadores, es que el niño cuando se le mete en la cama se quede quieto, se relaje y se duerma.

Para fomentar este hábito será necesario que en el ambiente donde crece y se desarrolla el niño no se hable de las dificultades que experimentan ciertas personas tanto para despertarse como para dormirse.

Hay que tener la precaución de que el niño no tenga la sensación de que la cama es un lugar de castigo. Se le debe explicar que la cama es el sitio adecuado para dormir y donde el niño descansa después de las actividades realizadas durante el día.

¿Cuáles serán los objetivos a alcanzar?

- Hacer comprender al niño la necesidad de dedicar un tiempo para el descanso, para poder estar después en condiciones para realizar otro tipo de actividades. Las horas que necesita el niño para dormir, están en función de su edad y de las condiciones ambientales en las que crece y se desarrolla.
- Ayudar al niño a relajarse para hacer posible el descanso, para esto, será necesario explicarle al niño la necesidad de este tipo de descanso.
- Ir acostumbrando al niño a que con el tiempo no necesite la compañía de los demás para dormirse.
- Vencer el miedo y el temor a la soledad o a la oscuridad que puede aparecer en algún momento de su crecimiento.
- Intentar que comprenda que no todas las personas tienen que tener el mismo horario para irse a dormir.
- Ser responsable de la organización de todas sus actividades, a lo largo del día, para poder ir a dormir a la hora adecuada.

Procedimiento:

- Empezar por mantener un horario regular y adaptado a las necesidades particulares de cada niño, pues esto contribuye a desarrollar una actitud favorable frente al sueño.
- Realizar actividades tranquilizantes y de su agrado antes de acostarse (sueño nocturno), tales como: escuchar música suave, leerles un cuento, practicar juegos tranquilos. Con esto se pretende que el niño pueda dormirse con mayor facilidad.
- Cuando llega la hora de acostarse, es conveniente darle la instrucción de forma impersonal «es hora de acostarse», sin llegar a ser amable en exceso. Se debe mantener esta actitud aunque el niño no quiera irse a la cama e intente buscar excusas para retrarsarlo.
- Disponer el ambiente, de tal forma que se fomente el sueño, como mantener la habitación razonablemente ordenada, ya que le infundirá al niño una mayor tranquilidad.
- Si demanda algún tipo de juguete, se le debe permitir, siempre que éste no implique ningún tipo de riesgo. Es bueno que vaya cambiando de juguete, para evitar que se apegue fuertemente a alguno de ellos.

¿Cómo se debe acostar al niño?

- Si el niño es pequeño se le toma en brazos para meterlo en la cama.

- Se **coloca una barandilla** de protección para evitar que se caiga de la cuna/cama.
- Si el **niño es más mayor**, y puede subir solo a la cama se le dejará que lo haga.
- Es **conveniente** quitar de la habitación aquellas cosas que le puedan distraer a la hora de dormirse.
- No **olvidar** que el niño disfruta con el ritual que precede al momento de acostarse, pero no hay que permitir que este tiempo sea ilimitado. Podemos establecer, por ejemplo, las siguientes pautas:

Ir al **baño**.

Lavarse los **dientes**.

Beber un poco de **agua**.

Meterse en la cama con un **juguete**.

Dar **las buenas noches**, que pueden acompañarse de la lectura de un **cuento**, canto de una **canción**, etc.

¿Cuáles son los problemas más habituales que surgen a la hora de acostar al niño?

- **Generalmente** el niño protesta en el momento de acostarlo, por **motivos tan variados** como que quiere su juguete, quiere darnos un **beso**, nos tiene que decir algo, etc. Habrá que tratar de escucharle y atender sus **necesidades**, pero sin alargar demasiado la despedida, no hay que **olvidar** que el niño tiene que entender que debe dormir y por tanto quedarse solo en la habitación.

- No **deben confundirse** las protestas habituales que los niños emplean para **llamar la atención** de los adultos, para que permanezcan más tiempo a **su lado**, con la angustia que sufren muchos niños durante la noche.

Estos **problemas** suelen aparecer en los niños hacia los 2 años de edad, sobre **todo**, cuando hay cambios en su vidas. En estos caso, se debe permanecer a su lado hasta que se duerman, pero siendo cautos y estando al tanto para detectar cuándo el niño ya ha superado estas crisis de **angustia** y pasa a estar utilizando a los adultos para satisfacer sus caprichos.

- **Otras veces**, el insomnio se produce por causas poco llamativas, como que no quiere separarse de sus padres cuando van a salir, teme mojar la cama, etc. En estos casos, se debe mantener una actitud de **afecto** hacia el niño y hacer que se sienta seguro, no olvidando que **debemos ser enérgicos** y consecuentes con nuestros actos.

La siesta

Debe iniciarse inmediatamente después de la comida, sin que medie ninguna actividad que pueda llevar a interrumpirla.

La comida debe ser para ello una actividad tranquila, para que constituya el prelude de la siesta. Habrá que seguir las mismas pautas que se recomiendan para dormir al niño por la noche, teniendo en cuenta que se les debe dedicar un tiempo más breve.

En caso de surgir algún tipo de problema:

- Procurar que el niño se quede tranquilo y no se ponga a jugar.
- Sacar de la habitación todo aquello que pueda distraerle.
- Dejarlo solo en la habitación, aunque no duerma y sepamos que está jugando hasta un poco antes de levantarlo.
- Levantarlo transcurrido una hora aunque no haya dormido, para no dificultar el sueño nocturno.
- Cuando no haga la siesta, se le acostará antes por la noche, recordándole cuáles son los motivos por los que tiene que irse más pronto a la cama.
- Dar por terminada la siesta cuando consideramos que va a interferir con el sueño nocturno. En estos casos, levantar al niño haciendo que entre luz en la habitación o recordando algo que tiene que hacer.
- Cuando el niño ya no necesita de la siesta (aproximadamente a los 4 años), después de la comida se le facilitan juguetes o actividades que favorezcan e induzcan a la tranquilidad o bien se puede hacer que se eche en la cama a descansar. En cualquier caso, el tiempo de descanso no será más de una hora.

El despertar

Aunque esta actividad está relacionada directamente con la anterior, tiene una serie de connotaciones claramente diferenciadas.

¿Qué objetivos se pretenden conseguir?

- Hacer comprender al niño que al igual que hay una hora adecuada y más conveniente para irse a dormir, también hay una hora más adecuada para levantarse.
- Poder llegar a ser autónomo cuando se levanta, tanto para organizarse como para realizar las actividades que tiene programadas. Debe acostumbrarse a no necesitar la presencia constante e inmediata de los adultos.

Procedimiento:

- Empezar a vestirse antes de jugar o realizar otras actividades.
- Ir a despertar a los adultos, si lo desea o le está permitido.
- Colaborar en las actividades de la casa, como preparar el desayuno.
- Sólo si le está permitido, por ser un día de fiesta, podrá realizar otro tipo de actividades tales como: jugar, leer, etc.
- No olvidar que debe respetar el sueño de los demás, al menos durante un determinado tiempo.

Años	Dormir	Despertar
2-3	Puede dormir en cama sin protecciones	
3-4		Solicita la ayuda del adulto
4-5	No duerme habitualmente la siesta	Solicita esporádicamente la ayuda del adulto Empieza a organizar alguna actividad
5-6		Prescinde del adulto por un espacio corto de tiempo Acude a la cama de los adultos y les cuenta cosas

Comportamiento del niño en relación con el hábito de dormir y despertar

El vestirse y desnudarse

Generalmente, la mayoría de los niños hacia los 2 años de edad se interesan por el proceso de vestirse, aunque les resulta más difícil y lo realizan con bastante lentitud. Es decir, están motivados pero aún no tienen desarrolladas todas sus capacidades motoras, ni la habilidad y destreza necesarias, para realizar de forma correcta este tipo de actividades.

Si persistimos los adultos en realizar la tarea de vestir o desnudar al niño, éste perderá el interés por la misma y posteriormente será mucho más difícil que quiera colaborar y aprender este tipo de hábitos.

Es muy importante aprovechar este periodo en el que los niños se sienten interesados en vestirse solos para desarrollar y fomentar este tipo de habilidades.

El niño cuando es pequeño, adopta una actitud pasiva en su relación con el adulto. A medida que va creciendo se vuelve una persona más activa, no solo al corresponder a las caricias que recibe, sino también cuando se le cambia de ropa o se le viste. Por lo tanto habrá que potenciar esta actitud permitiendo que colabore en esta actividad, aunque esto suponga muchas veces un entorpecimiento en el ritmo de vida de los adultos.

Estas situaciones pueden evitarse, si los adultos organizamos la actividad con el tiempo necesario y vamos haciendo otras tareas aprovechando cuando el niño se está vistiendo, siempre que él sienta que estamos en una buena relación afectiva.

¿Qué objetivos se pretenden alcanzar?

- Desarrollar en el niño una actitud participativa tanto en el procedimiento de vestirse como de desnudarse.
- Conseguir cierto grado de desarrollo y coordinación motora que con el tiempo le permita ser una persona absolutamente autónoma.
- Estimular al niño y hacer que se interese por su aspecto general y por la estética. ✓
- Aprender a cuidar su ropa y valorar el orden y condiciones de la misma.

Procedimiento del vestirse

- Plantearle inicialmente al niño esta actividad como si fuese un juego.
- Utilizar ropas que faciliten el proceso de aprendizaje. Así, usaremos vestidos con cremalleras situadas en la parte de delante o con botones que no sean muy pequeños.
- El proceso de vestirse se llevará a cabo con mayor prontitud provocando en el niño que lo considere como una responsabilidad suya. Se le ayudará hasta que él solo sea capaz de llevar a cabo una parte cada vez mayor de esta tarea.
- Hay que conseguir que aproximadamente a los 4 años de edad sea capaz de hacerlo todo él solo, salvo anudarse los zapatos y abrocharse los botones de difícil manipulación.
- Cuando se lleva a cabo el procedimiento, se le pondrá cerca la ropa y se le puede ir preguntando lo que ha de ponerse primero, ayudándole en lo que vamos considerando necesario, aunque realicemos nosotros al principio casi todo el esfuerzo para vestirle, lo importante es irle inculcando el sentimiento de que es una tarea de la que debe ir responsabilizándose.

– Hay que alentarle a que cada vez realice una mayor parte del proceso, por ejemplo, se le puede estimular diciendo: «vamos a ver qué cosas sabes ponerte tú solo», frases como éstas estimulan al niño a poner mayor atención y empeño en la actividad.

– Es muy útil convertir en un juego la tarea de vestirse, por ejemplo variando el lugar donde se viste habitualmente, resulta muy eficaz utilizar la habitación de los padres.

– Se aprovechará este momento para irle diciendo el nombre de las distintas prendas, cuál es el derecho y el revés, hacerle comentarios de su aspecto general, de cómo y dónde debe dejar la ropa que se quita, con el objetivo de fomentar el sentido del orden y de la responsabilidad.

Procedimiento de desnudarse:

– Esta función es bastante mas fácil que la de vestirse, pero, sin embargo, como esta tarea se realiza en la última hora del día, cuando el niño ya está cansado, el procedimiento suele ser más lento y se suele realizar con desgana.

– Cuando se le presta ayuda hay que hacerlo de tal forma que comprenda que esta tarea es una responsabilidad suya, nosotros tan sólo le estamos ayudando si lo necesita.

– Debemos hacer compañía al niño, mientras se está desnudando. No suele resultar eficaz regañarle, es mucho más positivo recordarle que se está retrasando demasiado y que no le va a quedar tiempo, por ejemplo, para cantarle una canción, leerle un cuento, etc., en cuyo caso nos atenderemos a lo dicho.

– Cuando el niño se aprende a quitar una prenda no debemos volver a quitársela nosotros en otras ocasiones.

– Es importante aprovechar este momento para fomentar en el niño el sentido del orden y de la responsabilidad de su ropa, es decir, cómo dejar la ropa que tiene que volver a ponerse y dónde colocar la ropa sucia.



Niño/a de 6 años atándose los zapatos.

Años	Vertirse	Desnudarse	Aspectos del cuidado de la ropa
2-3	Empieza a ponerse prendas sencillas. A veces del revés Colabora cuando se viste. Se abrocha cremalleras	Se quita prendas fáciles Empieza a desabrocharse Colabora al desnudarse	Aún no es capaz él solo de cuidar su ropa
3-4	Se pone prendas sencillas Se abrocha botones fáciles	Se viste solo, aunque le cuesta ponerse algunas prendas	Cuida de sus ropas y es capaz de depositar la ropa sucia en el lugar definido Toma conciencia de su aspecto
4-5	Es capaz de vestirse solo Abrocha hebillas Es bastante autónomo Algunas prendas se las pone del revés	Si se le desabrocha se desnuda solo Algunas prendas le cuesta quitárselas, necesita ayuda	Es sensible con el estado de su aspecto Sabe sonarse Ordena la ropa limpia/sucia Interés por el aspecto del calzado
5-6	Se viste con agilidad Se inicia en hacer lazos	Se desnuda solo y si lo necesita pide ayuda	Se arregla y cuida de su aspecto Si no puede solo, pide ayuda Ayuda en la limpieza del calzado

Comportamiento *del niño* en relación con el hábito de dormir y despertar

Recuerda

Alimentación

- Se debe intentar que la alimentación sea un medio para que el niño conozca el medio que le rodea y aprenda pautas de comportamiento en la mesa.
- Al menos hasta los 2 años el niño debe comer solo y en un ambiente tranquilo.
- Se empieza dándole alimentos que le gustan y poco a poco se le dan otros nuevos.
- Se debe aprovechar para enseñarle al niño el manejo de los cubiertos, cómo beber en vaso y cómo comportarse en la mesa.

El sueño y el despertar

- Es importante acostar y levantar al niño siempre a la misma hora, haciéndolo que se haga en un ambiente relajado y agradable.

- No deben confundirse las protestas por no quererse ir a dormir con la angustia de las pesadillas nocturnas.

- La cama debe considerarse como el sitio al que se va a descansar o a dormir, no mezclarlo ni confundirlo con un sitio de juego.

Vestirse y desnudarse

- Se le debe plantear al niño como si se tratase de un juego para que le resulte atractivo y agradable.

- Hasta que el niño sea capaz de hacerlo él solo, le ayudarán los adultos. En cualquiera de los casos siempre se debe permanecer a su lado.

- Es importante aprovechar este momento para enseñarle dónde y cómo colocar la ropa que se quita

La higiene

Para fomentar en el niño este tipo de hábitos, puede empezarse por enseñarle a lavarse las manos, hecho que puede iniciarse hacia los 2 años de edad. En esta edad, es seguro que le va a encantar lavarse, pero será necesario nuestra ayuda y nuestra presencia, para irle enseñando de forma adecuada y controlar el fin de esta actividad.

El objetivo es ir inculcando en el niño el que su cuerpo necesita una serie de atenciones para mantener un buen nivel de salud y para facilitar la convivencia con los demás. El niño tiene que aprender las medidas de higiene que tiene que llevar a cabo para evitar los riesgos que pueden afectar a su salud. También se le debe enseñar la importancia que tiene su aspecto exterior en la relación con otras personas.

Es importante insistir en estos aspectos, ya que para inculcar estos hábitos en el niño se le pide unas determinadas habilidades y unas actitudes específicas. Será necesario la perseverancia de los adultos, para poder sensibilizar al niño y que entienda estas actividades como una necesidad y no como una imposición.

¿Qué objetivos pretendemos conseguir?

- Hacer comprender al niño la necesidad de cuidar de forma adecuada su cuerpo.

- Aprender las diferentes actividades para que el cuidado de su cuerpo sea el adecuado.

- Entender la importancia que tiene realizar diariamente este tipo de actividad, para conseguir el bienestar físico.

Lavado de manos

- El objetivo es iniciarle en el aprendizaje del lavado de manos.
- Se puede aprovechar esta actividad para que el niño se vaya familiarizando con la apertura y cierre del grifo, darse él solo jabón en las manos, aclararse y secarse. Siempre debemos estar nosotros pendientes del niño, ayudándole cuando la suciedad no se ha eliminado correctamente, dejando claro que ésta es una tarea suya, de la que debe hacerse responsable.

Baño

- Es importante enseñarle al niño que debe terminar completamente la higiene de su cuerpo antes de jugar con el agua y los juguetes de uso habitual. No olvidar mantener esta misma pauta cuando el niño es ya capaz de bañarse solo.
- Se puede plantear la tarea como si se tratase de un juego y si el niño siente curiosidad aprovechar para mostrarle y hablar de las partes de su cuerpo.

Lavado de dientes

- En cuanto el niño sea capaz de hacerlo, debe empezar con el uso del cepillo de dientes (deberá ser de cerdas blandas). No usar inicialmente dentífrico.
- El dentífrico se utilizará cuando el niño ya sea capaz de enjuagarse la boca correctamente.
- Los dientes se lavarán tanto por su cara externa como por su cara interna, incluyendo también la limpieza de las encías.
- Hay que fomentar el lavado de los dientes para que se realice después de cada comida y antes de acostarse.
- Se facilitará este tipo de conducta si la observa en los padres o personas que le rodean.

Año	Higiene corporal
2-3	Se lava las manos, pero necesita cierto control Le molesta que le laven la cabeza
3-4	Cuesta cortarle las uñas Participa activamente cuando se le baña Se lava correctamente las manos, pero no las muñecas
4-5	Se baña solo, pero con cierto control Sabe cuándo tiene que lavarse las manos Sabe cuándo tiene que lavarse los dientes, aunque necesita ayuda No llora cuando se le lava la cabeza
5-6	Se empieza a peinar si tiene el pelo corto Se lava solo los dientes Se controla el crecimiento de las uñas Se interesa por bañarse en la bañera

Comportamiento del niño en relación con el hábito de la higiene

Para que el aprendizaje se lleve a cabo de forma fácil, debemos ser muy sistemáticos en el procedimiento, pudiendo encadenar ciertas actividades para evitar que al niño se le olviden.

Así, al levantarse debe: ir al baño, lavarse la cara y las manos, lavarse los dientes y peinarse. Al mediodía y por la noche: ir al baño antes de sentarse a la mesa y lavarse las manos. Después de comer: lavarse las manos y los dientes.

Control de la evacuación

A lo largo de la historia han existido tendencias de lo más variadas y contradictorias en lo que hace referencia a la educación de los hábitos de eliminación, desde aquellos defensores que hacen hincapié en educar desde muy temprana edad para la adquisición de estos hábitos, hasta los defensores de pautas absolutamente tolerantes, influidos estos últimos por las ideas de Freud, que concedía gran importancia a la primera infancia del niño y a sus apetitos y placeres instintivos (entre ellos la defecación).

No hay duda qué de tener que optar por alguna de las pautas anteriores, es más conveniente vigilar en el niño los signos que indican su grado de madurez para irle educando en estos hábitos.

Generalmente, es necesario que un adulto sea el responsable de que el niño a los 2-3 ó 4 años de edad vaya en determinadas ocasiones al baño, dependiendo de sus características y pautas personales.

Es posible que el niño en edad **preescolar** esté tan absorto en sus juegos que se olvide de la necesidad **de ir al baño**, a no ser que alguien se lo recuerde.

¿Cuáles son los objetivos a conseguir en el planteamiento de este hábito?

- Que el niño vaya habituándose **a hacer** sus necesidades fisiológicas en el lugar destinado para ello.
- Inculcar la necesidad consciente **y el control** de ir al servicio siempre que tenga necesidad de ello.
- Aprovechar para fomentar y **complementar** el hábito de **la higiene corporal**.

Las edades en que normalmente **se controlan** estos hábitos son diferentes en función de que sea de **día o de noche**, o se trate de la eliminación de la caca o de la orina.

Período	Caca	Orina (pis)
Día	1-2 años	1,5-2,5 años
Noche	al año	2-3 años

Adquisición del hábito de ~~control~~ control de esfínteres

Procedimiento:

- Elegir el momento más adecuado **para iniciar** al niño en este hábito, nunca después de una enfermedad o **cualquier** cambio importante en su vida.
- Utilizar ropa fácil de manipular, que **permita** al niño quitársela el solo.
- Emplear inicialmente un retrete **portátil** o un orinal, para que el niño pueda utilizarlo él solo y sin ayuda.
- Tranquilizar al niño cuando se siente **angustiado** o preocupado ante la posibilidad de hacerse sus necesidades **en sus ropas**.

Eliminación de heces

- Hay que tener en cuenta cuándo **el niño** siente esta necesidad, si se presenta de forma regular o no, y si **adopta** una postura especial al sentir el inicio de esta necesidad.

- Empezar con un retrete portátil o bien con un orinal, para que el niño se sienta cómodo y seguro.
- Sentar al niño en el retrete o en el orinal cada día a la misma hora, explicándole que debe hacer la caca.
- Adoptar un aire natural y tranquilo, estando al lado del niño.
- Cuando el niño hace caca, se le levanta y se le muestra el resultado, si no evacúa, se le deja sentado unos 5 minutos más para ver si es capaz de hacerla.
- Siempre que se manche la ropa, se le limpia enseguida y se le cambia, evitando ponerse nervioso, enfadado o gritar. En cualquier caso, se le deja otro rato en el retrete, pues posiblemente no haya terminado su evacuación. En este caso se le muestra el resultado. Poco a poco irá asociando el evacuar con estar sentado en el retrete.
- Cuando el niño se ha acostumbrado a sentarse en su retrete, es conveniente trasladar el asiento portátil al w.c. del baño, para que poco a poco se vaya habituando a hacerlo en el que usan los adultos. Cuando el niño hace caca, se le limpia y se le seca. Se puede aprovechar para enseñarle a tirar de la cadena, primero con nuestra ayuda, hasta que pueda hacerlo él solo.

Eliminación de orina

- Todo cuanto se ha especificado para la eliminación de heces puede aplicarse igualmente para la eliminación de la orina.
- El momento más adecuado para educar al niño en la función correcta de eliminación de la orina es cuando la vejiga ya ha alcanzado un determinado grado de madurez, aunque este momento es muy variable y diferente para cada niño.
- Inicialmente es conveniente poner al niño en la taza del inodoro, cuando ya ha logrado mantenerse seco durante aproximadamente 2 horas. Gradualmente se va dejando mayor margen de tiempo para ponerlo a hacer pis.
- Cuando se ha comenzado con estas pautas, se le retira el pañal, pues con él no se da cuenta cuándo se está haciendo pis o cuándo ya se lo ha hecho. Es probable, que al principio nos avise después de que ya se ha mojado, pero hemos de tranquilizarnos, pues con el tiempo aprenderá a avisarnos antes de que esto ocurra.
- Poco a poco le iremos inculcando cuándo debe ir solo al baño (aproximadamente a las 2 horas de no haber hecho pis). Si a pesar de eso, al salir del baño se hace pis, se le cambia la ropa, sin enfadarse y nuevamente se le vuelve a poner en el baño, ya que es probable que el niño

se haya quedado con más ganas, por no haber vaciado completamente su vejiga.

– A medida que el niño crece, se le va enseñando para que intente hacer pis como lo hacen los adultos.

– Cuando se está en el proceso de control de eliminación de heces y orina, se puede aprovechar para enseñarle al niño otro tipo de hábitos tales como:

– Bajarse la ropa (calzoncillos, bragas, pantalones, etc.), primero con ayuda y después solo.

– Sentarse en el orinal y/o en el inodoro, primero con ayuda, después él solo.

– Tirar de la cadena, para hacer correr el agua de la cisterna.

– Aprender a subirse la ropa y terminar de vestirse.

Año	Control de eliminación
2-3	Controla la eliminación de heces y lo pide cuando tiene necesidad Controla el pis durante el día, pero no siempre lo pide
3-4	Utiliza el w.c. Controla el pis durante la noche. Sabe bajarse la ropa para ir al w.c. Sabe aguantarse las ganas de hacer caca A menudo va al w.c. solo, y empieza a limpiarse con papel después de hacer la caca
4-5	Empieza a espabilarse solo por la noche Puede aguantarse cuando tiene necesidades No siempre tira de la cadena Lo niños empiezan a hacer el pis de pie
5-6	Durante la noche se espabila solo, sin ayuda Se limpia bastante bien Tira de la cadena, pero aún hay que controlarlo

Comportamiento del niño en relación con el hábito de control de esfínteres

¿Cómo se controla la orina por la noche?

– Es mucho más difícil que el niño controle el pis durante la noche, pues no es consciente de lo que pasa y por tanto no es capaz de controlar-

lo. Muchas veces el control aparece de manera espontánea, después de un cierto tiempo, cuando ya es capaz de controlarlo durante el día.

– Para facilitar el proceso, es conveniente que no beba demasiado líquido durante la noche.

– A los 3 ó 4 años, aunque no controle totalmente este hábito, puede ser aconsejable quitarle los pañales, para que no pierda la motivación ni el deseo de superarse.

– Es importante que vaya al servicio antes de acostarse, para facilitar el que se levante seco por las mañanas.

– Si es necesario se le despertará una vez durante la noche, para que haga el pis.

– Si alguna vez se le escapa, no deben hacerse comentarios despectivos o de reproche. Tan sólo se le resaltarán los aspectos positivos y los intentos para superarse.

5.2. OTRO TIPO DE HÁBITOS

Además de todos los hábitos relacionados con la necesidades fisiológicas del niño, es importante planificar y programar otro tipo de actividades y tareas encaminadas al desarrollo personal e integral del niño, con el fin de conseguir su máximo desarrollo y su total independencia y autonomía en el entorno social en el que crece.

Dentro de este grupo de hábitos podemos incluir: el orden y la organización, las relaciones sociales, la responsabilidad y el llegar a ser capaz de estar solo.

El orden y la organización

Hay gran diversidad de pautas y planteamientos, cuyo objetivo es conseguir que el niño sea capaz de llegar a ser una persona ordenada y organizada.

No hemos de olvidar que el orden constituye una de las actividades cotidianas. Para que adquiera este hábito, hay que explicarle al niño lo que se pretende de él, buscando para ello motivaciones apropiadas y significativas, y por supuesto acompañarlo y ayudarlo en el proceso de organizar y poner en orden sus cosas, siempre que lo consideramos necesario.

¿Qué objetivos se deben plantear?

– Que el niño llegue a ser capaz de resolver cualquier situación, allí donde se encuentre.

- Ser consciente de sus necesidades, **para poder** dar la respuesta más adecuada por sí mismo, sin esperar a **que los** adultos se lo resuelvan.
- Inculcarle ideas positivas, a pesar de **que a veces** le salgan las cosas mal.
- Ser responsable de sus obligaciones, **aun** cuando tenga que pedir ayuda a los adultos.

Procedimiento:

- Puede empezarse, haciéndole **ordenar todos** los juguetes y otras cosas que tenga en su habitación o en **el espacio** que haya estado utilizando. En principio requerirá la ayuda y **supervisión** de los adultos.
- La labor se facilita, si se dispone de **cajas o cajones** accesibles, para guardar sus cosas, o bien el disponer **de un lugar** adecuado para dejar aquellas actividades que tiene sin terminar.
- Resulta bastante operativo hacerle **recoger** sus «cosas», cada vez que termina de jugar, de manera habitual **y no** de forma esporádica.
- Estimularle y ayudarle, sobre todo con **aquellos** juguetes que son complicados, para evitar que el niño sienta un **rechazo** por determinados juegos constructivos por la dificultad que **puede** conllevar el recogerlos y guardarlos.
- Ayudarle a organizar tanto sus **actividades** como su tiempo. Será él quien colabore en preparar las cosas **que necesita** para realizar cierta actividad, hasta que sea capaz de realizarla **sin** el control de los adultos.

Años	Orden en la habitación	Organización de tareas y actividades
2-3	Participa cuando se ordena su habitación. Ordena y guarda pequeños objetos	Puede hacer alguna tarea controlada por los adultos
3-4	Debe ayudar a guardar los juguetes Debe disponer de un lugar para sus cosas . Debe ordenar y guardar las cosas que utiliza.	Puede empezar a asistir a espectáculos infantiles
4-5	Suele ordenar las cosas que utiliza y en ocasiones cuida de los hermanos mas pequeños	Puede empezar a tener cierto orden en sus cosas Puede asistir a espectáculos infantiles y cine
5-6	Es capaz por sí solo de ordenar su habitación y guardar sus cosas en el lugar que les corresponde	Puede prepararse la bolsa de deportes, aunque es necesario que lo controle algún adulto Puede ir a casa de sus amigos a pasar un cierto tiempo.

*Comportamiento del niño en relación **con** el hábito de orden y organización.*

La responsabilidad

El niño nace y se desarrolla en su primera infancia en el seno de una pequeña comunidad que es la familia, en la cual suele ser el centro de atención. A medida que el niño va creciendo, se hace necesario el inculcarle la idea de que no siempre puede ser el centro de atención y además, que debe pasar a formar parte como un miembro más de la familia, con sus derechos y deberes.

Si le educamos con este planteamiento, le evitaremos en el futuro problemas de dependencias, inseguridad, inmadurez social y otro tipo de problemas.

¿Cuáles son los objetivos a alcanzar?

- Estimular el sentido de la responsabilidad.
- Demostrarle que forma parte de la comunidad y que debe colaborar en la organización y el tipo de tareas que se le asignen, en función de sus posibilidades.
- Asumir su responsabilidad de forma habitual y no esporádica, haciendo que los demás no tengan que preocuparse de las tareas que le corresponden a él.

Pueden programarse actividades de colaboración en poner y quitar la mesa, la limpieza, etc.

¿Cómo plantear la actividad de poner y quitar la mesa?

- Es necesario organizar las tareas entre todos los miembros de la familia.
- Los utensilios que se le dan al niño para poner la mesa, deben ser adecuados a sus características y a su grado de madurez.
- Cada persona retirará de la mesa todo lo que haya utilizado o aquellas cosas que se le asignen..
- Es conveniente la organización de actividades encadenadas, pues facilitan la adquisición de hábitos. Por ejemplo, al acabar de



Niño colaborando con sus padres, en el momento de poner la mesa.

comer poner los cubiertos dentro del plato, llevar las cosas a la cocina, tirar los restos al cubo de la basura, lavarse las manos y los dientes, etc.

La limpieza

– Las tareas o actividades relacionadas con la limpieza, que quiere llevar a cabo el niño, van a entorpecer el trabajo de los adultos.

– Es importante ir inculcando estas actividades desde que el niño es pequeño para aspectos muy puntuales y asequibles en relación con su edad.

Año	Responsabilidad en el hogar
2-3	Puede poner esporádicamente algunas cosas en la mesa Puede ayudar en tareas muy concretas, como regar flores etc
3-4	Puede colocar sistemáticamente cosas fáciles en la mesa
4-5	Puede ser el responsable de poner la mesa Puede responsabilizarse del cuidado de algunas cosas: flores, animales etc., pero con cierto control
5-6	Puede responsabilizarse de tareas como limpiar el polvo, lavabo etc Puede responsabilizarse del cuidado y limpieza de algún animal

Comportamiento del niño en relación con su responsabilidad en el hogar

Capacidad para estar solo

Cuando el niño adquiere una madurez suficiente, que le permite ser capaz de controlar ciertas situaciones y de dar respuesta a pequeñas actividades de la vida diaria él solo, o bien es capaz de buscar ayuda cuando lo necesita, es evidente que está en condiciones de asumir por

si solo determinadas responsabilidades, sin estar ya bajo el control de los adultos.

Esto le permite, además, que aprenda a adaptarse a la sociedad, comprendiendo mejor a las personas con las que se rodea.

Para conseguir todos estos objetivos es necesario primeramente enfrentar al niño a determinadas situaciones estando los adultos delante, posteriormente, hacerle ver las posibilidades que tiene de actuación comentando cuál de ellas es la mejor en función de sus características y las características del entorno en que se desarrolla.

¿Qué objetivos se deben plantear?

- Que el niño sea capaz de quedarse solo en la casa y además sea capaz de salir y desplazarse solo fuera de la misma.
- Tener la seguridad de que no necesita ser vigilado por los adultos, las situaciones las puede resolver solo.
- Demostrar que tiene el nivel suficiente de autonomía.
- Saber que los adultos confían en él, pues consideran que está capacitado para tomar iniciativas por su cuenta.
- Conocer el barrio o el entorno donde se mueve.
- Posibilitar al niño para que pueda relacionarse con los compañeros y amigos.

Procedimiento:

- Acostumbrar al niño a que los adultos pueden salir y él debe quedarse en casa, inicialmente en compañía de alguien, hasta que se estime que ya está en condiciones de poder quedarse solo.
- Es importante decirle previamente al niño la verdad de dónde y por qué los adultos tienen que salir y el por qué debe permanecer él en casa.
- Dejarlo en principio solo, durante cortos periodos de tiempo, para que no se le haga demasiado largo y difícil.
- Si tiene que salir a la calle, lo hará él solo después de un entrenamiento con los padres.
- Es importante enseñarle qué debe hacer si algún día se pierde, también enseñarle a coger transportes públicos.

Años	Estar solo en casa	Ir solo a la calle
2-3	No posible	No posible
3-4	Puede estar solo por la noche, durante poco tiempo y dejándolo en cama (él debe saberlo)	Puede empezar a asistir a espectáculos infantiles
4-5	Puede estar solo en casa mientras la madre está haciendo la compra (bastante rato)	Puede ir solo a comprar cosas sencillas
5-6	Puede estar solo por la noche, si se despierta no se preocupa	Puede ir a comprar cosas, aunque tenga que cruzar la calle (de una sola dirección)

Comportamiento del niño en relación con su capacidad para estar solo

La relación social

Quando se plantea la necesidad de que el niño establezca unas relaciones sociales, hacemos referencia al nivel de sociabilidad que consideramos tiene que adquirir para que pueda enriquecerse con la relación con los demás, bien sea a través del juego o de cualquier otro tipo de actividades o tareas.

Estas actividades van a tener repercusiones muy positivas, pero también le exigen que tenga que adaptarse a los demás y a las normas que rigen el grupo.

Para poder inculcar este tipo de hábitos es necesario que el niño tenga un cierto nivel de madurez y de autonomía que le permita no necesitar siempre de los adultos y poder relacionarse con sus iguales.

En el entorno de la familia, el niño aprende a abrirse al mundo y enfrentarse a él.

Quando empieza a comprender y asimilar las situaciones que se dan en la familia, puede estar en condiciones para adaptarse a otro núcleo social.

¿Cuáles son los objetivos?

- Conseguir que el niño pueda ampliar el círculo de relaciones, con el fin de enriquecerse a nivel personal.
- Acepte los inconveniente y contratiempos que pueden derivarse de la relación con otras personas.
- Amplíe sus puntos de vista, que le lleve a reflexionar y valorar sus puntos de vista y el de los demás.
- Aprenda a comunicarse con los demás, pudiendo establecer relaciones de amistad y no sólo de compañerismo.
- Entienda el funcionamiento social, para llegar a conseguir un buen nivel de relación con los demás.

Procedimiento:

- Sus primeras salidas deben hacerse a núcleos próximos a él: tíos, primos, vecinos, amigos, etc., es decir, con personas con las que exista cierto vínculo.
- Inicialmente, las salidas serán de corta duración, antes de poder ir a comer o dormir en casa de los amigos, o de otras personas.
- La situación es más fácil, cuando la salida es en casa de amigos o familiares, con los que también se relacionan los adultos, aunque paulatinamente debe estar preparado para ir a casa de los amigos del colegio, aunque no tengan relación con los adultos.

Año	Relaciones sociales
2-3	Puede quedarse en casa de familiares, o en su casa con una persona que lo cuide
3-4	Saluda a la gente en la calle Es capaz de coger el teléfono, pero no siempre se centra del mensaje
4-5	Trata de ser el centro de atención en las reuniones A veces se hace el tímido No habla con desconocidos
5-6	Saluda a la gente conocida Contesta adecuadamente al teléfono Si se le pregunta, responde con explicaciones Si se le marca el número de teléfono, llama a los conocidos y les da correctamente el mensaje

Comportamiento del niño en relación con el hábito de relaciones sociales

Recuerda

La higiene

- El niño debe aprender las medidas de higiene, para evitar los riesgos que pueden afectar a su salud.
- Debe aprender a lavarse las manos, a realizar toda su higiene corporal, a lavarse los dientes y a cuidarse las uñas.
- Es importante que el procedimiento sea sistemático para facilitar el proceso de aprendizaje.

Control de esfínteres

- El niño debe acostumbrarse a realizar sus necesidades fisiológicas, primero en un orinal o retrete portátil y después en el inodoro.
- Se debe sentar al niño en el orinal todos los días y a las mismas horas, en un ambiente que sea acogedor y relajado.
- Durante el proceso de control de esfínteres se puede aprovechar para enseñarle a bajarse la ropa y después vestirse, a sentarse en el orinal o en el inodoro y a tirar de la cadena.

Otros hábitos

Orden y organización

- Debe aprender a recoger todos sus juguetes y a mantener su habitación ordenada.
- Colaborará en poner y quitar la mesa y en el mantenimiento del orden y limpieza de la casa.

Capacidad para estar solo

- Hay que enfrentar al niño a situaciones nuevas bajo el control de los adultos para ver su capacidad de reacción y de desenvolverse.

Relaciones sociales

- Se deben fomentar cuando tenga cierto grado de madurez.
- Se le permitirá salir inicialmente con personas de su entorno más cercano y durante un período corto de tiempo.
- A medida que va madurando y adquiriendo seguridad ampliará su círculo de relaciones.

Ejercicios

5. Elaborar un esquema que refleje los aspectos más significativos del procedimiento para la adquisición del hábito de la alimentación y de la higiene corporal.
6. Describir las pautas que hay que tener en cuenta en el procedimiento para acostar al niño.
7. Enumerar los puntos más importantes en relación con el hábito de vestirse y desnudarse.
8. Realizar un esquema del procedimiento del control de esfínteres.
9. Comentar de forma razonada los objetivos más significativos del proceso de socialización.

Prueba de Autoevaluación

- 1 ¿Cuál es el planteamiento de la teoría estructuralista en relación con el desarrollo?
- 2 Identifica cada uno de los patrones de conducta según A. Gessel.
- 3 ¿Cuáles son las diferencias entre el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante o instrumental, según la teoría conductista?
- 4 ¿En qué se basa la teoría cognitiva de Piaget para explicar el proceso de aprendizaje?
- 5 ¿En qué se basa el proceso de aprendizaje?
- 6 ¿Qué hay que tener en cuenta cuando se establecen las normas para facilitar la convivencia entre los componentes de un grupo?
- 7 ¿Qué es necesario tener en cuenta para estimular y facilitar al niño la posibilidad de adquisición de los hábitos?
- 8 ¿Qué es capaz de hacer el niño de 2-3 años, en relación con el hábito de vestirse y desnudarse?
- 9 ¿Cuáles son las características del proceso de socialización del niño de 5 ó 6 años?
- 10 En relación con el hábito de comer y estar en la mesa. ¿Cuál es lo más característico en un niño de 3-4 años?

FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD

4

*ALIMENTACIÓN
Y NUTRICIÓN
DEL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS*

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

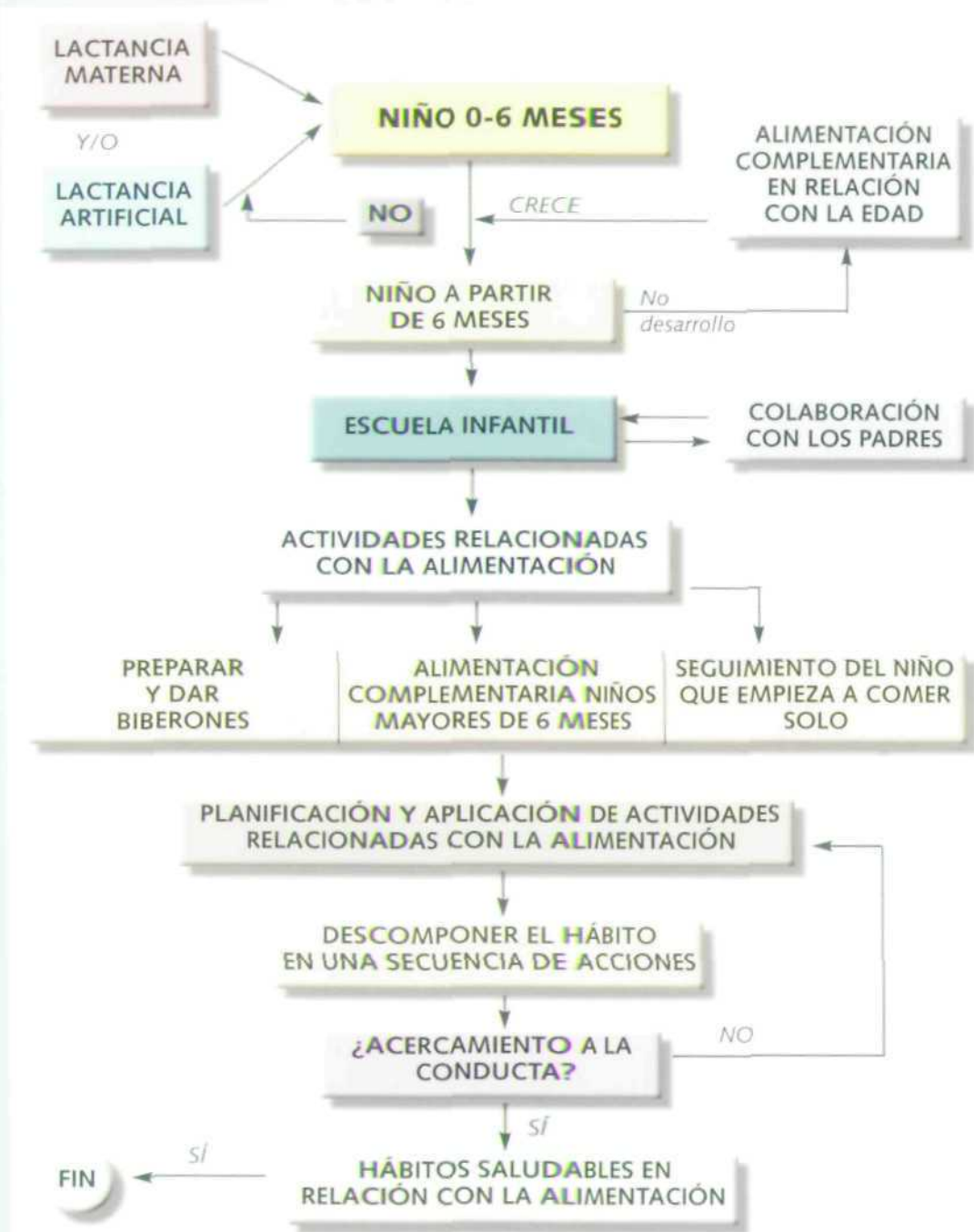
Imprime: Gráficas VARONA, S.A.

UNIDAD 4

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO DE 0 A 6 AÑOS



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	7
1.1. Funciones de los alimentos. Alimentos y nutrientes	9
1.2. Alimentos y sustancias nutritivas	11
1.3. Necesidades nutricionales del niño	18
2. ELABORACIÓN DE DIETAS	25
2.1. Menús elaborados en función de la edad ...	25
2.2. Horarios más recomendables	28
2.3. Errores alimentarios más frecuentes	29
3. MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS	33
3.1. Preparación de biberones	34
3.2. Administración y limpieza de biberones	35
3.3. Preparación de papillas	36
4. TRASTORNOS Y DIFICULTADES DEL NIÑO ANTE LAS COMIDAS	41
4.1. Actitud del niño ante la comida	41
4.2. Trastornos más frecuentes	43
5. DESARROLLO DE HÁBITOS PARA UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN	47
5.1. Higiene alimentaria	47
5.2. Comedores escolares	51
5.3. Colaboración entre padres y educadores ...	54
6. PROGRAMACIÓN POR OBJETIVOS PARA QUE EL NIÑO APRENDA A COMER SOLO	57
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	60



Introducción

La alimentación es una de las necesidades primarias del niño para que éste crezca y se desarrolle de forma adecuada.

Tanto los educadores infantiles como los padres tienen la responsabilidad de ir inculcando en el niño/a la adquisición de hábitos alimentarios saludables, debido a que tienen una repercusión sanitaria inmediata, siendo una forma e instrumento para promover la salud en los niños.

Al realizar esta labor se debe intentar que el niño goce de las condiciones de nutrición más adecuadas, según cada etapa de crecimiento y estado de desarrollo, físico y psicológico.

Es fundamental que los educadores trabajen en colaboración con los padres y se planteen ambos un objetivo consensuado en relación con la promoción y desarrollo de las conductas alimentarias más adecuadas para sus hijos, de esta forma se evitará que los padres se sientan examinados y supervisados en cuanto a sus hábitos alimentarios y vivencien la actitud de los educadores como una intromisión en la vida y costumbres familiares.

Es conveniente volver a repasar la Unidad de Trabajo 3, relacionada con los hábitos, para facilitar y comprender

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Establecer las diferencias entre alimentación, nutrición y dietética.
- Explicar las principales funciones de los alimentos.
- Describir las características de la lactancia materna y la lactancia artificial.
- Determinar la diferencia entre un niño anoréxico y un niño con poco apetito.
- Seleccionar los alimentos más adecuados para elaborar dietas sanas y equilibradas.
- Describir los errores que con mayor frecuencia se cometen en el proceso de alimentación infantil.
- Identificar y seleccionar todo el material necesario para la preparación de biberones y papillas.
- Emplear la técnica más adecuada en la preparación y administración de biberones y papillas.
- Promover la instauración en el niño de hábitos alimentarios correctos.
- Aplicar los procedimientos más adecuados para el desarrollo de hábitos saludables en los niños en relación con la alimentación.
- Seleccionar las pautas más adecuadas para favorecer y facilitar la colaboración entre padres y educadores en relación con la alimentación del niño.

mejor **todos** los contenidos descritos en esta **Unidad**.

Al final **de la** Unidad (apartado 6), se propone, **a** modo de ejemplo, una programación **por** objetivos para la adquisición **del** **hábito** relacionado con la alimentación: «aprendizaje del niño a

comer sólo». Es, sin duda alguna, un programa orientativo, que puede ser modificado en todos sus aspectos, teniendo en cuenta: las características de los niños a los que se aplica, la actitud y participación de los padres, características del educador y de la escuela.

Alimentación y nutrición

Los seres vivos, para mantener su actividad vital, requieren alimentarse. Es decir, necesitan incorporar desde el exterior una serie de sustancias, los alimentos, que les hagan crecer y/o contrarresten las pérdidas fisiológicas que origina el funcionamiento de todos sus órganos.

La energía que suministran los alimentos se destina a:

- Realizar un trabajo mecánico.
- Mantener los tejidos de todo el organismo.
- Crecimiento y desarrollo.

Para que el organismo se mantenga en estado de equilibrio, la energía que se consume debe ser igual a la utilizada. Es decir, las necesidades energéticas diarias deben ser iguales al gasto energético diario total.

¿Qué son los alimentos?

Son productos de origen diverso (animal, vegetal y/o mineral) que contienen las sustancias indispensables para el desarrollo adecuado del organismo. Mediante una serie de reacciones bioquímicas se transforman en sustancias más sencillas, fácilmente incorporables a los distintos procesos y tejidos necesarios para la vida. Esto es, que se emplean o pueden emplearse apropiadamente para la nutrición humana.

Algunas sustancias como el agua, las sales minerales y el oxígeno, siendo igualmente imprescindibles para la vida, no responden estrictamente a la definición anterior y, sin embargo, tienen un papel de gran importancia desde el punto de vista nutricional.

¿Cuál es la diferencia entre alimentación y nutrición?

La alimentación es un proceso voluntario, mediante el cual elegimos los alimentos y la forma de consumirlos, según apetencias, hábitos, clima, etc. Es el modo en que se proporcionan al organismo aquellos alimentos que le son imprescindibles.

Comprende todas aquellas funciones que tienen como objetivo principal el aporte de las sustancias que permitan al cuerpo alcanzar, de acuerdo con sus características genéticas y raciales, sus máximas potencialidades.

Es uno de los instrumentos más eficaces para la prevención de enfermedades, en especial, las denominadas *carenciales*, y la promoción de la salud. Una alimentación adecuada favorece que el desarrollo físico e intelectual sean correctos.

Incluye todos los procesos voluntarios mediante los cuales el ser humano proporciona a su organismo las sustancias que necesita: su modificación, preparación, cocinado, masticación, etc. Y, puesto que la alimentación es voluntaria, es susceptible de variación y, en consecuencia, podemos incidir sobre ella mediante la educación. En realidad, existen tantas fórmulas alimentarias como culturas, hábitos, tradiciones o gustos podamos encontrar.

La *nutrición* es un proceso involuntario por el que los nutrientes y otras sustancias ingeridas se incorporan al organismo (medio interno), para cumplir funciones energéticas, plásticas y/o reguladoras.

Consiste en un conjunto de fenómenos químicos, fisiológicos y bioquímicos, cuyo resultado final es el aprovechamiento de los nutrientes por el organismo, bien mediante la transformación en elementos más simples, dando lugar a la producción de energía y eliminación de elementos de deshecho, o bien mediante su incorporación como elementos estructurales del organismo o como elementos de reserva.

Este término también se aplica a la ciencia que determina la cantidad y calidad de los alimentos precisos para que el organismo cuente con las sustancias necesarias que le permitan su correcto funcionamiento.

Puede considerarse la nutrición, según una definición ya clásica, como «la ciencia de los alimentos, los nutrientes y otras sustancias afines; su acción, interacción y equilibrio en relación con la salud y la enfermedad; y los procesos mediante los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias. Además, la nutrición debe ocuparse de ciertas implicaciones sociales, económicas, culturales y psicológicas de los alimentos y el comer».

Es evidente, que ambos conceptos (alimentación y nutrición) están estrechamente relacionados, pero conservan connotaciones particulares. La nutrición depende de la alimentación y, dado que el ser vivo siempre emplea aquello que le llega en forma de alimento para una nutrición adecuada, es imprescindible una alimentación correcta.

¿Qué se entiende por dietética?

Es la aplicación al ser humano, de forma individual o colectiva, de todos los principios científicos establecidos en la nutrición. Este término hace referencia a su aplicación a seres humanos sanos, para diferenciarlo de la *dietoterapia*, que es la aplicación a personas enfermas.

La dietética ha adquirido un gran auge en nuestro tiempo pues trata de profundizar en el conocimiento de los procesos nutricionales para aconsejar la alimentación más adecuada según cada momento y circunstancia.

Hemos de desechar la idea de alimentarnos según la tradición, la moda o los usos, más o menos arraigados en nosotros, que en su mayoría han sido aprendidos en la familia y transmitidos durante varias generaciones sin someterlos a un análisis crítico. Las actividades cotidianas son realizadas cada vez con menor esfuerzo y menor consumo de energía. Esto implica una reducción respecto al aporte calórico que aquellas antiguas dietas contenían, debido al gran consumo energético que los trabajos agrícolas o de cualquier otra índole conllevaban.

Una buena educación dietética produce numerosos y distintos beneficios inmediatos: desde el desarrollo adecuado de los individuos, pasando por el ahorro en el consumo de determinados alimentos, hasta la eliminación o disminución del gasto para el tratamiento de enfermedades provocadas por dietas equivocadas.

1.1. FUNCIONES DE LOS ALIMENTOS. ALIMENTOS Y NUTRIENTES

Hemos de distinguir entre alimentos y nutrientes.

El organismo satisface sus necesidades básicas a partir de las sustancias simples o nutrientes contenidas en los alimentos.

Los nutrientes presentes en los alimentos pertenecen a categorías químicas y biológicas muy variadas y pueden ser utilizados como material energético estructural o como agentes de control de reacciones propias del organismo.

Se pueden clasificar en 3 grandes grupos:

Principios inmediatos, que a su vez incluyen:

– *Hidratos de carbono, glúcidos o azúcares*

Son los constituyentes más abundantes de gran parte de los alimentos. Están compuestos por carbono, hidrógeno y oxígeno.

– *Lípidos o grasas*

Son un conjunto de nutrientes que se caracterizan por ser insolubles en el agua y solubles en disolventes orgánicos. Son indispensables para la vida.

– *Proteínas*

Están compuestas por carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y en ocasiones fósforo y azufre. Constituyen un elemento básico en la organización y funcionamiento de los tejidos.

Oligoelementos, que incluyen:

- *Vitaminas*: Son sustancias que necesita el organismo y que no puede sintetizar o lo hace en cantidades insuficientes.
- *Minerales*: Son los elementos inorgánicos de la dieta que al igual que las vitaminas no pueden ser sintetizadas por el organismo, siendo necesario ingerirlas con los alimentos.

Agua: Se administra al organismo, ya sea ingerida como bebida o como componente de otros líquidos o de cualquier otro tipo de alimentos. Es imprescindible para la vida.

¿Cuáles son las funciones de los alimentos (nutrientes)?

Función energética:

Debido a que aportan la energía necesaria para el mantenimiento del conjunto de las reacciones bioquímicas inherentes a la vida. Los alimentos nos proporcionan la energía necesaria para vivir, trabajar, crecer, etc.

Esta función la realizan las sustancias ricas en calorías contenidas en los alimentos energéticos, (aceites, grasas, cereales, arroz, maíz, pan, etc.). Los nutrientes principales que realizan esta función son los lípidos, los hidratos de carbono y las proteínas que, a pesar de tener como función principal la plástica, también aportan energía.

Por cada gramo, el aporte de calorías es el siguiente:

Hidratos de Carbono	9 cal.
Grasas	9 cal.
Proteínas	4 cal.

Función reguladora:

Pues ativan las reacciones bioquímicas nutricionales, actuando como catalizadores.

Ponen en marcha las funciones de nuestro cuerpo, su mantenimiento y regulación, acelerándolas o frenándolas según las necesidades.

Esta función la realizan las sustancias nutrientes contenidas en los alimentos reguladores tales como las frutas y verduras. Son, fundamentalmente las vitaminas y algunas sales minerales, etc.

Función plástica:

Es la aportación de los materiales necesarios para formar los tejidos nuevos y para reparar los desgastados. Consiste en la construcción de los tejidos (muscular, óseo, etc.).

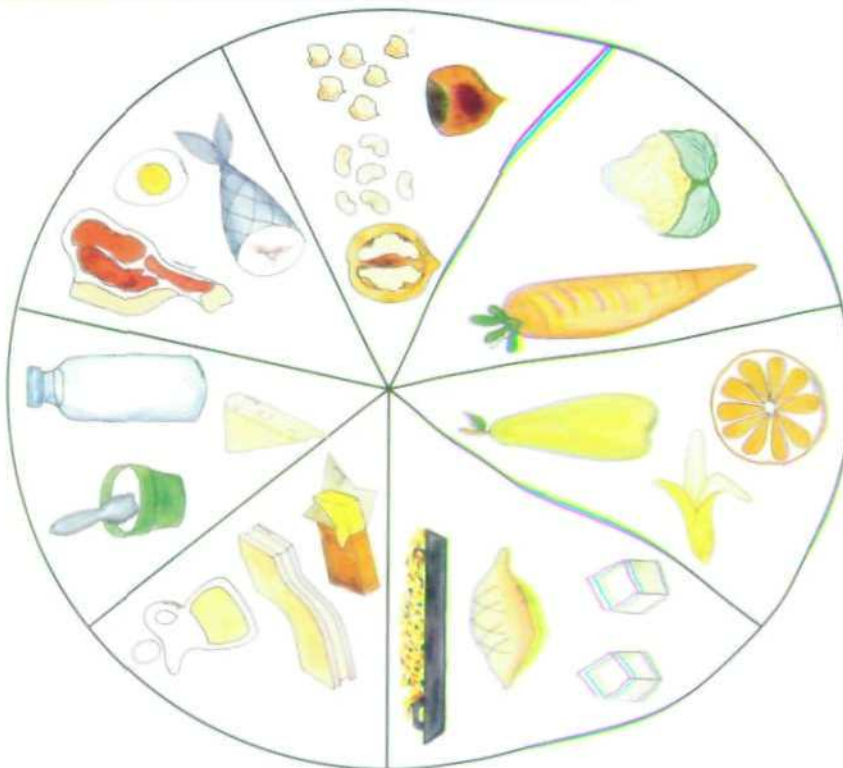
Esta función la realizan las sustancias **nutrientes** contenidas en los alimentos plásticos tales como la leche, los **huevos**, **el** pescado, etc. Esos nutrientes son las proteínas, las sales de **calcio**, **algunas** sales minerales, etc.

1.2. ALIMENTOS Y SUSTANCIAS NUTRITIVAS

Para ofrecer a la población a la que van **destinados** los alimentos una información adecuada, suficientemente **sencilla** **que** le permita alimentarse en función de sus disponibilidades, **se** **reunieron** los alimentos por grupos como una necesidad metodológica **de** **los** **programas** de educación alimentaria y nutricional.

Los criterios utilizados para esta clasificación **son** **la** similitud en cuanto a su contenido en nutrientes, cantidades **recomendadas** de ingestión, y fomento o disminución de ciertos consumos, **entre** **otros**.

Los grupos de alimentos difieren de unos **países** **a** otros, aunque el objetivo es unificar criterios y plantear una **clasificación** internacional.



Rueda de los alimentos

En España en 1978, el Programa de Educación en Alimentos (EDALNU) propuso su conocida Rueda de los Alimentos, agrupando a éstos en siete grandes grupos:

GRUPO	ALIMENTOS	PRINCIPALES NUTRIENTES
1	Leche, queso y derivados lácteos	Proteínas y calcio
2	Carnes, huevos y pescados	Proteínas, hierro y vitaminas A y B.
3	Legumbres, tubérculos y frutos secos	Proteínas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas
4	Verduras y hortalizas	Sales minerales y vitaminas A y C
5	Frutas	Hidratos de carbono, sales minerales y vitaminas A y C
6	Azúcares, cereales y pastas	Hidratos de carbono y vitamina B
7	Aceites, mantequillas, margarinas y grasas	Grasas y ácidos grasos

El agua ha de incluirse como parte de la alimentación. Siendo indispensable para la vida, su aporte ha de incrementarse en regiones calurosas y secas.

Los requerimientos de agua también varían con la edad. Mientras que el adulto sólo necesita entre 50 y 30 ml por día y kilo de peso, el lactante precisa entre 150 y 100 ml.

Los ritmos de crecimiento y desarrollo marcan distintas necesidades nutritivas. La alimentación, por lo tanto, deberá variar atendiendo a esos ritmos y de acuerdo con otros factores, tales como las condiciones generales de vida, el clima o el estado de salud.

Tabla de composición de los alimentos**LECHE** (Cantidad por 100g, descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Leche de vaca	-	65	3	3,3	120	0,1	120	0,04	0,2	0,1	2
Leche de cabra	-	90	6	3,9	190	0,2	25	0,05	0,2	0,3	1
Leche en polvo entera	-	490	27	26	920	0,6	1.000	0,30	1,4	0,8	4
Leche en polvo descremada	-	350	1	36	1.200	0,6	40	0,35	1,9	1	6
Leche condensada	-	325	8,4	8,1	280	0,4	400	0,07	0,4	0,2	1
Yogurt	-	62	3,5	3,8	145	0,2	70	0,05	0,21	0,1	-
Queso de Burgos	-	215	15	19	210	0,3	40	0,02	0,30	0,1	-
Queso Manchego	-	310	23,5	24,1	400	1	300	0,05	0,47	0,4	-
Queso Gruyère	-	420	33	30	700	1	400	0,01	0,45	0,1	-
Queso de porciones	-	191	15	10	110			-	0,3	0,1	1,5

CARNES (Cantidad por 100g, descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Carne de vaca (semigrasa)	16	250	19	18	10	2,5	40	0,06	0,16	3,7	-
Carne de ternera (magra)	20	156	8	19,5	11	2,4	20	0,14	0,25	6,3	-
Carne de cerdo	16	280	25	15	8	1,7	-	0,60	0,20	3	-
Carne de cordero	30	280	24	16	10	1,8	-	0,2	0,25	4	-
Pollo (completo)	36	200	15	18	12	1,5	-	0,10	0,16	8	-
Conejo	20	160	10	20	16	2,4	-	0,05	0,18	8	-
Jamón serrano	-	170	4,4	33	48	1,4	-	0,15	0,15	4,3	-
Chorizo	-	210	12	24	30	3,5	-	0,20	0,15	3	-
Jamón de York	-	454	46	17,2	14,2	1,6	-	0,75	0,28	4,25	-

PESCADO (Cantidad por 100g, descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Atún fresco	50	180	10	20	38	1,2	100	0,1	0,2	2,5	-
Atún en conserva	-	300	22	25	340	2,2	100	0,05	0,38	7	-
Sardinas	30	160	6,5	22	100	3	100	0,08	0,21	3	-
Besugo	50	100	3,6	17	30	0,8	-	0,06	0,08	2,2	-
Gallitos	50	85	1,3	18	30	0,8	-	0,07	0,08	2	-
Pescadilla	50	75	0,5	17	28	0,8	-	0,06	0,08	2,2	-
Bacalao seco	30	310	5	62	93	2,5	-	0,12	0,25	6	-
Gambas	60	100	3	18	110	1,8	-	0,08	0,15	2,4	-
Mejillón	60	62	1,6	9,8	88	5,8	180	-	-	-	-
Calamares	30	80	1	14	144	1,7	250	0,07	0,16	1,4	-

HUEVOS (Valor comparativo con otros alimentos)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Huevo de gallina (100 g útiles 2 piezas sin cascara)	160	12	12	60	3	1.000	0,15	0,30	0,1	-	-
Leche 200 c.c.	-	130	16	6,6	240	0,2	240	0,08	0,4	0,2	4
Merluza 150 g	55	80	0,5	19	30	0,8	-	0,05	0,1	3	-
Ternera 120 g	20	156	8	19,5	8	2,4	20	0,14	0,25	6,3	-

UNIDAD 4 Alimentación y nutrición del niño de 0 a 6 años

LEGUMBRES (Cantidad por 100g. descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Garbanzos	-	360	6,5	20	130	8	150	0,45	0,18	1,6	-
Judías blancas o pintas ..	-	330	2,5	20	130	7	30	0,35	0,20	2	-
Lentejas	-	320	2	22	60	7	100	0,40	0,20	21	-
Guisantes secos	-	346	2	22	60	5	100	0,55	0,15	2,5	-
Habas secas	-	330	2	25	100	5	100	0,50	0,30	2,3	-
Patatas	15	85	0,1	2	10	0,6	-	0,1	0,03	1,5	20

VERDURAS Y HORTALIZAS (Cantidad por 100g. descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Aceugas	20	22	0,3	2	100	2,5	2.800	0,05	0,06	0,4	35
Coliflor	40	30	0,3	3	25	1	100	0,15	0,10	0,6	75
Espinacas	20	25	0,3	2,3	80	3	10.000	0,1	0,2	1	50
Judías verdes	10	39	0,3	2,4	56	1	500	0,08	0,1	0,5	15
Lechuga	30	16	0,2	1,3	30	0,8	2.000	0,04	0,08	9,2	18
Pimiento rojo	20	30	0,3	1,4	8	0,7	1.000	0,07	0,08	1	100
Tomate	3	20	0,3	1,4	8	0,7	1.000	0,07	0,04	0,5	20
Alcachofa	50	50	0,2	3	50	1,5	280	0,2	0,01	0,8	5
Zanahoria	20	40	0,2	1,5	40	0,7	10.000	0,06	0,04	0,7	5
Repollo	30	25	0,2	1,6	50	0,4	100	0,07	0,05	0,3	50

FRUTAS (Cantidad por 100g. descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Naranja	30	42	0,2	1	33	0,4	200	0,08	0,20	0,2	55
Plátano	30	100	0,3	1,3	10	0,5	100	0,05	0,04	0,6	8
Pera	18	60	0,3	0,6	10	0,3	20	0,02	0,04	0,1	5
Manzana	16	55	0,4	0,4	6	0,3	100	0,04	0,03	0,2	4
Melocotón	12	55	0,2	0,8	10	0,6	1.000	0,02	0,05	0,9	8
Albaricoque	8	54	0,2	1	20	0,5	3.000	0,04	0,06	0,7	10
Melón	40	25	0,2	0,7	20	0,5	1.200	0,05	0,04	0,6	30
Fresas	5	40	0,6	0,8	28	0,8	60	0,03	0,07	0,3	60
Cerezas	10	60	0,4	1,1	20	0,4	650	0,05	0,06	0,4	10

DULCES (Cantidad por 100g. descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Azúcar	-	400	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miel	-	300	-	0,3	5	0,8	-	0,04	0,14	1,2	3
Mermeladas	-	300	0,3	1	12	0,3	-	0,02	0,02	0,02	-
Chumos	-	408	20,1	6,3	69	0,6	120	0,15	0,12	12	-
Magdalenas	-	490	24	5,5	-	-	-	-	-	-	-
Bollo Suizo	-	360	0,8	7	10	1,1	-	0,08	0,03	1,7	-
Galletas	-	380	7	7	45	1,2	-	0,07	0,05	1	-
Dulces (en general)	-	292	2,1	0,6	16	0,4	10	0,02	0,02	0,2	5,7
Caramelos	-	597	-	-	-	-	-	-	-	-	-

CEREALES (Cantidad por 100g. descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Pan trigo (blanco)	-	280	0,8	8	30	11,44	-	0,11	0,06	1,1	-
Pan trigo (integral)	-	286	1,5	9,4	50	3,66	-	0,19	0,13	2,2	-
Macarrones, fideos	-	360	0,6	10	20	11,11	-	0,12	0,05	1	-
Arroz	-	360	0,8	7	10	11,11	-	0,08	0,03	1,7	-
Maiz (grano)	-	360	4,3	9,4	8	2,55	450	0,43	0,10	1,9	-
Pan de centeno	-	261	0,7	9,2	38	2,88	-	0,19	0,08	1,1	-

GRASAS (Cantidad por 100g. descontando el desperdicio)

Alimentos	Desperdicios %	Calorías	Grasas g	Proteínas g	Calcio mg	Hierro mg	Vit. A U.I.	Vit. B mg	Vit. B mg	Niacina mg	Vit. C mg
Aceite puro de cualquier clase	-	884	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Mantequilla	-	720	82	0,6	17	0,11	3.200	-	-	-	-
Margarina	-	760	81	0,6	3	0,3	-	-	-	-	-
Tocino	-	760	82	3	5	1	-	0,15	0,04	0,9	-
Manteca de cerdo	-	825	92	-	-	-	-	-	-	-	-
Mahonesa	-	718	79	1,1	18	0,5	280	0,02	0,04	-	-

¿Qué se entiende por alimentación equilibrada?

La cantidad de sustancias nutritivas que el organismo consume y que los alimentos le proporcionan viene determinada por el peso. El tipo de actividad que realiza y el momento del ciclo vital en que se encuentra. Teniendo en cuenta todos estos factores, es evidente que un niño necesitará, en porcentaje, más sustancias nutritivas que un adulto pues está en plena fase de desarrollo y crecimiento de su organismo y, por ello, las necesidades de tipo nutricional de un niño son más importantes cuanto más acelerado sea el proceso de crecimiento.

Pero, incluso para mantener en el mínimo la actividad muscular o la temperatura basal constante es preciso un cierto consumo energético.

En la siguiente tabla se recogen las kilocalorías necesarias por cada kilogramo de peso, cada 24 horas, en función de la edad.

Kilocalorías necesarias / Kilo de peso	Edad
100-110	Hasta 1 año
90-100	De 1 a 3 años
85-90	De 4 a 6 años

La tarea de padres y educadores estará en conseguir que los niños tengan una alimentación suficiente y adecuada en función de su edad, su sexo y la actividad física y/o psíquica que desarrollen.

En general, se puede aceptar como apropiada toda dieta que contenga uno o dos alimentos de cada grupo (de la clasificación de la rueda de los alimentos) y que respete una relación entre los nutrientes.

De tal modo que:

- El 50-60% de las kilocalorías deberían proceder de los hidratos de carbono.
- El 25-35% de las grasas.
- El 15% de las proteínas.

¿Cuándo se considera que una alimentación está equilibrada?

Para considerar que una alimentación está equilibrada tiene que aportar:

- Calorías: proporcionadas por los azúcares, las féculas y las grasas.
- Proteínas: proporcionadas por la leche, los derivados lácteos, las legumbres, los huevos, la carne y el pescado.
- Minerales: proporcionados por las verduras, la leche, los derivados lácteos, los huevos, la carne y el pescado.
- Vitaminas: proporcionadas por las verduras, las frutas, los cereales completos, los tubérculos y las legumbres, aunque también la leche, sus derivados y las carnes aportan ciertas vitaminas.

Alimento	1-3	4-6	7-9	10-12	Número de raciones al día o a la semana
Leche	200 cc	200cc	250 cc	250 cc	2-3 veces al día
Queso	30 g.	30 g.	50 g.	80 g.	En sustitución de una ración de leche
Carne pollo, vísceras	20-60 g.	70 g.	100 g.	150 g.	3 veces por semana
Pescado	50-100 g.	120 g.	150 g.	200 g.	4 veces por semana
Huevos	1/2-1	1	1	2	4-5 veces por semana
Patatas	60 g.	80 g.	100 g.	150 g.	Dianariamente
Legumbres	30 g.	50 g.	60 g.	70 g.	3 veces por semana
Hortalizas	70 g.	80 g.	90 g.	100 g.	Dianariamente
Frutas cítricas	100 g.	100 g.	150 g.	150 g.	Dianariamente
Otras frutas	100 g.	100 g.	150 g.	150 g.	Dianariamente
Pan, galletas, papillas	200 g.	250 g.	350 g.	400 g.	Dianariamente
Azúcar y dulces	30 g.	40 g.	60 g.	60 g.	Dianariamente
Arroz	40 g.	50 g.	60 g.	70 g.	2 veces por semana
Pasta	40 g.	50 g.	60 g.	70 g.	2 veces por semana

Fuente: Los Alimentos. Ministerio de Sanidad y Consumo

Actualmente, las costumbres alimentarias se han visto rápida y profundamente modificadas por los cambios producidos en el estilo de vida, especialmente en las grandes ciudades. Pero, con frecuencia, ese cambio no ha sido totalmente positivo.

Cada vez son más frecuentes las llamadas comidas rápidas en detrimento del arte culinario tradicional y en favor de un incremento en el uso de alimentos cocinados a la plancha, las conservas, los fritos, los embutidos, etc. y, además, coincide con la oferta, cada vez mayor, de platos precocinados, liofilizados, concentrados y de preparación simplificada que invaden los mercados.

Frente a las indudables ventajas que este nuevo modo de alimentarse presenta, también hemos de estar alerta ante sus aspectos negativos tales como el exceso de azúcar que, en general, conlleva su elaboración, el abuso de las grasas de origen animal, la escasez de fibra, la reducción de parte del valor nutritivo de los alimentos, la disminución en el consumo de las legumbres, el bajo consumo de frutas y verduras y la cantidad, en ocasiones desmesurada, de bebidas refrescantes, cuyo aporte nutricional se reduce a las llamadas calorías vacías.

Una alimentación equilibrada se basa en una dieta que, a lo largo del día, incluye los siete grupos de alimentos, en cantidades racionales, en los momentos más indicados y de acuerdo a la edad, sexo y actividad del individuo.

Por ello, el desayuno debería ser más completo de lo que generalmente se acostumbra, el almuerzo algo menos abundante, y la cena debería ser un complemento variado del resto de los alimentos tomados durante la jornada.

Desayuno	25-30%
Comida	30%
Merienda	15%
Cena	25-30%

Aporte alimentario de cada comida sobre el total diario

En definitiva, una alimentación equilibrada se consigue mediante una dieta variada que incluye un poco de todo y evita los excesos.

Características de una dieta equilibrada:

- Variada: incluyendo alimentos de todos los grupos.
- Adecuada: a la edad, el sexo y el tipo de actividad.
- Suficiente: calidad y cantidad.

1.3. NECESIDADES NUTRICIONALES DEL NIÑO

En una rápida panorámica general, vemos que de los tres a los seis meses se modifican seriamente los hábitos dietéticos del niño. La leche deja de ser el único alimento y se comienzan a introducir alimentos que para el niño son totalmente nuevos; la succión irá perdiendo importancia para dejar lugar al uso de la taza y la cuchara; el número de *tomas* se irá reduciendo desde las seis a ocho iniciales hasta llegar a cuatro tomas al día.

El aparato digestivo está en condiciones de digerir todo tipo de alimentos a partir del primer año de vida, por eso, con la leche como alimento básico, se deben ir introduciendo paulatinamente los nuevos alimentos. A lo largo del segundo año de vida es cuando se van incorporando los alimentos verdaderamente sólidos.

A partir de los diez meses, se puede empezar a familiarizar al niño con los intentos de empleo de la taza y la cuchara como los útiles habituales para comer. Aunque, a pesar de favorecer el aprendizaje de la autoalimentación, el niño no lo consigue hasta los 2-3 años de edad.

Lactancia materna

Es el método más adecuado desde el punto de vista psicológico y nutricional para satisfacer las necesidades alimenticias y afectivas del recién nacido y del lactante.

La leche materna está constituida por los siguientes elementos: hidratos de carbono, proteínas, grasas, sales minerales y vitaminas; algunos autores consideran que las sales minerales y vitaminas no son suficientes para cubrir las necesidades del lactante, pues es deficitaria en hierro, flúor y vitamina D.

¿Cuáles son las ventajas de la lactancia natural?

- Es un sistema biológico que aporta los nutrientes en la cantidad y calidad que el lactante humano necesita.
- Por sus especiales características actúa previniendo enfermedades infecciosas, pues aporta al niño defensas y no produce alergias.
- Las dificultades de la alimentación (regurgitaciones, cólicos, alergias a la leche) son menores en los niños alimentados al pecho.
- Es menor la tendencia a la sobrealimentación, porque el niño deja de succionar cuando está saciado.

La leche materna debería ser el único alimento hasta el cuarto o sexto mes de vida. A partir de ese momento empieza a ser deficitaria en nutrientes y en principios energéticos respecto a las necesidades del niño.

Lactancia artificial

Cuando la lactancia materna no es posible se procederá a la llamada lactancia artificial, basada en leche de vaca modificada para sustituir apropiadamente a la leche de mujer.

En el mercado hay dos fórmulas o variedades:

- Una, de iniciación (hasta los 4 o 6 meses), en la que se modifica notablemente la fórmula originaria de la leche de vaca.
- Otra, de continuación (a partir de los 4 o 6 meses), con modificaciones menores.

Estas fórmulas de inicio adaptadas a partir de la leche de vaca se preparan de forma que su composición se asemeje lo más posible a la leche materna, dentro de unos márgenes de seguridad. No deben incluir: almidones, acidificantes, miel, ni factores de crecimiento.

Están compuestas por: hidratos de carbono, grasas, proteínas y complementos vitamínicos.

Cubre perfectamente las necesidades nutritivas del niño como única fuente de alimentación hasta los 4 ó 6 meses, en que se inicia la alimentación complementaria.

A diferencia de la leche humana, los productos para la lactancia artificial son menos digeribles debido a su mayor cantidad de proteínas, requieren la esterilización del agua a emplear para su reconstitución y no dan cobertura frente a las infecciones.

La alimentación complementaria o alimentación Beikost

A partir del sexto mes de vida es recomendable introducir una alimentación complementaria.

Responder a las crecientes necesidades nutricionales del niño requiere, en ocasiones, la introducción de alimentos adicionales a la leche materna. Esta diversificación ayuda a la incorporación gradual a los hábitos alimentarios de la propia familia.

El momento de introducir este tipo de alimentación depende de factores culturales, psicológicos e históricos.

Las razones de la inclusión de alimentos complementarios son tanto nutritivas (la leche no es suficiente para cubrir las necesidades del lactante), como somáticas y educativas (coordinación de reflejos de nutrición, deglución e inicio de sensaciones de gusto y tacto) y socioeconómicas.

¿Qué se debe tener en cuenta cuando se inicia la **alimentación complementaria**?

- No empezar antes de los cuatro meses ni después de los seis.
- Cada nuevo alimento se introducirá por separado, en pequeñas cantidades que irán aumentándose paulatinamente a medida que el niño lo acepta y lo tolera.
- El alimento nuevo se acepta mejor si se ofrece triturado o diluido.
- Entre dos alimentos nuevos se dejarán transcurrir entre una a dos semanas.
- No se deben aportar más de la mitad de los requerimientos energéticos diarios.
- La ingesta diaria de leche materna, de fórmula adaptada o de derivados lácteos, no será inferior a 500 ml.
- Los alimentos con gluten se darán a partir de los ocho meses.
- El tipo y orden en la introducción de los alimentos adicionales es variable, aunque se aconseja comenzar por los cereales sin gluten, las frutas y las verduras, continuar con los pescados y las carnes y finalmente añadir los huevos, vísceras y productos elaborados pues son muy susceptibles de producir alergias.

Pauta dietética durante el primer año

El modelo de nutrición del lactante se basa en la introducción gradual y progresiva de los alimentos. Así, la lactancia materna o artificial (fórmulas adaptadas) en los primeros días debe realizarse en 6 ó 7 tomas de entre 20 y 70 ml/toma, se irán aumentando estas cantidades hasta los 140-160 ml/toma, y debe constituir el alimento único hasta los 3 ó 4 meses.

Edad en meses	Alimentos
0-4 meses	Leche
4-6 meses	Leche, cereales sin gluten, verduras con pollo y frutas
6-8 meses	Leche, cereales con gluten, verduras con pollo o ternera y fruta
8-9 meses	Leche, cereales con gluten, verduras con pollo o ternera, fruta, y pescado blanco
10-12 meses	Leche, cereales con gluten, verduras con pollo, ternera, pescado, huevo y fruta

La tabla siguiente refleja la introducción de los alimentos sólidos en función de la edad del lactante hasta los 12 meses.

Dieta durante los 1-2 años

A partir de los 12 meses de edad debe iniciarse progresivamente la introducción de alimentos de textura más gruesa para ir acostumbrando al niño a los alimentos troceados. Se puede empezar con alimentos que puedan ser fácilmente chafados con el tenedor o en trozos pequeños. Todo depende de cada niño y de su rapidez en el aprendizaje de la masticación. El objetivo es que entre los 18 y 24 meses el niño debe comer alimentos troceados.

Debe iniciarse al niño poco a poco en la comida de galletas y yoghurt natural, petit suisse, queso, jamón dulce, etc. a fin de acostumbrarlo a los hábitos y comidas de la familia.

Durante esta época de la vida las necesidades nutricionales son variables y dependen del desarrollo del niño, grado de actividad, etc.

Poco a poco se debe ir pasando del plato único a una comida compuesta por primer plato (verduras, patatas, sopas, purés, etc.), un segundo (carne, pescado, huevo, etc.) y finalmente un postre.

¿Cuáles son las necesidades nutricionales diarias en los niños de 1 a 2 años?

- Calorías: 1.200-1.300 kcal/día.
- Proteínas: 25-30 g/día
- Hidratos de carbono: 100-160 g/día
- Grasa: 35-45 g/día

Desayuno (8-9 horas)	Leche de continuación-2 con harina con gluten y cereales
Comida (12-13 horas)	Patatas y judías verdes hervidas chafadas con tenedor con trocitos de pollo. Fruta y pan
Merienda (16-17 horas)	Papilla de frutas con galletas y quesito
Cena (20-21 horas)	Tortilla francesa de 1 huevo, yoghurt, fruta, pan y leche con complemento (opcional)

Ejemplo de dieta niña de 1 a 2 años

Dieta a partir de los 2 hasta los 6 años

A partir de los 2 años el niño hace 4 comidas al día (desayuno, comida, merienda y cena) y en algunos casos puede tomar un suplemento lácteo en forma de leche con galletas antes de acostarse.

Adquiere mucha mayor importancia la manera de repartir los aportes calóricos de estas cuatro comidas básicas, pues los hábitos alimentarios adquiridos en los primeros años serán la guía para la edad adulta.

Debemos repartir las calorías de la siguiente forma:

- Desayuno: 25% del aporte calórico del día.
- Comida: 30% del aporte calórico del día
- Merienda: 15% del aporte calórico del día.
- Cena: 30% del aporte calórico del día

Es importante procurar que el niño no adquiera conductas alimentarias caprichosas y monótonas con preferencia para unos alimentos o aversión a otros que pueden conducirlo a llevar una alimentación carencial en algunas sustancias nutritivas, vitaminas y minerales.

Desde hace años, numerosos estudios han puesto de manifiesto que la mayor aceptación que unos alimentos tienen sobre otros por parte de los niños, viene determinada por dos factores: La familiaridad que tengan con ellos y su grado de dulzor.

Es fundamental recordar la responsabilidad que tienen los padres y educadores en inculcar a los niños los hábitos alimentarios correctos, acostumbrándoles, desde estas primeras edades, a tomar los alimentos más sanos (frutas, verduras, legumbres, lácteos sin descremar o semidesnatados, pastas, pan, arroz, carnes magras y pescados) como base nutricional principal y dándoles pautas para el uso adecuado de los dulces.

Alimentos	Calorías	Proteínas		Vit. B ₂	Vit. A	Vit. C	Calcio
		An.	Veg.				
DESAYUNO Leche, pan con aceite							
COMIDA: Patatas, con bacala tomate crudo, pan, naranja	2.934	54	46	1,53	2.060	103	777
CENA: Huevo frito, queso pan.							
DESAYUNO Leche con galletas							
COMIDA: Macarrones, filete ruso, naranja	3.311	51	58	1,57	5.677	121	964
CENA: Acelgas, merluz frita, plátano							

Alimentos	Calorías	Proteínas		Vit. B ₂	Vit. A	Vit. C	Calcio
		An.	Veg.				
DESAYUNO: Leche, pan con mantequilla y mermelada							
COMIDA: Paella de marisco y pollo ensalda flan	3.500	55	55	1,47	4.122	22,6	598
CENA: Tortilla frances, jamón york y plátano							

Estudio comparativo de tres dietas en función de algunas sustancias nutritivas

Fuente: Los Alimentos. Ministerio de Sanidad y Consumo.

El niño, durante los primeros tres años depende del adulto para su alimentación. Son los adultos, por ello, los responsables de la adquisición de unos sanos hábitos alimentarios que permanezcan a lo largo de toda su vida.

La alimentación durante la infancia tiene tal trascendencia que el desarrollo, físico y mental, puede quedar seriamente comprometido por una dieta pobre o desequilibrada. En consecuencia, la dieta ha de aportar las calorías necesarias, las proteínas de la mejor calidad biológica, y suficientes sales minerales para la construcción de sus huesos. Junto a esto, hemos de tener presente que las necesidades vitamínicas son muy elevadas, si tomamos como patrón las del adulto.

Recuerda

– La alimentación es un proceso voluntario mediante el cual los seres humanos proporcionan al organismo las sustancias que necesita.

– La nutrición es un proceso involuntario que consiste en una serie de procesos a través de los cuales el organismo se aprovecha de los nutrientes que componen los alimentos.

– Los nutrientes cumplen tres funciones: función energética, función reguladora y función plástica.

– En España, el Programa de Educación en Alimentación (EDALNU, 1978) clasifica a los alimentos en 7 grandes grupos, en función de los principales nutrientes que componen dichos alimentos.



- Una dieta equilibrada se caracteriza por: ser **variada** (incluye alimentos de todos los grupos), ser adecuada (a la edad, sexo, etc.) y ser **suficiente** (en cantidad y en calidad).
- Siempre que sea posible debe alimentarse al **lactante** con leche de la madre al menos durante los 6 primeros meses de vida, a partir de **esta** edad se complementa con una alimentación complementaria, que tiene como **objetivo** permitir el desarrollo y crecimiento adecuado del niño.

Ejercicios

1. La cocina tradicional es muy **estacional** y fruto, en buena medida, de las fiestas, conmemoraciones **y** celebraciones. Reúne información sobre los platos festivos que, a **lo largo** del año, son tradicionales en tu comarca.
2. Prepara una dieta equilibrada para **administrar al organismo** 2.400 kcal a un niño de 5 años.
3. Toma como ejemplo el menú de tu almuerzo. **Estudia**, con ayuda de las tablas, sus nutrientes, su aporte calórico, sus cantidades **vitamínicas**, el contenido en sales, agua, etc.

2 Elaboración de dietas

Aunque se conoce con bastante exactitud la cantidad de sustancias nutritivas que una persona debe ingerir diariamente, todavía no está claro cuáles son los requerimientos diarios de algunas de esas sustancias, tal como ocurre con la vitamina B, los ácidos grasos insaturados y ciertos aminoácidos.

También sabemos que la dieta debe ser variada y equilibrada. Que debe ser dictada desde las necesidades nutricionales y que no debe ser exclusivamente un mero reflejo de la tradición.

A partir de los cuatro o seis meses de edad, para la elaboración de dietas infantiles se debe tener en cuenta que ya deben aparecer los purés y las papillas. Al principio se administran en muy pequeña cantidad, para ir aumentando paulatinamente a medida que el niño crece y se desarrolla. De este modo, los cereales con leche, las frutas trituradas y las verduras en cremas le aportarán al niño los minerales y vitaminas que necesita y que no puede obtener en cantidad suficiente por medio de la leche materna.

Cuando el niño haya aceptado la nueva textura de los alimentos, se incorporarán otras proteínas (de la carne) a las papillas de verdura. Poco a poco, se irán introduciendo trocitos de nuevos alimentos, para seguir con trozos un poco mayores y terminar con la incorporación de alimentos sólidos en la dieta infantil.

2.1. MENÚS ELABORADOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Debido a que el almuerzo es la comida que los niños que van a la escuela infantil hacen fuera de su hogar, es necesario, que haya una buena colaboración con intercambio de información, entre padres y educadores en relación con las pautas alimenticias. De esta forma la dieta de la jornada se complementará en casa teniendo en cuenta lo que el niño ha comido en la escuela.

Para que la comunicación entre la escuela y los padres sea eficaz es recomendable la elaboración por escrito de un programa semanal o mensual con todos los menús previstos. Algunas escuelas facilitan a los padres, incluso diariamente, un boletín en el que figura el menú servido y la cantidad del mismo consumida por el niño, así como el modo de comer observado.

Más adelante se incluyen, a modo orientativo, una serie de menús apropiados para cada uno de los tramos de edad que en cada uno de ellos se indican.

Se puede observar que, en ellos, la tipología de los alimentos varía mucho a lo largo del día y que las cantidades de cada uno siempre están especificadas (una pieza, tantos gramos o tantos mililitros).

Para la elaboración de dietas se debe tener cuenta que:

- El 50-60% de las calorías debe proceder de los carbohidratos, el 25-35% de las grasas y el 15% de las proteínas.

El cálculo de dietas podemos hacerlo con ayuda de unos registros similares a los que aquí se incluyen:



CONTROL DE LAS CALORÍAS APORTADAS POR CADA TIPO DE ALIMENTO Y DÍA					
	DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA	TOTAL
LUNES HIDRATOS PROTEÍNAS LÍPIDOS					
MARTES HIDRATOS PROTEÍNAS LÍPIDOS					
MIÉRCOLES HIDRATOS PROTEÍNAS LÍPIDOS					
JUEVES HIDRATOS PROTEÍNAS LÍPIDOS					
VIERNES HIDRATOS PROTEÍNAS LÍPIDOS					
SÁBADO HIDRATOS PROTEÍNAS LÍPIDOS					
DOMINGO HIDRATOS PROTEÍNAS LÍPIDOS					

Ejemplos de menús para niños de distintas edades:

Menú para niños de 1 a 2 años	
Desayuno	Leche de vaca o especial para niños: 200-250 ml. Zumo de fruta: un vaso. Cereales: 30 g.
Media mañana:	Un yogur.
Almuerzo	Verduras en puré: un plato. Proteínas animales (pescado, carne magra, aves, huevos): 70 g. Una pieza de fruta.
Merienda	Leche o derivados lácteos: 200 ml. Una tostada de pan.
Cena	Proteínas animales (pescado, carne magra, aves, huevos): 60 g. Cereales: 20 g. Leche: 100 ml.

Menú para niños de 2 a 4 años	
Desayuno	Leche de vaca: 300 ml. Una pieza de fruta o un vaso de zumo. Cereales: 40 g.
Media mañana:	Una pieza de fruta.
Almuerzo	Verduras o legumbres: un plato. Proteínas animales (pescado, carne magra, aves): 100 g. Arroz o patatas: 60 g. Una pieza de fruta.
Merienda	Leche o derivados lácteos: 200 ml. Un montado de jamón.
Cena	Espaguetis: un plato. Proteínas animales (pescado, carne magra, aves, huevos): 70 g. Leche: 200 ml.

Menú para niños de más de 5 años	
Desayuno	Leche de vaca: 300 ml. Una loncha de queso. Una pieza de fruta o un vaso de zumo. Cereales: 40 g.
Media mañana:	Una pieza de fruta.
Almuerzo	Verduras o legumbres: un plato. Proteínas animales (pescado, carne magra, aves): 120 g. Arroz o patatas: 80 g. Una pieza de fruta.
Merienda	Leche o derivados lácteos: 200 ml. Hamburguesa de pollo o carne magra.
Cena	Ensalada. Proteínas animales (pescado, carne magra, aves, huevos): 60 g. Leche: 200 ml. Una pieza de fruta.

2.2. HORARIOS MÁS RECOMENDABLES.

Ya hemos dicho que los niños **avanzan** en el afianzamiento de sus destrezas por imitación, concretamente, gracias al esfuerzo de realizar por sí mismos los gestos y conductas que ven en los adultos.

Durante la infancia se desarrollan las sensaciones más primarias del gusto, el olfato, el tacto, etc., que constituyen en sí mismas las bases de los esquemas cognoscitivos más elementales. Teniendo en cuenta esta circunstancia, la Educación Infantil debe enseñar buenos hábitos alimentarios aprovechando para corregir las pautas prefijadas mediante inercias y tradiciones que no se basen en una respuesta racional a las necesidades reales.

Aunque cambiar las costumbres alimentarias de un pueblo es tarea compleja y que requiere tiempo, no por ello se debe renunciar a un intento de mayor racionalidad.

Analizado el horario de comidas seguido en nuestro país no parece ser el más racional. Así, tras las ocho horas de ayuno forzado por el cansancio nocturno, se hace un desayuno excesivamente ligero, sobre todo

si se tiene en cuenta que al niño le esperan las horas de estudio y al adulto las de su trabajo. A media mañana se acostumbra a tomar un bocadillo que obliga a retrasar la hora de la comida. Y, cuando al fin llega la tardía hora del almuerzo, éste es demasiado abundante e invita a la somnolencia. La cena, puesto que el almuerzo fue copioso, se realiza a horas bastante avanzadas y aún resulta excesiva para conciliar bien el sueño, sin embargo, no es un complemento adecuado al resto de las comidas del día.

¿Qué modificaciones hay que tener en cuenta en el horario de las comidas y en las pautas alimenticias?

Es aconsejable introducir de manera paulatina una nueva distribución horaria y una modificación cuantitativa de los alimentos a lo largo de la jornada, de modo que la racionalidad dirija más de cerca nuestro horario nutricional.

La siguiente pauta podría tomarse como orientación genérica:

- Desayuno abundante, se deben tomar al menos, un tercio de la totalidad de los alimentos a ingerir en el día.
- Almuerzo más ligero, reduciéndolo aproximadamente a la mitad de lo que habitualmente estamos acostumbrados a tomar.
- Merienda, moderada y variada.
- Cena más copiosa y temprana (alrededor de dos horas antes de ir a la cama).

2.3. ERRORES ALIMENTARIOS MÁS FRECUENTES

A la hora de plantear la forma en que se debe alimentar al niño se debe tener en cuenta el intentar no cometer una serie de errores que pueden desencadenar alteraciones en el hábito de alimentarse e incluso alteraciones de la salud.

¿Qué debemos tener en cuenta?

- Los refrescos azucarados con base de cola nunca podrán aportar tanto valor nutritivo como los zumos naturales de frutas que contienen sales minerales y vitaminas.
- El exceso de grasas y los condimentos fuertes (mostaza de las hamburguesas, salsas de tomate picantes) son otros de los errores de la moda alimentaria importada.

- Por el contrario, la dieta mediterránea rica en fibra (legumbres), grasas vegetales (oliva), vitaminas y sales minerales (frutas y verduras) es la mejor alternativa frente a tan graves equivocaciones.

- Uno de los errores más comunes en la alimentación infantil es el abuso de alimentos azucarados. Estos alimentos, contrariamente a lo que en ocasiones se ha pensado, no favorecen el crecimiento. Y, sin embargo, está absolutamente comprobado que ayudan a la aparición de caries dentarias, pueden favorecer la obesidad e interfieren con el correcto metabolismo del calcio.

- La sobrealimentación es otro de los errores de los países desarrollados. A menudo, las madres gustan de tener hijos «llenitos» pensando que es síntoma de buena salud. Por el contrario, es durante la infancia cuando se instauran las conductas tendentes a la sobrealimentación que son el origen de muchos de los casos de obesidad en la vida adulta.

Debemos pensar que el sobrepeso no es sinónimo de salud. En realidad, los bebés obesos acostumbra a ser niños obesos que desembocan en adultos obesos. Especialmente en aquellos casos en los que la tasa de aumento de peso es alta. Un rápido aumento de peso y de la masa de grasa subcutánea durante la primera etapa infantil debería poner en alerta a la familia y a los educadores para prevenir una futura obesidad casi segura.

Por otro lado, es falso que no haya nada que hacer ante un niño obeso. Una dieta equilibrada a sus necesidades puede hacer que muchos de los niños y niñas que presentan una ganancia de peso excesivamente rápida no lleguen a ser obesos. Es bueno recordar que *una dieta sana consiste en comer poco de todo y demasiado de nada*.

En buena medida, el ambiente familiar y las pautas alimentarias familiares son determinantes de las futuras conductas alimentarias de los niños y de los futuros adultos. Casi todas esas conductas se aprenden dentro del núcleo familiar durante la infancia y luego se siguen observando durante toda la vida.

La actitud ante los alimentos y el modo de alimentarse son uno de los aprendizajes más automatizados y sólidamente enraizados en el individuo y que tienen sus orígenes en los hábitos observados en el interior del grupo familiar.

Recuerda

- La dieta en general, y especialmente la infantil, debe ser variada y equilibrada. Se ha de basar en las necesidades nutricionales y no debe ser exclusivamente un mero reflejo de la tradición.
- Es necesario que entre los padres y los educadores exista una buena relación y trabajen con el objetivo común de alimentar a los niños de forma adecuada. El almuerzo es la comida que los niños que van a la escuela infantil hacen fuera del hogar, por lo que la dieta de la jornada ha de complementarse en casa teniendo en cuenta la ingesta realizada en la escuela.
- Para la elaboración de dietas hay que tener en cuenta que el 50% de las calorías debe proceder de los carbohidratos, el 35% de las grasas y el 15% de las proteínas.
- Al menos un tercio de la totalidad de los alimentos a ingerir en el día deben tomarse en el desayuno.
- Durante la infancia es cuando se instauran las conductas tendentes a la sobrealimentación que son origen de muchos de los casos de obesidad en la vida adulta.
- El ambiente familiar y las pautas alimentarias familiares son determinantes de las futuras conductas alimentarias de los niños y de los futuros adultos.
- La actitud ante los alimentos y el modo de alimentarse son uno de los aprendizajes más automatizados y sólidamente enraizados en el individuo y que tienen sus orígenes en los hábitos observados en el interior del grupo familiar.

Ejercicios

4. Confecciona dos modelos de impresos que resulten muy claros de entender y en los que se recojan: en uno, los menús de toda una semana y, en el otro, el menú de un día determinado, incluyendo comentarios del educador acerca del modo en que el niño ha tomado los alimentos y qué cantidades ha tomado de cada plato.
5. Elabora la dieta equilibrada de un día para ti y distribúyela a lo largo de las horas, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, variando las cantidades y los momentos respecto a los usos seguidos por mera costumbre.

3 Manipulación de los alimentos

A pesar del **desacreditado** que hoy tienen los alimentos industrializados, no debemos pensar que todo lo *natural* y *no manipulado* es definitivamente saludable. El consumo de alimentos sin manipular puede ser peligroso, de hecho **existen** alimentos que pueden ser venenosos (setas), otros pueden **contener** sustancias venenosas en pequeña cantidad y muchos pueden ser vehículo de gérmenes. Por eso es preciso ser cauto ante la **creciente** oferta de alimentos no procesados y naturales.

Que un alimento **haya** sido elaborado y manipulado no siempre significa que ya no sea *natural*. No siempre se **debe** ni se puede comer todo crudo.

¿Qué precauciones se deben tener en cuenta?

- La zona **destinada a** la preparación de los alimentos debe estar aislada del resto **de las instalaciones** para evitar posibles contaminaciones.
- Si los biberones y papillas se preparan en el aula, el área de preparación estará **alejada de** la zona en que se cambian los pañales a los más pequeños. **En ambas zonas** habrá pilas con abastecimiento de agua.
- Lo ideal es **que haya** zonas claramente delimitadas para cada función: recepción, **almacenaje** y elaboración de los alimentos.
- Si en la escuela **hay** cocina, dentro de la zona destinada a la elaboración de menús, **deben** distinguirse, a su vez, subzonas de: manipulación, cocción y **cocinado en** frío.
- Las basuras, **y especialmente** aquellas que contienen los pañales sucios y **desechados**, han de estar convenientemente aisladas.
- Las basuras **de la cocina** no deben acumularse dentro de la misma durante un tiempo **prolongado**.
- El personal **que trabaja** en la cocina debe estar en posesión del carné de manipulador **de alimentos** y deberá utilizar un vestuario adecuado para estar en **la cocina**.
- La zona **dedicada a** cocina y comedor debe contar con superficies fáciles de limpiar, **lisas y sin** ángulos.

- Los productos empleados para la limpieza han de almacenarse en dependencias aisladas, aparte de la zona en que se encuentren los alimentos.
- Las manos de quien manipula los alimentos o prepara los biberones deben lavarse con agua y jabón: antes de comenzar la manipulación, cada vez que haya habido una interrupción en el trabajo y siempre que se haya tocado un alimento y se vaya a manipular otro.

3.1 PREPARACIÓN DE BIBERONES

Antes de iniciar la preparación de biberones, éstos se deben esterilizar junto con la tetina o bien se deben mantener en una disolución de agua con un desinfectante específico.

Material necesario

Biberón, tetina, agua hervida templada, cazo medidor.

Procedimiento

- Lavarse las manos.
- Poner en el biberón la cantidad de agua que se necesite (cuando se ha enfriado un poco), siguiendo las instrucciones del pediatra.
- Añadir los cacitos de leche y/o leche y cereales en polvo que correspondan a esa cantidad de agua. Los cacitos deben ser enrasados, sin copete y sin apretar el polvo.
- Tapar el biberón y agitar intensamente hasta su completa disolución.
- Comprobar la temperatura de la leche antes de dársela al niño, echando unas gotas en el dorso de nuestra muñeca (zona sensible de la piel).
- Comprobar que la tetina está en buen estado.



Material necesario para preparar un biberón

Es muy importante respetar la concentración de los leches de fórmula, es decir, la proporción entre el agua

y la leche en polvo. Generalmente estos productos se preparan a una proporción de *1 cacito raso de la leche en polvo, por cada 30 cc de agua* (12 o 13 %).

No se debe guardar un biberón a medias para la siguiente toma, pues las bacterias crecen con relativa facilidad en la leche y puede contaminarse.

Se debe consultar al pediatra sobre la cantidad total que debe tomar el niño. Dependerá de su peso y de su apetito. A veces en los botes del producto se especifican las cantidades determinadas para cada edad, aunque estas tablas son orientativas.

3.2 ADMINISTRACIÓN Y LIMPIEZA DE BIBERONES

Es importante crear un ambiente relajado y acogedor y mantener una buena relación afectiva, antes de intentar dar de comer al niño. Además, no se debe olvidar que tan importante es el proceso de la higiene como el de la alimentación propiamente dicha.

¿Cómo debe darse el biberón al niño/a?

Procedimiento

- En primer lugar, antes de empezar será necesario lavarse las manos.
- Colocar al niño semiincorporado con la cabeza apoyada en el brazo, sujetando el cuerpo con nuestro antebrazo o con la mano.
- Coger el biberón con la otra mano e introducir la tetina en la boca del niño, teniendo la precaución de que esté siempre llena de leche y no de aire.
- Durante la toma, debe permitirse al niño descansar, incorporándolo para favorecer la expulsión del aire que haya podido deglutir.
- No debemos empeñarnos en que el niño se tome todo el biberón.
- Una vez que ha terminado la toma (que no debe durar más de 15-20 minutos) se



Persona dando el biberón a un niño pequeño

incorpora al niño y se le golpea suavemente la espalda para facilitar la expulsión del aire (mediante el eructo).

Limpieza de biberones y tetinas

Una vez que se ha dado el biberón al niño es importante llevar a cabo de forma correcta la limpieza tanto del biberón como de la tetina, para ello será necesario disponer de jabón, un escobillón, recipiente para solución desinfectante y la solución desinfectante.

Procedimiento

– Introducir el biberón y la tetina en agua jabonosa, eliminando los restos de alimento con el escobillón, frotando bien todas las superficies por dentro y por fuera.

– Aclarar con agua varias veces para asegurarnos que no quedan restos de jabón.

– Introducir la tetina y el biberón en un recipiente que contenga agua y una solución desinfectante, de forma que estén totalmente cubiertas por el agua. Dejar al menos durante 4 ó 6 horas. Si no se dispone de solución desinfectante, se deben hervir con agua antes de volver a ser utilizados.

Los restos de comida de la tetina pueden eliminarse frotando con sal común y aclarando después con agua varias veces.

3.3. PREPARACIÓN DE PAPILLAS

Cuando se preparan las papillas y/o purés se debe tener en cuenta que algunos alimentos, por sus características específicas, requieren un cuidado especial tanto en su manipulación como en su preparación.

¿Qué precauciones hay que tener en cuenta?

Leche:

No se debe calentar más de la necesaria para el consumo en un momento dado. La limpieza de los manipuladores, los utensilios y los recipientes empleados ha de ser muy escrupulosa.

Huevos:

Generalmente, ya vienen contaminados de origen. Deben limpiarse con un paño húmedo antes de abrirlos. Las mayonesas a emplear deben ser industrializadas, para prevenir riesgos de salmonelosis

Pescados:

Se deben conservar en frío y tapados, limpios de vísceras y escamas. Se consumen dentro de las veinticuatro horas siguientes a su compra.

Carnes:

No deben lavarse nunca. Se han de conservar en frío. Los utensilios que se empleen para su manipulación en crudo deben permanecer aislados de aquellos que se empleen para su manipulación detrás del cocinado. Las sobras de platos de recetas que contengan carne se conservan en frío y sin la salsa que les acompañaba.

Hortalizas, frutas y verduras:

Se cocinan con muy poca agua sin prolongar demasiado su cocción. Al caldo no se le debe añadir ni sal, ni aceite, ni huesos (ni de jamón ni de vacuno). Si se consumen en crudo, (ensaladas) se deben sumergir previamente en agua con cloro durante cinco minutos. La fruta se pela siempre.

Pan:

Evitar el contacto de las cestas con el suelo. Puesto que no se puede limpiar ni lavar, lo ideal es que cada pieza tenga su propio envoltorio.

Aceites:

El aceite no debe usarse hasta los doce meses.

Evitar el uso de aceites refritos. La freidora no debiera superar los 180 C°.

Papilla de frutas

Se debe utilizar fruta fresca y madura (aunque no en exceso).

Al principio se utiliza plátano, manzana, pera y zumo de naranja y a medida que el niño va creciendo se pueden añadir otras frutas del tiempo.

Para hacer la papilla se pone la fruta (sin las semillas) en un recipiente, se le añade el zumo de naranja recién exprimida y se bate hasta conseguir una papilla de consistencia pastosa.

Su consumo debe ser casi inmediato a su preparación, para evitar que se oxiden las vitaminas de la fruta al contacto con el aire.

Durante los primeros meses, las papillas se administran muy finas, y poco a poco se hacen más gruesas a medida que el niño va empezando a tragar.

Papilla de cereales

Estas papillas se encuentran en el **mercado** en polvo.

Para su preparación se mezcla el **polvo** de los cereales (medido con cacito enrasado) con el agua y la **leche** (medido también con cacito enrasado), las cantidades vienen **especificadas** por la casa comercial, o bien lo indicará el pediatra.

La mezcla se realizará o bien con **tenedor** (con movimientos enérgicos), o bien con batidora, hasta conseguir **una** mezcla homogénea.

Purés de verdura con carne

La carne que se utiliza debe ser **magra**, de pollo o de ternera, cocida sin sal, con una pequeña cantidad **junto con** las verduras (puerros, judías verdes, acelgas, patata, etc.), que **han de** estar bien lavadas.



Niño al que se le está dando una papilla

Una vez cocidos todos los ingredientes, se añade un chorrillo de aceite de oliva crudo y se tritura todo hasta conseguir una mezcla homogénea.

Este tipo de purés se pueden dar al niño hacia el 6º mes.

A partir del año, se pueden realizar cambios con diferentes verduras, carnes o pescados (que se prepararan siguiendo la misma técnica), ampliando al máximo el abanico de posibilidades, con el fin de sumi-

nistrar diferentes sabores y evitar **el cansancio** de una dieta monótona. Así el niño, poco a poco, se irá **acostumbrando** a nuevos y diferentes sabores, como preámbulo a una **dieta de** adulto variada y equilibrada.

Recuerda



– Es importante tomar todas las precauciones necesarias en la manipulación de los alimentos para evitar posibles problemas de contaminación y/o infección.

– Las manos de quien manipula alimentos o prepara biberones deben lavarse con agua y jabón: antes de comenzar la manipulación, cada vez que haya habido una interrupción en el trabajo

y siempre que se haya tocado un alimento y se vaya a manipular otro.

Preparación de biberones

- Es necesario antes lavarse las manos.
- Poner 1 cacito de leche por cada 30 ml de agua, tapar el biberón y agitar bien hasta conseguir su completa disolución.

Administración y limpieza del biberón

- Colocar al niño semisentado con la cabeza apoyada en el brazo y cuerpo sujeto con la mano.
- Poner la tetina en la boca del niño procurando que esté llena de leche, para evitar que ingiera aire.
- Al finalizar, incorporar al niño y darle unos golpecitos en la espalda para que expulse el aire (eructo).
- Tanto las tetinas como el biberón se limpian con agua y jabón, frotando con el escobillón y aclarando con agua varias veces.

Preparación de papillas

- Cuando se prepara cualquier tipo de papilla, hay que tener en cuenta las características específicas de cada tipo de alimentos, para manipularlos y prepararlos de forma adecuada.
- Los componentes se deben batir o triturar hasta conseguir una mezcla homogénea.

Ejercicios

6. Describir en qué ocasiones el educador debe enseñar al niño a lavarse las manos con agua y jabón.

7. Elabora un cuadro donde se especifiquen las precauciones a tener en cuenta en la manipulación de los distintos tipos de alimentos.

8. Hacer un esquema donde se recojan gráficamente los datos más importantes en relación con el procedimiento de preparación y de administración del biberón.

4

Trastornos y dificultades del niño ante las comidas

Los alimentos tienen una gran importancia en el proceso evolutivo del niño, tanto en su desarrollo como en el ámbito intelectual y afectivo. Durante los primeros meses de vida, la alimentación es una de las maneras de intercomunicación más importante entre la madre y el hijo, ya en la vida adulta continúa siendo, de alguna manera, un elemento de comunicación entre los humanos. Cualquier acontecimiento importante en la vida de las personas se celebra o señala con comidas especiales, la amistad se expresa con invitaciones a degustar alimentos e, incluso, de la preparación de los alimentos hemos hecho un arte y un signo cultural: la gastronomía.

Sin embargo, la conducta alimentaria presenta, con relativa frecuencia, trastornos que pueden ser muy variados. Los más comunes son aquellos que responden al defecto o al exceso en la ingesta, al rechazo de nuevas texturas y sabores, o a la selectividad del apetito.

Alimentar a un niño es mucho más que un mero acto nutritivo. La actitud del adulto, y especialmente la de la madre que amamanta, es percibida por el niño como actitud de acogimiento o de rechazo. Y, en cualquier caso, el difícil paso del destete conlleva siempre un cierto grado de ruptura que, si bien ayuda al niño a iniciar su camino de maduración e independencia, en ocasiones, puede suponer un obstáculo importante en el mismo.

El niño que empieza a adaptarse a la vida en sociedad suele emplear el alimento como contraprestación. De ese modo, es frecuente que veamos al adulto ingeniárselas para conseguir que el niño coma, y al niño haciéndose de rogar, aunque haga bastantes horas que no come.

4.1. ACTITUD DEL NIÑO ANTE LA COMIDA

Los problemas más frecuentes que los niños presentan ante las comidas (anorexia, dietas restringidas, ingesta excesiva, etc.) pueden prevenirse. Para ello proporcionaremos a los padres orientaciones acerca de su conducta en el momento de administrar los alimentos a los niños. De este modo estaremos enseñando no sólo al niño, sino también a la familia, a mejorar el momento y el contexto social de las comidas.

Los adultos, con frecuencia, interpretan el llanto del niño como una petición de comida sin pararse a comprobar si esto responde a una necesi-

dad real. Los niños, necesitan experimentar las sensaciones de plenitud y de hambre, como tantas otras, dentro de un proceso evolutivo normal. Al igual que a nadie le parecería razonable eliminar radical y sistemáticamente la sensación de satisfacción, tampoco lo parece, respecto a la sensación de hambre, dentro de lo habitualmente tolerado por cualquiera.

¿Cuál es la actitud de los niños ante los cambios de sabores y texturas de los alimentos?

Es necesario dar tiempo al niño para que reaccione favorablemente ante un alimento nuevo. Para el niño, todo alimento nuevo supone aceptar nuevas texturas y nuevos sabores.

El adulto debe estar preparado por si el niño rechaza el nuevo alimento e intenta empujarlo con la lengua para expulsarlo fuera de la boca. Incluso, es muy posible que lo escupa. Si se le rodea de un ambiente acogedor y de confianza, al poco tiempo aprenderá a mantener los alimentos dentro de la boca y poco a poco los irá tragando.

Si el niño tiene hambre, es normal que llore al comienzo de la comida. Si se le trata con tranquilidad y cariño, tras las primeras cucharadas, volverá a calmarse y comerá de forma habitual.

Es importante saber interpretar cuando el niño ya está saciado. Cuando el niño, después de haber tomado una cantidad razonable de alimento, comienza a mostrarse inquieto, escupa o inicie juegos con la comida, podemos pensar que ya ha tomado lo suficiente.

Si rechaza un alimento por sistema, es conveniente esperar una o dos semanas antes de dárselo de nuevo. Si persiste en su actitud de rechazo, se puede intentar el mezclar un poco del nuevo alimento con su alimento preferido y, progresivamente, a medida que el niño empieza a comer el nuevo alimento, ir aumentando la proporción de éste.

Para evitar estos y otros problemas añadidos, tanto el educador como los padres deben controlar y reducir al mínimo la ingesta de alimentos entre horas.

Una vez conseguido un buen clima de confianza y, sobre todo, evitando dramatizar el momento de la ingesta, tendremos la puerta abierta para instaurar la toma de alimentos variados, con sabores distintos, en una dieta equilibrada. Ni repetitiva, ni aburrida.

Al final del primer año, el niño deberá tener un patrón de gustos lo más amplio posible. Para ello habremos ido presentándole las diversas texturas y los diferentes sabores de los alimentos que usualmente se emplean en el medio cultural al que pertenece. La educación infantil tiene aquí un papel crucial en la educación del gusto

mediante la introducción en la dieta de los niños de nuevos alimentos. Y, también, en la introducción de nuevas maneras para comer los alimentos de siempre.

La adquisición durante la infancia de hábitos alimentarios correctos repercute directa y favorablemente en la salud general. Por otra parte, la alimentación equilibrada en la infancia evita situaciones patológicas, tanto de la edad infantil (trastornos del crecimiento y del desarrollo, deshidratación, enfermedades infecciosas, caries, alergias, etc.) como de la edad adulta (arteriosclerosis, obesidad).

4.2. TRASTORNOS MÁS FRECUENTES

La alimentación, como demasiado frecuentemente ocurre en estas edades, no debe convertirse en una fuente de conflictos o en un enfrentamiento entre los adultos que ofrecen la comida al niño, y éste que no la recibe de manera adecuada.

En la medida de lo posible, los alimentos deben estar desprovistos de carga emocional por parte del niño. Para ello, los adultos (padres y educadores) serán quienes eviten darles esa carga.

Nunca un alimento será considerado como premio o como castigo, ni se asociarán ansiedad, tensión o desasosiego a determinados platos. Tengamos siempre presente que las reacciones negativistas suelen tener su origen en una insistencia mal conducida por parte de los adultos.

Las variaciones dietéticas que se van produciendo en la evolución del niño deben ser respetadas por los adultos. A preferencias exageradas por un determinado alimento suelen seguir etapas de completa indiferencia hacia el mismo. Normalmente, estos cambios responden a estadios fisiológicos distintos, pero normales.

Los trastornos más frecuentes asociados con la comida son: la inapetencia y la obesidad.

Inapetencia

Tanto el exceso en la ingesta como la inapetencia son interpretados de muy diferentes modos.

Generalmente responden a un deseo de autoafirmación y a una llamada de atención. Una relación sana y equilibrada entre el adulto y el niño es la mejor garantía para evitar la inapetencia selectiva.

– Los Vómitos matinales: suelen seguir a desayunos contrarreloj, acompañados de una ansiedad producida por la incorporación a una realidad

nueva, la escuela, y por la obligada separación del niño de un medio seguro y conocido, para acceder a otro desconocido y que inicialmente le produce angustia e inseguridad.

– Anorexia precoz esencial: se da en recién nacidos extraordinariamente inquietos, de bajo peso, que adoptan una postura pasiva frente a la comida y que, a los pocos meses, se niegan a comer. Es bastante rara.

– Anorexia inerte: aparece con más frecuencia, durante el segundo semestre, y coincidiendo con la introducción de alimentos complementarios o alternativos a la leche materna. Se caracteriza porque el niño no coopera en la alimentación, adoptando una conducta negativista que, frecuentemente, no se acompaña de la pérdida real del apetito.

– Anorexia de oposición: el niño, no sólo no siente interés por la comida sino que presenta un auténtico enfrentamiento con el adulto, se hace beligerante en contra del alimento.

Estas conductas poco adaptativas, con frecuencia vienen acompañadas de retrasos madurativos en otras muchas conductas: reacciones muy emocionales, ritmos día/noche y horarios de sueño trastocados, tardanza en el control de esfínteres, llanto acompañado de espasmos, etc.

¿Cómo se puede diferenciar la anorexia de la pérdida real del apetito?

Un criterio que nos puede ayudar en la distinción entre anorexia y poco apetito consiste en que, la anorexia sobreviene de modo inesperado, mientras que los niños que comen poco manifiestan ya precozmente esa falta de apetito.

Antes de acudir al médico en busca de tratamientos específicos se han de revisar algunos elementos, tales como: la actitud emocional de los adultos que se relacionan con el niño y, en especial de la madre, ante la comida; la existencia de algún factor nuevo en el conjunto de las relaciones familiares que pueda ser percibido por el niño como una posible amenaza (por ejemplo, el nacimiento de un hermanito); el clima o el ambiente que se vive durante el momento de la comida; el establecimiento de unos horarios excesivamente rígidos o su total inexistencia; la buena o mala organización puede favorecer la relación entre el niño y el adulto o, por el contrario, ser una fuente de desbarajuste doméstico.

A menudo, la actitud más recomendable es la de aparente indiferencia. Con ello conseguimos que el niño no se erija en centro de nuestra atención durante la comida. Si el niño se niega a comer, debe retirársele el plato sin hacer comentarios. Probablemente, en una nueva ocasión, al ver fracasado su intento de atraer nuestra atención y experimentando una intensa sensación de hambre acceda a tomar su comida.

Obesidad

La obesidad en la niñez no suele ser un trastorno benigno, a pesar de las creencias populares de que los niños con sobrepeso «superarán su estado».

El sobrepeso del niño depende tanto de factores genéticos como ambientales. Entre estos últimos, el más importante es la alimentación. Un niño obeso desde sus primeros años puede serlo durante toda su vida.

Debido al cese temprano de la lactancia natural y al aporte de alimentos ricos en hidratos de carbono y en grasas, se está favoreciendo desde la lactancia la posible aparición de la obesidad.

Los riesgos que este problema lleva asociados son muy variados, tales como diabetes mellitus, arteriosclerosis, trastornos articulares y de motilidad, etc.

¿Cuál será la labor de educadores y padres en relación con la alimentación del niño?

En la transición hogar/escuela-infantil la cooperación de los padres es básica. Para una buena transición desde la alimentación casera a la de la escuela es preciso contar con la ayuda de los padres para conseguir un cierto grado de *traspaso* de su papel tranquilizador al educador. En los casos más difíciles, se debería poder comenzar esa transición en presencia de alguno de los padres para, más tarde, ir la suprimiendo progresivamente.

Lo ideal sería mantener una postura equidistante entre la del adulto posesivo, anticipador gratuito de los deseos y necesidades infantiles, y de la del adulto exigente que, contrarreloj, atiborra de alimentos al niño con tal de acabar pronto.

El educador debe estar preparado para atender a los niños que rechazan cualquier alimento nuevo. En estos casos, como casi siempre, el establecimiento de hostilidades abiertas adulto-niño, es el peor de los caminos. Aprovecharemos los momentos de mayor apetito para enriquecer con nuevos sabores y texturas la variedad del repertorio alimentario del niño. Siempre comenzaremos por pequeñas cantidades, para ir aumentando progresivamente a medida que el niño acepta el alimento.

También en la escuela infantil es frecuente encontrar niños que no cesan de ingerir alimentos. Frutos secos, caramelos, chicles y otros productos similares siempre están en sus bolsillos y desconocen los horarios para comer. El papel del educador en estos casos es claro aunque no fácil: establecer el orden y procurar que el niño vaya interiorizando un cierto horario más normalizado.

Recuerda

– La alimentación es una de las maneras de intercomunicación más importante entre madre e hijo, y muy especialmente durante el período de lactancia.

Los niños/as necesitan experimentar las sensaciones de plenitud y de hambre, como tantas otras, dentro de un proceso evolutivo normal.

- Al final del primer año el niño/ña deberán tener un patrón de gustos lo más amplio posible.
- La adquisición durante la infancia de hábitos alimentarios correctos repercute directa y favorablemente en la salud y evita situaciones patológicas tanto de la edad infantil como de la edad adulta.
- El educador debe estar preparado para atender a los niños que rechazan cualquier alimento nuevo, así como a otros niños que continuamente están ingiriendo alimentos, para prevenir la aparición de anorexia y de obesidad respectivamente.

Ejercicios

9. Evalúa los aportes nutritivos de algunas de las golosinas más consumidas.

Intenta enumerar algunos aspectos positivos y negativos del consumo de dulces y golosinas por parte de los niños.

10. Busca el significado de los términos anorexia y obesidad en un diccionario especializado y analiza su definición.

5 Desarrollo de hábitos para una adecuada alimentación

La alimentación equilibrada es una de las condiciones necesarias para gozar de una buena salud. E aunque en el concepto de alimentación equilibrada se incluye el concepto de comer bien, comer bien no significa comer mucho.

Una alimentación apropiada no elimina ningún alimento, ni restringe hasta el máximo la ingesta de calorías, ni abusa de las verduras en detrimento de las carnes ni, en definitiva, introduce desequilibrios de unos productos en favor de otros.

Una alimentación apropiada es una alimentación que mantiene equilibradamente la cantidad y variedad entre los siete grupos de alimentos fundamentales y el resto de los factores que definen a la persona de que estamos tratando (edad, sexo, actividad, clima, salud, etc.)

Si la alimentación es suficientemente variada en calidad y cantidad podemos tener la seguridad de estar fortaleciendo uno de los factores más influyentes en el mantenimiento de la salud.

5.1. HIGIENE ALIMENTARIA

La Educación Infantil tiene que preocuparse de las conductas higiénicas relacionadas con la alimentación. Debe programar actividades encaminadas a consolidar conductas que mejoren individual y colectivamente los niveles de salubridad de los momentos dedicados a las comidas.

La educación infantil, en este sentido, será sistemática e insistente en la instauración de conductas tales como:

- Lavarse las manos antes y después de comer.
- Utilizar adecuadamente los cubiertos.



Niño sentado de forma correcta a la mesa, manejando los cubiertos (cuchillo y tenedor)

- Masticar y deglutir correctamente.
- Mantener una postura sedente correcta.
- Lavarse los dientes tras las comidas.

Intoxicaciones

Las intoxicaciones alimentarias no suelen producirse por las bacterias que contribuyen a la putrefacción de los alimentos. Además, son poco frecuentes pues nadie come algo que obviamente percibe como *pasado*. Son los alimentos contaminados los responsables, en la mayoría de los casos, de las intoxicaciones alimentarias ya que los alimentos contaminados suelen conservar su aspecto, olor y sabor normales.

Aunque las intoxicaciones alimentarias no pueden ser consideradas como infecciones, pueden producirse en varias personas a la vez. Esto sucede cuando las bacterias responsables contaminan alimentos preparados para muchas personas y en grandes cantidades.

Los alimentos se contaminan fácilmente. Éstos, pueden tener su origen en las heces, en las heridas abiertas (humanas y/o de los animales), en las excreciones (en general) y en las secreciones.

Cuando un alimento está en presencia de un portador (ser humano o animal) es fácilmente contaminable. El paso de gérmenes al alimento se produce directamente por el agua, por los insectos, por el aire, por las manos, por el polvo e, incluso, por la propia tierra en que crece.

Para controlar en la medida de lo posible el proceso contaminante deben tenerse presentes las condiciones que favorecen esa contaminación.

¿Cuáles son estas condiciones?

- Temperatura. Entre 41°C y 65°C hay mayor riesgo.
- Humedad. A mayor grado de humedad, mayor riesgo.
- La propia composición del alimento. Si es muy rica en nutrientes, se favorece la proliferación de gérmenes (por ejemplo, la leche es muy fácilmente contaminable).
- El tiempo transcurrido desde la contaminación. Si es mayor de cuatro horas, el grado de proliferación de gérmenes puede ser tan elevado que el organismo puede verse seriamente afectado.

Las principales enfermedades que, por ejemplo, ocasiona el agua contaminada son: cólera, fiebre tifoidea, disentería, gastroenteritis, y toxoinfección alimentaria.

En términos generales, a mayor contenido de un alimento en agua, mayor riesgo de contaminación por gérmenes.

Prevención de intoxicaciones e infecciones

Para prevenir los riesgos de intoxicaciones e infecciones a través de los alimentos es importante conocer bien las características de los mismos y las técnicas de manipulación. Además, es necesario adquirir una serie de actitudes en relación con la higiene personal, organizar con rigor el trabajo con los alimentos y ser conscientes de la responsabilidad que tenemos frente a los niños y sus familias puesto que cualquier error en este asunto adquiere rápidamente dimensiones de trascendencia notable.

¿Qué precauciones hay que tener en cuenta en el manejo de los alimentos?

Carnes:

- Se preferirá el manejo de piezas enteras de las que se irán cortando filetes.
- La carne desmenuzada se pica en el mismo momento de comprarla.
- Las hamburguesas deben tener un envasado industrial.
- El pollo debe almacenarse y mantenerse separado del resto de las carnes. Si es preciso, recubierto con papel de aluminio.
- Las vísceras (riñones, hígado, sesos, etc.) sólo se incluirán en la dieta si se nos garantiza que al ganado no se le dieron hormonas con el pienso ya que en estos órganos se concentran las sustancias de desecho que aquellas originan y que son muy nocivas para el organismo humano. En ese caso, estos alimentos siempre se conservarán en frío.
- Los fiambres se conservan enteros y se van cortando a medida que se vayan a consumir.

Pescados:

- Se mantendrán siempre refrigerados y dentro de recipientes construidos con materiales inoxidables y provistos de una rejilla que mantenga separada el agua que se desprende, del pescado propiamente dicho.
- Se procederá a su consumo dentro de las veinticuatro horas posteriores a su compra.

¿Cómo sabremos si el pescado está en buenas condiciones?

- Se prestará gran atención a su aspecto externo.

- Consistencia firme de la carne.
- Olor suave o ausencia de olor.
- Escamas bien adheridas.
- Ojos brillantes y sin hundir.
- Agallas rojas.

Hortalizas y frutas:

- Estos alimentos contienen gran cantidad de agua. Sin embargo, debido a sus características, la humedad no les afecta de forma negativa como riesgo de contaminación.
- Antes de consumirlas deben lavarse siempre, evitando dejarlas en remojo.
- Debemos asegurarnos que están libres de tierra e insectos.
- No deben trocearse hasta el momento de su consumo.
- Deben conservarse en la parte baja del refrigerador, en un cajón cerrado que les permita mantener su humedad natural.

Alimentos no perecederos:

- Se han de conservar en un almacén seco, fresco y aireado, destinado exclusivamente a los alimentos de larga conservación.
- Su envase **debe** permanecer intacto, desechando aquellos que presenten abolladuras o abombamientos.

Leche y derivados lácteos:

- No debe consumirse leche cruda. Es preferible el consumo de leche procesada industrialmente.
- Debe consumirse, en el momento, la cantidad de leche que se haya previsto. No reservar leche calentada.
- El queso fresco debe consumirse dentro de las veinticuatro horas posteriores a su elaboración.

Alimentos congelados:

- La congelación afecta muy poco a los nutrientes contenidos en los alimentos. Equivale a una cierta deshidratación natural y conlleva una pequeña pérdida sales minerales.

La higiene personal

En cuanto a la **higiene** personal es necesario tener en cuenta una serie de normas **para evitar** la contaminación, sobre todo por: estafilococos, salmonella y **clostridium** (que produce el botulismo).

Contaminación por estafilococos:

Afecta sobre **todo a** alimentos como: **natas**, cremas y salsas debido a la acción del **microorganismo** y las toxinas que producen.

Habitualmente **los estafilococos** están presentes en la piel, la nariz y la garganta, **por lo tanto**, hay que evitar estornudar o toser cerca de los alimentos y **vigilar estrechamente** las heridas y las infecciones ordinarias.

Contaminación por salmonella:

Para evitar **una contaminación** por salmonella (salmonelosis) se deben mantener los **alimentos** en frío y el manipulador debe lavarse las manos después de **haber tocado** un alimento y antes de tocar otro, y siempre que sea necesario.

El botulismo:

Se produce **por el consumo** de alimentos «en conservas» en malas condiciones.

Es importante **asegurarse** del origen y **tratamiento** de todos estos tipos de alimentos (**embutidos**, conservas, etc.)

5.2. COMEDORES ESCOLARES

En estos **comedores** se deben programar y desarrollar todo tipo de actividades que **faciliten** el aprendizaje y adquisición de hábitos relacionados con: la **alimentación**, las relaciones sociales con otros componentes del grupo, **la higiene** personal y del entorno, el orden y la organización, **etc.**

En los seres **humanos** la alimentación **adquiere** una importante dimensión social. El **comedor** escolar ofrece una oportunidad excelente para el aprendizaje **de esas** conductas y el comportamiento a observar en todo acto social. También supone aprender a: compartir con los compañeros, **servir a otros**, pedir ayuda sin tiranizar a otros, etc.

Para que el niño **aprenda** a comer de forma autónoma, sería ideal que tal aprendizaje **se realizase** en el aula, por ser este lugar el más familiar y cercano **afectivamente** para los niños más pequeños. Pero razones de **higiene y normativas** reguladoras nos lo impiden.

En cualquier caso, los niños deberán estar atendidos del modo más personalizado posible, en un lugar tranquilo, con mobiliario adaptado a su edad (sillas seguras y cómodas y de altura adecuada a la talla de los niños y a la altura de la mesa).

Los niños, en principio, deberían poder agruparse según sus preferencias personales ocupando durante tiempos más o menos determinados los mismos sitios.

Para alcanzar los objetivos educativos debería haber un educador por cada diez niños.

La duración de las comidas debe ser la precisa para conseguir que esta actividad sea un rato tranquilo, placentero y gratificante.

Los niños dispondrán de todos los utensilios necesarios para tomar la comida (platos, vaso, cubiertos, servilleta, etc.) para que pueda aprender a utilizarlos correctamente. No se debe abusar de los recipientes de plástico. Como regla general, lo ideal es que la vajilla sea lo más parecida, si no igual, a la que se emplea por los adultos en la vida ordinaria. Con ello perseguimos que los niños se habitúen a emplear los mismos utensilios que empleamos cotidianamente. Las servilletas y manteles más higiénicos son los de papel.

Se inculcará la costumbre de comer sentados durante todo el tiempo que dure la comida.

Importancia del ambiente que rodea a la comida

La Educación Infantil debe transmitir el valor social y de relación que con ocasión de la comida se establece entre los seres humanos. En este campo, deben enseñarse hábitos adaptativos tan importantes como los de:

- Preparar y recoger la mesa.
- Respetar el turno para servirse.
- Servirse cantidades razonables.
- Guardar silencio durante la masticación.
- Hablar con naturalidad, pero ordenadamente, con los compañeros de mesa.

Los niños deben permanecer sentados y observar una conducta relajada que, sin molestar a sus compañeros, les permitiese disfrutar agradablemente de la situación.

La atmósfera general debe ser de alegría y calma. En suma, un momento agradable, un momento distinto para establecer entre sí, niños y adultos, relaciones distintas a las del resto del día.

Actitud del educador

Debe mostrarse sereno y relajado durante todo el proceso. Los niños, especialmente a estas edades, aprenden generalmente por medio de la imitación. Las actitudes que deseemos para los niños habrán de verlas reflejadas, en primer lugar, en nosotros.

El educador debe respetar el grado y ritmo de apetito de los niños y no confundir la tolerancia a la comida con el apetito o con el capricho.

Puesto que a los niños les gusta sostener la taza y la cuchara, podrían emplearse estos objetos y su manipulación como premio después de haberse comido lo previsto en el menú.

Cada logro alcanzado debe ser elogiado y los adultos resaltarán con frecuencia los progresos de los pequeños comensales.

Teniendo en cuenta que los hábitos de autonomía alimentaria no se adquieren hasta los 2-3 años de edad, se debe favorecer poco a poco ese aprendizaje y aceptar que el niño comience por tocar y explorar los alimentos con las manos.

También es necesario que el niño vaya interiorizando el sentido del tiempo. En este sentido será muy educativo que el educador fije, implícitamente, una duración media para las comidas, que ni deben eternizarse, ni pueden ser atropelladas.

Conseguir que la hora de la comida sea un rato agradable en la vida diaria del niño es una meta a alcanzar por los adultos que conviven con él.

Una actitud tolerante y distendida por parte del educador será un magnífico facilitador cuando quiera acostumbrar al niño a los nuevos sabores y texturas.

La hora de la comida debería ser un momento de fuerte interacción entre el adulto y el niño.

Cuanto menor sea el niño más necesitado estará de gestos cariñosos, caras graciosas, conversación e, incluso, contacto físico durante la comida.

Tengamos presente que la separación de la madre es para los pequeños un momento difícil que puede superarse con un poco de mayor atención por parte del adulto. Con todo, no debemos caer en actitudes de sobreprotección si no queremos prolongar indefinidamente una actitud de dependencia inmadura.

5.3. COLABORACIÓN ENTRE PADRES Y EDUCADORES

Es fundamental la colaboración entre educadores y padres para facilitarle al niño el tránsito desde la alimentación en el hogar a la alimentación en la escuela infantil.

Los avances que se produzcan en un ámbito deben ser comunicados inmediatamente a los adultos responsables del otro. De ese modo se consolidan los aprendizajes, se evitan retrocesos y, asimismo, pueden eliminarse conductas selectivas (por ejemplo, del tipo de comer sin ayuda en el comedor escolar y pedir que le den el alimento en casa; o del tipo de comer filete sin ayuda en la escuela y pedir en casa que se lo partan).

¿Cómo se llega a adoptar un criterio común entre educadores y padres?

Organizar actividades, tales como conferencias, charlas y folletos informativos, son algunos de los recursos que pueden resultar útiles para sensibilizar a las familias en cuanto al cambio y mejora de los hábitos alimentarios.

Si la colaboración familiar en otras áreas de la Educación Infantil es aconsejable, en la instauración y modificación de hábitos alimentarios es imprescindible.

Ha de ser la familia, por sí misma, la que vaya descubriendo las ventajas de introducir ciertas modificaciones en sus usos y los inconvenientes de una práctica irracional.

Es importante intercambiar información entre los padres y los educadores acerca de los progresos que se van obteniendo en el terreno de los hábitos alimentarios; es un factor esencial en la tarea de afianzar esos avances en un medio distinto a aquel en el que se lograron por primera vez.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, se puede conseguir con mayor facilidad:

- La consecución de autonomía y su generalización en todos los ámbitos. Por ejemplo, comienzo de la ingesta de alimentos sólidos en la escuela infantil que debe llevarse a cabo también en el hogar.
- El examen y la búsqueda de soluciones a los conflictos que surgen en torno a la alimentación entre padres e hijos.
- La supervisión conjunta de los menús y proposición, de mutuo acuerdo, de menús alternativos.

– Revisar y realizar **reajustes** de lo acordado.

Es muy importante **establecer** dietas equilibradas, completas y variadas. Por ejemplo, **complementando** en el hogar la **dieta** del día teniendo en cuenta el menú de la **escuela** infantil.

Para ello, las familias **deberían** recibir, por escrito, al menos los menús de la quincena.

Sería aconsejable que **recibieran** un boletín diario en el que se anotará no sólo el menú **servido** **sino** también hasta qué grado el niño ha consumido lo que se le **ha servido** y cómo se ha desarrollado la actividad (lloros, negativismo, **cooperación**, alegría, avances...).

Recuerda

Higiene alimentaria

– La Educación Infantil tiene que insistir en las conductas higiénicas en relación con la alimentación, como es el caso de: **lavar-se** las manos, utilizar adecuadamente los cubiertos, masticar y **deglutir** correctamente, lavarse los dientes y mantener una **postura** adecuada.

– Para controlar el **proceso** de contaminación de los alimentos hay que tener en cuenta: la temperatura, el **grado de** humedad, la **composición** de los mismos, el tiempo que transcurre desde **su** **contaminación**, procedimiento en su manejo y la higiene personal del manipulador. Los **alimentos** son fácilmente **contaminables** por gérmenes. Éstos pueden tener su origen **en las heces**, en las heridas abiertas (humanas y/o de los animales), en las excreciones **en general** en las secreciones-.

Comedores escolares

– Conseguir que la **hora de** la comida sea un **rato** agradable en la vida diaria del niño es una meta a alcanzar **por los** adultos que conviven con él.

– Los niños deben **estar atendidos** de forma individual y personalizada, lo ideal es que haya un educador **por cada** 10 niños.

– El educador debe **mostrarse** sereno y tranquilo y mantener una actitud que facilite el aprendizaje del niño, **que en** edades más tempranas se hará por imitación.

– Una colaboración **muy estrecha** entre educadores y padres es fundamental para el tránsito desde la **alimentación** en el hogar a la **alimentación** en la escuela infantil.

– Sería aconsejable **que las** familias recibieran un boletín diario en el que se anotará no sólo el menú **servido** **sino** también hasta qué **grado** el niño ha consumido lo que se le ha servido y cómo se **ha desa-**arrollado la actividad.

Ejercicios

11. Describe las medidas preventivas a tener en cuenta en la manipulación de los distintos tipos de alimentos.
12. Indica las características más importantes que tiene que reunir un comedor escolar.
13. ¿Qué actitudes del educador infantil pueden favorecer la adquisición de hábitos alimentarios adecuados y saludables?

6 Programación por objetivos para que el niño aprenda a comer solo

Este programa puede plantearse con niños mayores de 15 meses, momento en el que ya son capaces de utilizar la cuchara para intentar comer solos, y ya han adquirido cierta autonomía en cuanto a sus destrezas y habilidades manuales, grado de movilidad y desplazamiento y capacidad para relacionarse con los demás.

OBJETIVOS

- Conseguir que el niño/a sea capaz de comer solo la comida, utilizando la cuchara.
- Ingerir, poco a poco, los alimentos presentados en «trocitos», además de los purés completos.
- Beber agua, poco a poco, él solo con el vaso.
- Participar en el poner y quitar la mesa y en relacionarse con los demás niños

CONTENIDOS

- Características de los alimentos para ir conociendo, poco a poco, el nombre de los mismos.
- Estimulo de las capacidades del niño, para potenciar su colaboración en las actividades propuestas, para la adquisición de este hábito y los que puede llevar asociados.
- Manifestación de las necesidades del niño, en relación con la ingesta de alimentos y bebidas (fundamentalmente agua).

METODOLOGÍA

- La aplicación de las actividades para la adquisición de estos hábitos, se debe realizar en colaboración directa con los padres, para facilitar en el niño el proceso de aprendizaje y adquisición de los mismos.

- Se plantearán como actividad de grupo, teniendo siempre en cuenta, las características individuales de cada niño.
- Se llevarán a cabo las actividades aprovechando las horas de las comidas, estimulando a los niños para que participen en la misma.
- Al organizar y realizar estas actividades, deberá tenerse en cuenta la estabilidad emocional del niño/a, tratando de que intervengan con una actitud positiva y en un entorno en el que se sientan seguros.

ACTIVIDADES PROPUESTAS

- Coger la cuchara correctamente con la mano y llevársela a la boca.
- Antes de empezar las comidas, deben tener puesto el babero, para así poder mantenerse limpios. Lavarse las manos al finalizar la actividad.
- Comer utilizando la cuchara, en lugar de las manos, permitiendo cierto margen de libertad, aunque a veces jueguen con ella o se manchen. Se les ayudará siempre que lo soliciten.
- Durante la comida, se puede aprovechar para que empiecen a beber agua ellos solos directamente del vaso: al principio necesitarán de la ayuda del educador.
- Plantear alguna actividad de reconocimiento de ciertos alimentos que puedan llamar la atención del niño, diciendo sus nombres (frutas, chocolate, yoghurt, etc.).
- Participación de los niños en el «poner y quitar» la mesa; se empezará con aquellos utensilios que no conllevan riesgo de rotura ni de producir algún tipo de lesión.
- Hacer que los niños permanezcan sentados, si es posible, durante todo el tiempo que dure la comida y controlar la duración de la misma.
- Realizar otras actividades que van asociadas directamente a la adquisición de este hábito, tales como:
 - Higiene y limpieza de cara, boca, manos y ropa.
 - Fomentar las relaciones y respeto a los otros niños que comparten la mesa.

EVALUACIÓN

Será positiva cuando el niño ha realizado las actividades previstas y ha adquirido este hábito. Si se quiere hacer una valoración del proceso de

enseñanza aprendizaje. Se debe tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Si el niño es capaz de utilizar la cuchara con cierta destreza y puede comer solo y desde cuándo lo hace.
- La actitud del niño frente a las comidas en general y, ante los cambios de sabores y variación de los alimentos.
- Valorar si el niño intenta beber solo el agua en vaso y/o solicita ayuda del adulto.
- Tiempo que tarda en ingerir la comida y el que es capaz de permanecer sentado.
- Actitud en relación con el hábito de limpieza.
- Grado de participación en el «poner y quitar» la mesa.
- Observar si presenta algún tipo de alteración o trastorno como: rechazo de la comida, selección de los alimentos que es capaz de comer, inapetencia persistente, aparición de vómitos de forma habitual, etc.

Una vez que ha hecho la valoración de los resultados obtenidos después de la aplicación del «programa», se debe plantear, si es necesario, modificar los aspectos que se consideran importantes y significativos para estimular al niño y mejorar su actitud para favorecer el proceso de la adquisición de los objetivos previstos.

Si se detecta algún tipo de alteración, que no ha sido posible corregir con la reestructuración del programa, se debe acudir a otros profesionales como el médico y/o el psicólogo, para descartar otras posibles alteraciones o patologías e intentar superar el «problema».

Prueba de Autoevaluación

- 1 ¿Qué se entiende por nutrientes?
- 2 ¿Cuál es el objetivo de la función energética de los alimentos (nutrientes)?
- 3 Al confeccionar una dieta hay que tener en cuenta algunos criterios. Enumera y define los que consideres más importantes.
- 4 Enumera los aspectos más importantes que los educadores deben tener en cuenta para evitar que la comida sea un momento de conflicto.
- 5 Para la elaboración de los menús en la escuela infantil, hay que tener en cuenta...
- 6 Describe algunos de los errores que se cometen más frecuentemente en la alimentación de los niños.
- 7 Cita alguna de las precauciones a tener en cuenta al manipular los alimentos.
- 8 ¿Qué debemos tener en cuenta al dar el biberón al niño?
- 9 ¿En qué conductas debe centrarse la Educación Infantil en relación con la higiene alimentaria?
- 10 ¿Qué objetivos comunes deben plantearse los educadores y los padres en relación con la alimentación el niño?

FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior

EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD

5

HIGIENE
INFANTIL

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

Imprime: Gráficas VARONA, S.A.



HIGIENE INFANTIL



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. LA HIGIENE	7
1.1. Concepto	7
1.2. Tipos de higiene	8
2. HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO Y DEL LACTANTE	11
2.1. Higiene corporal. El baño	11
2.2. Higiene bucal	15
2.3. Higiene del vestido	15
2.4. Cambio de ropa de la cuna	17
3. HIGIENE DEL NIÑO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA	19
3.1. Higiene corporal	20
3.2. Higiene de los dientes	22
3.3. Higiene del vestido	25
4. HIGIENE DEL MEDIO	29
4.1. Higiene de la vivienda	29
4.2. Higiene del centro educativo	32
4.3. Espacios al aire libre	34
5. CREACIÓN DE HÁBITOS DE LIMPIEZA E HIGIENE	37
6. ALTERACIONES Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA HIGIENE	43
6.1. Alteraciones más frecuentes	43
6.2. Trastornos más frecuentes	45
7. PROGRAMACIÓN POR OBJETIVOS PARA EL CONTROL DE ESFÍNTERES	47
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	50



Introducción

La atención cuidadosa y sosegada de las necesidades cotidianas de los niños, cuando son pequeños, son la clave para que éstos puedan alcanzar un desarrollo físico y psicológico adecuado.

La higiene, entendida en su concepto más amplio, incluye: la higiene corporal, del vestido, de la vivienda, del entorno educativo, etc., es una actividad educativa que hay que plantear desde edades muy tempranas y que ha de aprovecharse para estrechar las relaciones afectivas entre los adultos y el niño/a. Su objetivo inmediato es conseguir el bienestar del niño.

Todas las actividades deben plantearse y repetirse con frecuencia hasta que el niño/a llegue a adquirir el hábito relacionado con todos y cada uno de los aspectos de la higiene.

La escuela juega un papel importante dado que una de las razones de su existencia es la instauración de aquellas conductas adaptativas que, más tarde, se traducen en hábitos, actitudes y conocimientos.

Para entender bien todos los contenidos incluidos en esta Unidad de Trabajo, es conveniente volver a repasar la Unidad de Trabajo 3, relacionada con la adquisición de los hábitos.

Se plantea al final de la unidad (apartado 7), para que sirva como esquema de referencia, un ejemplo de programación por objetivos para la adquisición del hábito: «el control de esfínteres»; cualquiera de los aspectos del programa pueden ser modificados para poderlo adaptar a las características específicas de cada niño o grupo de niños y en función de la escuela donde se aplique el citado programa.

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Describir la diferencia entre higiene general e higiene específica.
- Identificar y seleccionar el material necesario para realizar la higiene corporal y el cambio de ropa y pañales del niño.
- Aplicar las técnicas más adecuadas para realizar la higiene, y el cambio de ropa y pañal del niño.
- Planificar y realizar la limpieza e higiene de los dientes, según las diferentes técnicas de cepillado dental.
- Establecer los criterios necesarios para fomentar en los niños/as el hábito de higiene del entorno donde vive.
- Planificar actividades que favorezcan la adquisición de hábitos de higiene personal y ambiental.
- Organizar los objetivos a alcanzar por el niño en relación con los hábitos de higiene y el control de esfínteres.
- Analizar las características del niño, para planificar las actividades relacionadas con los hábitos de higiene.
- Describir las alteraciones y trastornos que aparecen con mayor frecuencia en relación con la higiene.



La Higiene

La higiene personal, la alimentación, el descanso y el sueño, deben considerarse como parte integrante del proceso de crecimiento y desarrollo del niño.

El aseo, el cuidado del cuerpo, el cuidado del aspecto personal y otra serie de aspectos relacionados con la higiene, deben integrarse en un trabajo global dirigido a cada niño/a con el fin de llegar a alcanzar su autonomía y el crecimiento personal, considerado como un todo (físico-psíquico).

1.1. CONCEPTO

Se define la «higiene», como la ciencia de la salud, teniendo en cuenta la relación del hombre con su hábitat (medio externo y colectividad), que tiene como objetivo el estudio de todas las condiciones y factores que intervienen en el mantenimiento de la salud del ser humano. Es decir, es el conjunto de reglas que deben tenerse en cuenta, para conservar y fomentar el estado de salud y para prevenir la aparición de posibles enfermedades.

No olvidar que se entiende el concepto de «salud» como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sobre la salud, entendida ésta en su más amplio sentido, van a intervenir una serie de factores tales como:

- La biología propia del ser humano.
- El medio que le rodea.
- Sus costumbres o manera de vivir.
- La asistencia sanitaria con que cuenta.

El primero de los factores (biología propia del ser humano), de momento, es inmodificable, sin embargo, cualquiera de los otros factores, aunque dependen del contexto social en el que se mueve cada persona, pueden modificarse y cambiarse para lograr un mejor nivel de salud.

Las enfermedades son muy frecuentes en la edad infantil. En el caso de las enfermedades infecciosas, su transmisión se ve favorecida por el elevado número de contactos repetitivos entre los niños. Este tipo de enfermedades es responsable de gran número de casos de absentismo escolar.

¿Cuáles son las enfermedades infantiles más frecuentes?

- *El catarro y la gripe*. Producidas por virus o bacterias y que se transmiten por contacto directo (con personas enfermas) o indirectamente (con objetos infectados).
- *Enfermedades exantemáticas* (escarlatina, rubéola, sarampión y varicela). Producidas por virus o bacterias. Se transmiten por contacto directo con personas enfermas.
- *Meningitis meningocócica*. Producida por bacterias. Se transmite por contacto directo con personas enfermas a través de sus secreciones nasales y bucales.
- *Parasitosis intestinales*. Producidas generalmente por lombrices. Se transmiten por contacto con objetos o ropas portadores de los huevecillos.
- *Pediculosis*. Producida por los piojos. Se transmite por contacto directo con personas infectadas.
- *Toxiinfecciones alimentarias*. Producidas por las bacterias o las toxinas que dan lugar a las intoxicaciones. Se transmiten por la ingestión de alimentos contaminados por las bacterias o las toxinas que producen la intoxicación.

La observación sistemática de los niños no sólo estará al servicio de los objetivos de carácter académico sino que también ha de servir para la detección de síntomas y signos de posibles enfermedades.

La información permanente que ha de existir entre la escuela (los educadores) y los padres se aprovechará para, ante cualquier sospecha de enfermedad, poner en marcha el mecanismo sanitario más apropiado.

Si se detecta en el hogar, se debe observar más estrechamente a los compañeros del niño enfermo, si se detecta en la escuela, para que el niño permanezca en el hogar y, si tiene hermanos, establecer un control preventivo sobre los mismos.

1.2. TIPOS DE HIGIENE

La higiene como ciencia se debe entender en su sentido más amplio y siempre debe ir encaminada al fomento de la salud y a la prevención de la enfermedad. Puede hacer referencia y ocuparse de aspectos generales o bien de las condiciones determinadas o específicas de la vida de las personas. Por lo que podemos clasificarla en dos grandes grupos: higiene general e higiene específica.

Higiene general

Se ocupa del estudio de todos aquellos aspectos globales que dependen de la relación de las personas con su hábitat.

Dentro de este grupo se incluyen a su vez:

- La higiene ambiental: **Que** incluye todos los procedimientos preventivos relacionados con una serie de factores presentes en el medio que influyen sobre la salud (el aire, el clima, el agua, el suelo, las condiciones de la vivienda, etc).
- La higiene rural y urbana: Se ocupa del estudio de las condiciones específicas (demográficas, laborales, sociales, económicas, psicológicas, etc.) de la vida en el medio rural o urbano.
- La higiene personal o individual: Abarca al conjunto de medidas que se aplican sobre las personas, como son: el aseo personal (piel, cabello, boca, manos, oídos, nariz, etc), el aseo del vestido y del calzado y la adquisición de hábitos saludables.
- La higiene alimentaria y de la nutrición: Se ocupa del estudio de las dietas equilibradas para cada persona, teniendo en cuenta sus características y sus circunstancias, así como de la obtención, manipulación, elaboración, conservación y preparación de los alimentos.
- La higiene mental: Cuyo objetivo es establecer las condiciones más idóneas que permitan el pleno desarrollo y realización de cada persona en el entorno social en el que vive y su adaptación al medio.
- La epidemiología: Se ocupa del estudio de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, para poder establecer sus causas, mecanismos de producción y los procedimientos más adecuados para conservar, y restaurar la salud personal y colectiva.

Higiene específica

Es la aplicación de la higiene general a situaciones concretas, mediante la adaptación de los estudios y actividades a determinadas condiciones, como el desarrollo evolutivo de la persona (higiene infantil, de la adolescencia, de la edad adulta, etc.), la actividad que desempeña (higiene escolar, familiar, laboral, del deporte, etc.), etc.

En esta Unidad de Trabajo se describen las medidas de higiene personal del niño y del entorno en el que éste crece y se desarrolla, fundamentalmente se hace referencia a la vivienda y a los centros educativos.

Higiene general	Higiene específica
<ul style="list-style-type: none"> - Higiene ambiental - Higiene urbana y rural - Higiene personal individual - Higiene alimentaria y de nutrición - Higiene mental - Epidemiología 	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene de los distintos estadios evolutivos de la vida - Higiene escolar - Higiene familiar - Higiene laboral - Higiene del deporte - Otras

Tipos de higiene

Recuerda

La higiene: Es la ciencia de la salud que tiene como objetivo el estudio de todas las condiciones y factores que intervienen en el mantenimiento de la salud.

Sobre la salud pueden intervenir los siguientes factores :

- La biología propia del ser humano.
- El medio que le rodea.
- Su costumbre y formas de vida.
- La asistencia sanitaria con que cuenta.

Tipos de higiene:

- General: Se ocupa del estudio de todos aquellos aspectos generales que dependen de la relación de las personas con su hábitat.

Incluye: la higiene ambiental; la rural y urbana; la personal; la alimentaria y de la nutrición; la mental y la epidemiología.

- Específica: Es la aplicación de la higiene general a situaciones concretas.

Incluye: Higiene de los distintos estadios evolutivos de la vida; la higiene escolar; familiar; laboral; del deporte, etc.

Ejercicios

1. Describe las diferencias entre la higiene general y la higiene específica, resaltando las características de la higiene personal.

2. Enumera los diferentes tipos de higiene personal y de higiene específica.

2

Higiene del recién nacido y del lactante

El aseo del recién nacido y del lactante debe realizarse para evitar posibles enfermedades infecciosas y proporcionar bienestar al niño. La higiene, junto con la alimentación y el descanso, favorecen su bienestar y, por lo tanto, su salud.

La higiene debe incluir el aseo corporal (baño), la higiene bucal, el cambio de ropa y de pañal.

Los niños pequeños (bebés), necesitan durante mucho tiempo que los adultos les cubran todas sus necesidades en relación con los cambios de pañal, la higiene personal, la higiene del vestido, el cuidado de su aspecto personal, etc.

Por lo tanto, estos aspectos serán los objetivos que los padres y educadores deben plantearse en relación con la higiene de los más pequeños, para garantizar su comodidad y su bienestar.

La higiene no sólo debe entenderse como una cuestión de bienestar físico, sino también, y en buena medida, de satisfacción emocional y afectiva. Los momentos de cambio de pañal, del baño y del vestido proporcionan situaciones óptimas para la relación y la comunicación.

2.1. HIGIENE CORPORAL. EL BAÑO

Tiene como objetivo el mantenimiento de la limpieza de la piel, de sus anejos (pelo, uñas) y de los órganos de los sentidos, para evitar posibles infecciones y mantener la piel hidratada.

Desde el nacimiento hasta los 7-10 días siguientes, el cordón umbilical va cicatrizando hasta su total desprendimiento. Durante todo este periodo debe realizarse la limpieza de la piel y de la herida umbilical.

Limpieza y cura del cordón umbilical

Generalmente el niño después del nacimiento va a permanecer con su madre y va a ser esta quien le realice la cura y limpieza del cordón umbilical; es conveniente que el educador infantil tenga los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo esta técnica.

Para su realización será necesario utilizar guantes, gasas estériles, alcohol de 70° o bien cualquier otro desinfectante.

Procedimiento

- Lavarse las manos y ponerse los guantes (al menos siempre se utilizan en el medio hospitalario).
- Limpiar bien la piel que rodea al cordón umbilical con compresas humedecidas en agua templada o con gasas estériles empapadas en una solución desinfectante.
- Sujetar la pinza del cordón umbilical con una gasa e impregnar la herida con gasas estériles empapadas en la solución desinfectante.
- Cubrir bien la herida colocando unos apósitos estériles alrededor del cordón para proteger la piel de la humedad.
- Tanto la cura de la herida, como la limpieza de la zona, debe realizarse todos los días en el momento del baño y siempre que sea necesario cuando la herida esté sucia hasta que cicatrice.

A partir del desprendimiento del cordón, se puede realizar el baño del recién nacido por inmersión; pero hasta ese momento, se limpia el cuerpo del niño con una esponja humedecida pasandola suavemente, por todas las partes del cuerpo, desde el cuello hasta el aparato genital. Se debe realizar con cuidado para no producir ningún tipo de daño; después se le seca bien la piel, insistiendo en las zonas de los pliegues cutáneos.

El baño corporal

Antes de iniciar el procedimiento del baño del recién nacido y/o del lactante, es necesario tener todo el material preparado, para facilitar el proceso. También habrá que preparar el lugar donde se realice el baño (cuarto de baño o habitación) que debe estar a una temperatura ambiente entre 20-23°C.

Material necesario

Bañera, agua (34-37°C), termómetro de baño, jabón neutro para bebés, esponjas o manoplas, toallas, crema hidratante o aceite para después del baño, torundas, peine o cepillo, pañal y ropa limpia para cambiar al bebé.

En los primeros meses puede utilizarse una bañera portátil, posteriormente, cuando el niño crece, se utiliza la bañera.

Procedimiento

- Lavarse las manos y ponerse guantes si se estima conveniente (en el medio hospitalario se utilizan siempre, como medida de prevención).

– Desnudar al niño en una mesa auxiliar cerca de la bañera. Si el niño está manchado (porque se ha hecho pis o caca), se limpia primero la zona perineal con el propio pañal o con toallitas húmedas, arrastrando la suciedad desde la zona genital hacia el ano.

– Sujetar al niño con la mano izquierda por los hombros y la cabeza y con la mano derecha por los tobillos, después introducir al niño en el agua con suavidad y poco a poco para que vaya adaptándose a la temperatura del agua. Se le mantiene sujeto dentro de la bañera con la mano izquierda, dejando libre la mano derecha para realizar el aseo.

– Lavar los ojos con cuidado. Puede hacerse directamente con agua o bien con una gasa humedecida. Se hará arrastrando la suciedad desde el ángulo interno del ojo hacia el externo. Después se le lava la cara con agua y sin jabón y a continuación las orejas.

– Continuar con el lavado de la cabeza, con un poquito de jabón o champú suave, teniendo la precaución de que el jabón no le entre al niño en los ojos. Posteriormente aclarar la cabeza varias veces hasta eliminar los restos de jabón.

– Después se continúa con el lavado del cuello, el tronco, las extremidades y los genitales. Colocar al niño boca abajo sobre nuestro brazo para limpiar la parte dorsal de su cuerpo. Se realiza pasando una esponja con una pequeña dosis de jabón, haciendo hincapié en la zona de las axilas, ingles y pliegues cutáneos.

– Los genitales de los niños se deben limpiar bien insistiendo en la zona del prepucio si su retracción es posible. En las niñas se deben limpiar bien los labios menores y después desde la zona del pubis hasta el ano.

– Cuando se termina el baño, que no debe durar más de 10 minutos, se le saca al niño de la bañera y se le coloca en una mesa auxiliar sobre una toalla y se le seca con movimientos suaves para no irritar la piel; insistiendo en las zonas de pliegues cutáneos. Los oídos se secan con un algodón enrollado, girándolo suavemente. Cuidado con el uso de bastoncillos pues pueden producir lesiones.



Persona adulta efectuando el baño de un niño pequeño.

- Si es necesario se le aplica crema protectora o aceite de baño, extendiéndola suavemente por todo el cuerpo.
- Al terminar se le viste y se le peina con un cepillo suave.

¿Cómo deben cortarse las uñas?

El momento del baño se puede aprovechar para revisar cómo están las uñas y para cortarlas siempre que sea necesario.

Las uñas de las manos y de los pies se cortan desde las primeras semanas de vida para evitar autolesiones accidentales, para ello se utilizará una tijera de punta roma.

Las uñas de las manos se cortan siguiendo la línea de los dedos, para facilitar la labor se coloca al niño tumbado sobre el regazo.

En las de los pies no deben cortarse los ángulos laterales para, de este modo, evitar que se encarnen.

En general, la frecuencia del corte se realiza cada 7-10 días, aunque depende de las necesidades y características de cada niño.

Limpieza de la nariz

Las fosas nasales se deben limpiar para eliminar las secreciones, utilizando un algodón enrollado humedecido. Cuando esté indicado pueden utilizarse previamente gotas nasales (solución salina).

Si el niño tiene gran cantidad de mucosidad que dificulta la respiración, se emplea una pera o aspirador de goma, que debe lavarse después de cada aspiración con agua hervida para evitar problemas infecciosos.

¿Qué precauciones deben tenerse en cuenta en relación con el baño?

- Debe elegirse, siempre que sea posible, la misma hora del día. Generalmente, se realiza antes de dormir por la noche, para que el niño se relaje y pueda descansar mejor.
- Debe realizarse con suavidad y paciencia, para que al niño le resulte un momento agradable, es un buen momento para establecer una buena comunicación y una relación de afecto entre el adulto y el niño. Por lo tanto, se debe aprovechar para acariciar al niño, hablarle, etc.
- Es importante sujetar bien al niño para evitar accidentes.
- No prolongar el tiempo del baño para evitar enfriamientos.
- No abusar del uso de jabón, ni de colonia, pues pueden llegar a producir irritaciones de la piel.

2.2. HIGIENE BUCAL

En el recién nacido y en el lactante no es necesario limpiar específicamente la boca, excepto en indicaciones muy concretas, para evitar la aspiración de secreciones y prevenir la posible aparición de infecciones. Es fundamental vigilar el estado del paladar ya que con frecuencia el niño puede tener una infección producida por hongos (candidiasis).

Material necesario

Gasas estériles, suero fisiológico o violeta de genciana, pinzas y un recipiente para recoger todo el material.

Procedimiento

- Lavarse bien las manos. En el medio hospitalario siempre se utilizan guantes.
- Colocar al niño con la cabeza de lado y abrir la boca presionando ligeramente la mandíbula.
- Introducir una gasa seca con el dedo en gancho para extraer las secreciones de la boca.
- Coger una gasa con una pinza, humedecerla en suero o en violeta de genciana y pasarla por toda la superficie de la boca y de la lengua.
- Al terminar, se limpia y se seca bien la boca y los labios.

2.3. HIGIENE DEL VESTIDO

La ropa que se utiliza para los niños debe ser fácil de poner y quitar, amplia para permitir su movilidad y sin botones o cierres complicados. Su objetivo, a parte del estético, es mantener el equilibrio térmico del cuerpo.

¿Qué características debe reunir la ropa de los niños?

- Se debe utilizar ropa adaptada a las características físicas del niño y a las condiciones climatológicas.
- Debe ser sencilla en su confección y amplia, para facilitar la actividad de vestir y desvestir al niño.
- Se utilizarán prendas de tejidos naturales (algodón, hilo, lino) antes que tejidos sintéticos, para evitar posibles reacciones alérgicas. Y que sea fácilmente lavable.

- El calzado debe ser cómodo y holgado, para evitar rozaduras y compresiones de los pies. Cuando el niño empieza andar debe sujetar bien el tobillo.

Cambio de la ropa y del pañal

Después de lavarnos las manos, se prepara todo el equipo necesario, que va a depender de la hora del día y de lo se vaya a hacer con el niño (comer, dormir, etc.)

Material necesario

- Camisetas o body, pañal, jersey y pantalón o conjunto completo, camisa/vestido y patucos o calcetines.

Procedimiento

- Colocar al niño boca arriba (en decúbito supino), sobre una mesa auxiliar o sobre una cama, en la que se ha colocado un protector.
- Quitarle con cuidado toda la ropa. Si está manchado por la eliminación de orina o heces, se limpia la zona genital y la zona anal como se explicó en el aseo corporal (baño).
- Ponerle la camiseta o el body con suavidad para no hacerle daño al introducir los brazos del niño en las mangas.
- Sujetar al niño por los pies con una mano, para elevar la pelvis, y colocar debajo el pañal (la parte media del pañal coincide aproximadamente con la zona genital); a continuación, bajarle las piernas y sujetar el pañal con las cintas adhesivas.



Persona realizando el cambio de pañales de un niño pequeño

- Estirar bien el body por encima del pañal y sujetarlo en su parte inferior (zona genital) con el sistema que lleve de broche o de cierre.

- A continuación se le pone la braguita o el pantalón y el jersey o el tipo de ropa que utilice.

- Dar la vuelta al niño y colocarle bien la ropa sujetándola en su parte posterior (espalda).

El cambio de la ropa y del pañal, además de proporcionar al niño una agradable sensación de bienestar (por estar limpio y seco), le hace sentir una serie de sensaciones y puede adquirir una serie de aprendizajes:

- Se produce un estrecho contacto corporal con el adulto (caricias, besos, etc.) y por lo tanto una forma intensa de comunicarse.
- Se potencian las sensaciones sensitivas (contacto con los adultos, el agua, el jabón, etc.), las sensaciones auditivas (voz de los adultos, sonido del grifo, etc.), las visuales y las olfativas.
- Es un buen momento para hablarle en exclusiva, hacer comentarios sobre lo que está haciendo, dirigirle palabras de afecto, etc.

2.4. CAMBIO DE ROPA DE LA CUNA

La ropa que se utiliza para la cuna de los niños debe ser poca y ligera. Si la temperatura ambiente es la adecuada no será necesaria.

El colchón debe ser duro y se protegerá siempre con una funda impermeable. No se debe utilizar almohada.

Material necesario

Colchón con su funda, un empapador, sábanas (bajera y encimera), manta y a veces colcha.

Procedimiento

- Colocar la sábana bajera, bien estirada y remetiéndola bajo el colchón evitando que queden arrugar, que podrían lesionar la piel del niño. Actualmente se utilizan sábanas ajustables, que evitan más fácilmente la formación de arrugas.
- Poner sobre la sábana bajera el empapador, colocado transversalmente en centro de la cuna.
- Colocar la sábana superior y la manta, remetiéndola en la parte de los pies, procurando dejar bastante holgura, para que el niño pueda moverse cómodamente.
- Por último se pone la colcha y se hace el embozo con la sábana superior.
- Cuando se va utilizar se deja abierta para facilitar el acceso, cuando se acuesta al niño.

Recuerda

El cordón umbilical debe curarse y limpiarse durante los primeros días, después del nacimiento, para que la herida poco a poco vaya cicatrizando, hasta que se produzca su total desprendimiento.

El baño durante el primer y segundo año de vida del niño debe utilizarse no sólo como una medida de higiene que facilite su comodidad y bienestar, además, se debe aprovechar este tiempo para mantener unas buenas relaciones de afecto entre los adultos y el niño.

No debe durar más de 10 minutos.

El aseo de todo el cuerpo debe completarse con la limpieza de la nariz, siempre que proceda, y con el cortado de las uñas (para evitar que el niño se produzca lesiones).

La limpieza de la boca en los niños pequeños sólo se realiza en circunstancias especiales, para evitar las aspiraciones de secreciones y la posibilidad de un proceso infeccioso.

La ropa debe adaptarse a las características físicas del niño y a las condiciones medioambientales y climatológicas.

Debe ser cómoda, para permitir el movimiento, de confección sencilla y hecha con productos naturales (lino, algodón, etc.), para evitar problemas alérgicos o dermatitis de contacto.

El calzado también debe ser cómodo y amplio, para evitar roces y heridas.

Ejercicios

3. Realiza la práctica de bañar y cambiar la ropa y pañal de un bebé, utilizando como modelo un muñeco de un tamaño parecido a un recién nacido normal.

4. Si tienes oportunidad, observa a una madre bañando a su hijo en una bañera portátil y/o cambiando de ropa y pañal a un bebé. Después elabora un esquema con el procedimiento de cada una de estas actividades y de las precauciones que la madre ha tenido en cuenta al realizarlas.

3 Higiene del niño durante la primera infancia

Se entiende como primera infancia, el periodo que va desde el final de la lactancia hasta los 5 ó 6 años, momento en que el niño es independiente y es capaz de realizar por sí mismo este tipo de actividades.

La higiene personal se lleva a cabo mediante la limpieza de la piel y los órganos de los sentidos, la higiene bucal y la higiene del vestido y del calzado.

La finalidad de este tipo de actividades es:

- Eliminar la suciedad y los gérmenes.
- Favorecer las funciones de la piel (protección secreción, etc.)
- Conseguir que el niño, poco a poco y mediante la «repetición» de este tipo de actividades, pueda llegar a ser autónomo e independiente, adquiriendo unos hábitos de higiene saludables.

Inicialmente, cuando el niño es pequeño, su higiene personal debe ser realizada por los adultos responsables en cada ámbito donde se mueve (la escuela, la familia, el hospital, etc.), posteriormente, cuando el niño tiene alrededor de los 3 años, ya es capaz de colaborar de forma activa con los adultos en el cuidado e higiene personal. Hacia los 5 años puede comenzar a realizar su aseo personal él solo, aunque bajo la supervisión de los adultos.

En cualquiera de las etapas, debe procurarse que la actividad del aseo sea la más adecuada a las necesidades higiénicas concretas.

¿Qué debemos tener en cuenta para realizar el aseo?

- El baño debe constituir un momento agradable y satisfactorio para el niño.
- Se debe realizar siempre que sea posible a la misma hora, siendo conveniente, hacerlo por la noche, para favorecer la relajación del niño antes de dormir.
- Se aprovechará ese momento para establecer una relación de comunicación, contacto y afecto entre los adultos y el niño.
- Se estimulará al niño, en cuanto sea posible y su edad lo permita, a que colabore en la actividad, teniendo en cuenta su capacidad y su grado de desarrollo, con el objetivo de ir fomentando progresivamente los hábitos de higiene y cuidado personal.
- No debe dejarse al niño solo en el baño, para evitar riesgo de accidentes.

3.1. HIGIENE CORPORAL

Incluye el baño, la limpieza de los ojos, la nariz, los oídos, el cabello y las uñas.

Material necesario

Esponja, jabón, champú, gasas, tijeras, peine o cepillo, termómetro, toalla, pañal (si aún lo utiliza) y ropa limpia.

Procedimiento

- Si el niño tiene de 1 a 3 años se le desnuda en una habitación o directamente en el baño, teniendo la precaución de que esté a una buena temperatura entre 20-23^oC y se le mete en la bañera después de comprobar la temperatura del agua (36-38^oC).
- Se le sujeta la cabeza y hombros con una mano (izquierda) y se le tumba al niño o bien se le mantiene sentado (y sujeto) dejando la otra mano libre para realizar la limpieza. Es importante que el suelo de la bañera sea antideslizante.
- El aseo se realizará siguiendo las mismas pautas que en el caso de los recién nacidos y los lactantes.
- Primero se limpian los ojos y la cara sin jabón, después se lava la cabeza con un poco de champú, aclarando después muy bien para eliminar los restos de jabón, teniendo la precaución de que no le entre en los ojos.
- Limpiar después el cuello, tronco, extremidades y dorso del niño, se hará con una esponja y una pequeña dosis de jabón, aclarando posteriormente. No debe olvidarse limpiar las axilas, ingles y pliegues cutáneos e intergluteos.
- Los genitales se limpian en los niños retrayendo hacia atrás el prepucio, si es posible, y en las niñas se limpian los labios menores, y después desde el pubis hacia el ano.
- Al terminar el baño (que no debe durar más allá de 10 minutos), se envuelve al niño en una toalla y se le seca muy bien la piel, con movimientos suaves. Insistir también en el secado del pelo y de las zonas de pliegues cutáneos. Se puede aplicar aceite de baño o crema hidratante.
- Finalmente se viste al niño y se le peina con un peine suave o con cepillo.

Limpieza de los ojos

- Se limpian siempre que sea necesario o bien en el momento del baño.
- Se debe hacer con agua y sin jabón, arrastrando la suciedad desde el ángulo interno del ojo hacia el ángulo externo.
- Al terminar se seca con una toalla con movimientos suaves.

¿Qué otros cuidados higiénicos pueden realizarse?

- Facilitar actividades que eduquen la percepción visual del niño.
- Evitar luces escasas y defectuosas.
- Evitar la fatiga visual y facilitar controles oftalmológicos regulares para comprobar el estado de salud y corregir precozmente posibles defectos.

Limpieza del oído

- Se debe realizar durante el baño, limpiando con agua el pabellón auditivo. Después se seca utilizando una toalla suave y un algodón enrollado que se pasa por el conducto auditivo externo, para extraer el cerumen.

¿Que otros cuidados higiénicos incluye?

- Facilitar actividades para educar el sentido del oído, como oír música, cantar, etc.
- Evitar ruidos intensos e introducir objetos extraños.
- Realizar controles otorrinológicos, para descartar precozmente posibles alteraciones (sordera, infecciones, etc.)

Limpieza de la nariz

- Si el niño es pequeño se limpia con un pañuelo humedecido, para extraer las costras o las secreciones viscosas. También puede realizarse con una pera o aspirador (como se especificó para los recién nacidos y lactantes).

Cuando el niño ya sepa hacerlo él solo, se sonará la nariz utilizando un pañuelo. Se facilita la limpieza tapando primero una fosa nasal e intentando expulsar por la otra las secreciones nasales y después se hace lo mismo con la otra.

¿Qué otros cuidados higiénicos incluye?

- Actividades para educar el sentido del olfato, como: identificar los olores, reconocer objetos por su olor, etc.
- Evitar la introducción de los dedos u objetos en las fosas nasales.

Limpieza de las manos y de las uñas

– La higiene de las manos debe fomentarse desde que el niño es pequeño, sobre todo antes y después de las comidas, de tal forma que pronto adquiriera este hábito. También hay que acostumbrarlo desde pequeño a que no se lleve los dedos a la boca, la nariz o las conjuntivas para evitar el riesgo de contagios y de enfermedades.

– Las uñas de las manos y de los pies se deben cortar siempre que sea necesario y de forma periódica, se utilizará una tijera de punta roma, siguiendo la misma técnica explicada para los lactantes y recién nacidos.



¿Cómo se efectúa el baño en los niños que ya colaboran?

Cuando el niño va siendo mayor, es decir, aproximadamente a partir de los 3 años en que el niño ya puede colaborar en el aseo e higiene personal, debe organizarse la actividad de tal forma que participe de manera relajada y voluntaria, para de esta forma facilitar la adquisición de los hábitos de higiene y limpieza.

Se debe llevar a cabo como una actividad lúdica, donde el adulto sea

capaz de controlar la situación y se puede aprovechar para establecer y facilitar otra serie de hábitos, tales como aprender a desnudarse y vestirse, peinarse, etc., y mantener una buena relación con los adultos.

A partir de los 4 ó 5 años el niño ya es capaz de realizar solo su higiene personal. En este caso el niño realizará todas aquellas actividades que pueda, siempre bajo la supervisión del adulto que le irá corrigiendo las cosas que no haga correctamente y le ayudará en lo que sea necesario, como puede ser: el lavado del pelo, de la espalda y en el correcto secado.

3.2. LIMPIEZA DE LOS DIENTES

El lavado de los dientes debe llevarse a cabo en cuanto el niño sea capaz de realizarlo. Se debe empezar utilizando sólo el cepillo de dien-

tes, sin dentífrico. El dentífrico se **utilizará** cuando el niño sepa enjuagarse correctamente.

El objetivo de la higiene dental es **evitar que los** residuos alimentarios se depositen en los dientes formando **la placa bacteriana** debido a la proliferación de bacterias, esta placa puede **llegar a** calcificarse y formar un depósito duro conocido como **cálculo o sarro**, que puede dar lugar a la aparición de caries o de otro tipo de **enfermedades dentales**.

Material necesario

- Cepillo dental: que debe ser de **cabeza corta** (para facilitar el acceso a todas las regiones de la cavidad **bucal**), **fabricado** con cerdas sintéticas, de punta redondeada (para facilitar **el movimiento circular** del cepillado), y alineadas en varias hileras. **Deben** ser blandas o de dureza media.
- Dentífrico: Debe contener flúor.
- Vaso: para enjuagarse la boca con **agua**.

Técnicas de cepillado

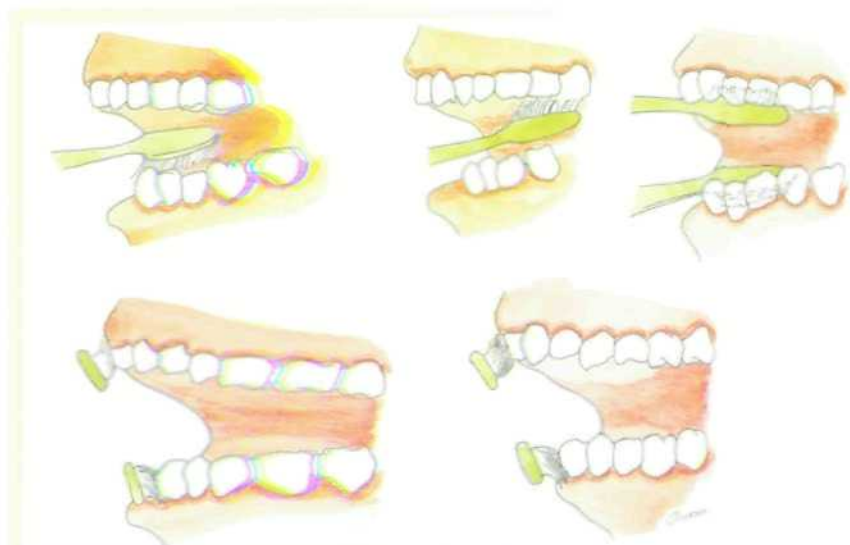
Cuando el niño es pequeño se realiza **el cepillado** solamente con el cepillo humedecido en agua, y posteriormente, **cuando** el niño es capaz de enjuagarse correctamente se hará **con pasta de** dientes y con agua.

Técnica vertical

- Consiste en colocar las cerdas del **cepillo formando** un ángulo de 45° con la superficie del diente, apoyándose ligeramente sobre la encía.

- La limpieza se hace realizando un movimiento vertical de barrido desde la encía hacia el diente, es decir, se cepillan las encías y los dientes de arriba abajo primero por su cara externa y después por su cara interna.

- Las superficies masticatorias (oclusales) se cepillan de atrás hacia delante y a la inversa.



Movimientos del cepillo en cada una de las técnicas de cepillado

- Se termina la limpieza haciendo un enjuague bucal con agua.

Técnica rotacional

- Se coloca el cepillo de mismo modo que en la técnica vertical, pero se realiza la limpieza mediante un movimiento «circular». El barrido en rotación debe hacerse con mucho cuidado para evitar dañar la encía. Se cepillan las encías y los dientes por todas sus caras, como en la técnica anterior.

Técnica de Bass

- Se utiliza en personas que presentan enfermedades periodontales.
- Consiste en colocar el cepillo sin pasta de dientes en la posición descrita en la técnica vertical y realizar una ligera vibración sin llegar a desplazar el cepillo.

¿Cuál es la técnica más idónea para enseñar a los niños a lavarse los dientes?

- Se emplea generalmente el cepillado de dientes siguiendo la técnica vertical, debido que es la más fácil de comprender y por lo tanto de poner en práctica.
- Debe acostumbrarse lo más pronto posible a que el niño se lave los dientes después de cada comida y antes de acostarse por la noche.
- Inicialmente debe plantearse como un juego, donde el niño se vea implicado.

- Si esta conducta se observa en los adultos que le rodean, será más fácil el aprendizaje y la adquisición de este hábito, debido a su capacidad de imitación.

¿Qué otros cuidados higiénicos comprende?

- Realización de otras actividades educativas para que el niño se familiarice con los cuidados de los dientes (por ejemplo a través del juego).
- Utilizar agua fluorada.



Niño pequeño realizando su higiene bucal.

- Evitar el consumo de alimentos que contengan azúcares refinados (bollos, pasteles, caramelos, etc.), pudiéndolos sustituir por otros que contengan azúcares de tipo vegetal.
- Evitar el uso excesivo del chupete, ya que puede favorecer la aparición de infecciones.
- Acudir de forma periódica al estomatólogo, para realizar revisiones del estado de la boca, limpiezas dentales, etc.
- Cuando el niño es más mayor se le puede enseñar el uso y utilización de la seda dental (hilo dental).

3.3. HIGIENE DEL VESTIDO

El vestido tiene una gran importancia para los seres humanos, ya que sirve no sólo desde el punto de vista estético, sino que, además, se utiliza para proteger y cubrir el cuerpo.

Su finalidad es mantener el equilibrio térmico, eliminar el agua por transpiración, intercambiar gases a través de la piel y proteger del aire frío, del calor y de la lluvia.

Es importante que permita que la persona se desenvuelva cómodamente con el tipo de vestido que utiliza y que pueda moverse y desplazarse con facilidad.

¿Qué características debe reunir el vestido infantil?

- Al niño se le debe poner solamente la ropa imprescindible, de acuerdo con sus características y con las condiciones climáticas.
- Deben ser ropas de confección sencilla, que incluso, permitan al niño ponersela y/o quitarsela cuando adquiera este hábito. Los cierres de cremallera son preferibles a los de botones (éstos dificultan la actividad de vestirse y desnudarse).
- Serán fácilmente lavables, dada la facilidad con la que los niños se manchan.
- Se utilizarán prendas de tejidos naturales (algodón o lino), para evitar la aparición de reacciones alérgicas (ropa hechas con géneros sintéticos).
- Deben lavarse con detergentes que no sean irritantes, para evitar la posibles aparición de reacciones cutáneas.

- Se han de adaptar al niño sin **provocarles** compresión, que podría dificultar la circulación sanguínea.
- El calzado debe permitir que el niño se mueva con comodidad, evitando que le quede muy ajustado (que puede ocasionarle roces y heridas) o tan grande que se le salga al andar.
- El niño debe llevar unos zapatos que le permitan abrir los dedos en abanico y llevar el talón suficientemente sujeto. La suela será dura cuando se utiliza para andar por suelo blando (césped o tierra).

¿Cuál será la labor de padres y educadores?

- Cuando se viste o desviste al niño, ha de realizarse de forma suave y con paciencia, evitando hacerle daño, sobre todo cuando se introduce los brazos y las piernas dentro de la ropa.
- Se debe establecer una buena relación de afecto y aprovechar este momento para ir enseñándole a niño a ponerse y quitarse la ropa, teniendo en cuenta sus características y sus capacidades. No olvidar que el niño aprende por imitación.
- También se aprovechará para inculcarle el hábito de la limpieza y cuidado de la ropa, para que sea capaz de ir asumiendo la responsabilidad en el orden y cuidado de su propia ropa.
- A veces somos los adultos los que retrasamos el proceso de aprendizaje, pues el hecho de que el niño intente vestirse solo o ponerse el calzado, alarga el tiempo dedicado a vestir al niño y muchas veces la prisa nos hace (a los adultos) que seamos intransigentes.

Es importante revisar la Unidad de Trabajo relacionada con los hábitos.

Edad	Características
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Pone de manifiesto que está sucio - Colabora cuando se le viste, alargando los brazos y las piernas - Favorece el cambio de pañal y el lavado de manos y cara
12-18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora cuando se le lava, estira las manos y las coloca debajo del grifo - Se quita prendas de vestir sencillas (una manga, se baja los pantalones, se saca un jersey por la cabeza, etc.)
18-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Avisa y se da cuenta cuando está mojado o sucio - Empieza a utilizar el orinal - Se quita prendas de vestir más complicadas (zapatos ya desatados, abre y cierra cremalleras) - Se pone prendas sencillas - Espera a que se le remangue para lavarse las manos
24-30 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Empieza a controlar esfínteres - Utiliza el orinal cuando se le sienta - Se lava y seca las manos con ayuda y cuelga la toalla - Se suena la nariz con ayuda
30-36 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Pide pis y caca y utiliza el orinal, se le pueden quitar los pañales - Se baja y sube la ropa sencilla y se viste con ayuda - Desabrocha y abrocha la ropa de otros y se calza los zapatos sin atarlos - Se lava y se seca las manos si se le recuerda todo el proceso
4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de hacer pis y caca él solo, aunque todavía pide ayuda - Se abrocha y desabrocha su propia ropa - Se viste por sí solo casi de forma completa - Se lava y se seca él solo
5 años	<ul style="list-style-type: none"> - Se atiende a sí mismo por completo, tanto en el cuidado de su higiene personal como para vestirse o desvestirse, sólo en determinadas ocasiones requiere la supervisión del adulto.
6 años	<ul style="list-style-type: none"> - El niño ya es independiente y autónomo tanto en los aspectos relacionados con la higiene como en el proceso del vestirse y desnudarse.

Evolución de la higiene y el vestido en el niño en función de la edad

Recuerda

La *higiene personal*, debe incluir la **limpieza** de la piel, los órganos de los sentidos, la **higiene bucal** y **la** **higiene** del vestido y del calzado.

Su finalidad es: eliminar la suciedad, **facilitar** las funciones de la piel y conseguir la adquisición en el **niño** de los hábitos de limpieza.

El aseo corporal, en los niños de 1 a 3 años se realiza **teniendo** en cuenta todos los aspectos descritos en el aseo del lactante. Debe **aprovecharse** este momento para ir fomentando en el niño la necesidad de estar limpio y la **posibilidad** de colaborar con el adulto en su higiene personal.

Los cuidados higiénicos se deben completar con otra serie **de actividades** que van ayudando al niño poco a poco a conseguir su autonomía.

La higiene de los dientes, se debe realizar con un cepillo **de cabeza** corta, que permita acceder a todas las zonas de la boca.

Existen varias técnicas de cepillado:

– Vertical, rotacional y de Bass, en todas ellas debe **colocarse** el cepillo formando un ángulo de 45° con la superficie del diente, apoyándose **ligeramente** en la encía.

Higiene del vestido, la ropa que utilizan los niños deben **reunir una** serie de características que faciliten su uso y favorezcan la sensación de **bienestar**.

Ejercicios

5. Describe los aspectos más importantes **a tener** en cuenta para realizar el aseo corporal de un niño de 3 años.

6. Construye un modelo de boca utilizando diversos **materiales** y realiza las prácticas de cada una de las técnicas de cepillado de los dientes.

7. Si tienes la posibilidad solo y después con su ayuda.

4 Higiene del medio

Los accidentes son la primera causa de muerte entre los niños mayores de un año.

Aún a costa de parecer tremendistas, basta tomar como referencia este dato para entender la importancia que debemos dar a las posibles fuentes de riesgo que suponen las instalaciones, los materiales utilizados y las actividades que se realizan en la escuela, así como las condiciones de la vivienda familiar y los espacios al aire libre que utiliza el niño vamos a describir las condiciones higiénicas que deben reunir la vivienda, la escuela y las instalaciones al aire libre (jardines, campos de deportes, etc.) por ser en estos entornos donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo cada día.

4.1. HIGIENE DE LA VIVIENDA

Para que la vivienda pueda considerarse higiénicamente adecuada, y el niño sufra los menores riesgos contra su salud, será necesario, siempre que esto sea posible, tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Contar con espacio suficiente, que dependerá directamente del número de personas que componen el entorno familiar.
- Es conveniente que el niño pueda disponer de habitación propia y que haya en la vivienda otras habitaciones como son: el salón comedor, la cocina, el cuarto o cuartos de baño y otras habitaciones para los otros miembros de la familia.
- Además, es muy útil y saludable que en la proximidad de la vivienda se cuente con zonas verdes y espacios libre dedicados a los juegos y paseo de los niños.
- También debe contar en sus alrededores con tiendas, centros comerciales, guarderías, colegios, etc., que permitan a la familia llevar una vida más tranquila y disponer de mayor tiempo libre para dedicar a sus hijos.

¿Cuáles son las condiciones que debe reunir una vivienda?

- Debe tener una buena ventilación.
- La temperatura ambiente debe oscilar entre los 18– 22°C.

- El grado de humedad estará comprendido entre un 40-60%.
- Siempre que sea posible, dispondrá de un buen sistema de aislamiento exterior contra el ruido.
- Contará con una buena iluminación natural, por disponer de ventanas grandes o porque le da la luz del sol. También tendrá una buena iluminación artificial.

¿Qué condiciones debe reunir la habitación del niño?

- El suelo y las paredes siempre que se pueda deben ser fácilmente lavables.
- Debe reunir todas las condiciones generales de la vivienda citadas anteriormente.
- Además, contará con otras condiciones determinadas de seguridad, para evitar accidentes tan frecuentes en los niños. Entre ellos cabe destacar:
 - Protección de los enchufes.
 - Medidas que eviten la apertura o cierre de puertas y ventanas por el niño.
 - Protección de esquinas, aristas o bordes, que puedan ser potencialmente peligrosas.
 - No tener elementos de adorno al alcance de los niños que conlleven riesgos.
 - Evitar que los muebles puedan desplazarse por los niños, pudiendo provocar accidentes

¿Cómo debe ser el mobiliario?

- Deben ponerse sólo los muebles que sean necesarios, para no recargar la habitación y dejar espacio libre que le permita al niño moverse y, además, le garantice un mínimo de seguridad.
- Los muebles serán de materiales fácilmente lavable.
- No tendrán esquinas o aristas que pueden ser peligrosas.
- Deben contribuir al bienestar del niño.
- Este mobiliario estará generalmente formado por:

– *Moisés o capazo*: Es una pequeña cama transportable que se utiliza durante los primeros meses de vida. La ropa con que se «viste» debe ser fácil de lavar.

– *Tumbona*: Mantiene al niño en posición semisentada, de forma cómoda y sin que perjudique a su espalda. Lo importante es que sea estable y que disponga de un cinturón para sujetar al niño. Es portátil lo que permite trasladar al niño de un lugar a otro y tenerle cerca de los adultos.

– *Bañera*: Las bañeras plegables suelen ser de plástico y tienen la ventaja de ocupar poco sitio. Además, pueden ser utilizadas también para cambiar al niño la ropa y los pañales. Están a una altura, que permiten utilizarla de forma cómoda para el adulto.

– *Silla de paseo*: Debe tener un armazón sólido y unos buenos frenos, también llevan unos ameses o un cinturón que permiten mantener al niño sujeto. Es importante que sean de un material que sea fácil de lavar.

– «*Trona*»: Es una silla que dispone de un soporte anterior, que se utiliza para dar las comidas al niño, cuando ya es capaz de permanecer sentado. Permite que el niño esté sentado a la altura de los demás. Debe tener una base amplia, para que sea estable y conviene que lleve un cinturón de seguridad para sujetar al niño. Será de un material fácilmente lavable.

– «*Parque*» o *corralito*: Tiene una forma similar a la de las cunas, pero con una base de apoyo situada más bajo que en la cuna. Los lados son altos para evitar que el niño se salga, formados por un tejido de malla con cierta elasticidad. Se utiliza para que el niño juegue hasta que aprende a andar.

– *Andador*: Es una silla cerrada por sus cuatro lados, que dispone de ruedas que facilitan el desplazamiento del niño, mientras consigue el equilibrio en bipedestación.

– *Armario o cajonera*: Se utiliza para guardar la ropa del niño, debe disponer de espacio suficiente para facilitar, cuando el niño crece, la adquisición del hábito del orden y la limpieza. Será de material fácil de lavar o limpiar.

– *Arcón o baúl*: Se suele utilizar para guardar los juguetes. Debe ser de material lavable. Facilita el proceso de aprendizaje del orden y limpieza.

– *Cuna*: Se suele utilizar hasta los 2 años, momento en que se sustituye por la cama.

Suelen ser de madera o de metal, con protecciones laterales, formadas por barrotes próximos entre sí, que no permitan que el niño pueda sacar la cabeza a través de ellos. Conviene poner un protector almohadillado para evitar que el niño se golpee.

Su base y el colchón (que debe ir con funda impermeable) deben ser duros. Se debe procurar que el somier sea regulable a distintas alturas, para poder bajarlo a medida que el niño crece y evitar así que se tire.

– A partir de los 2 años se sustituye la cuna por la cama y se dispone además de: armario, cajoneras, mesa y silla:

– *Cama:* Suelen utilizarse camas de 90 cm., que dispongan de barras o protectores laterales para evitar caídas y otro tipo de accidentes.

– *Mesa y silla:* Deben ser adecuadas a la edad y a la altura del niño, para evitar posturas incómodas y forzadas que pueden llegar a producir lesiones musculares o de los huesos.

– Es recomendable evitar el uso de cortinas y otro tipo de objetos decorativos que sean innecesarios y que en definitiva sólo sirven para que se acumule polvo y suciedad.

4.2. HIGIENE DEL CENTRO EDUCATIVO

Debido a las condiciones familiares, sociales y económicas, de la sociedad actual, se ha hecho necesario en los últimos años la asistencia de los niños a los centros educativos a edades cada vez más tempranas.

La higiene debe ser un objetivo prioritario para la escuela y debe plantearse desde el primer momento que el niño accede a ella. Es a partir de los 2 años, aproximadamente, cuando realmente se empiezan a desarrollar actividades encaminadas a la adquisición de este tipo de hábitos. La higiene a este nivel se facilita a partir de los 3 o 4 años, edad en que el niño ya es capaz de hablar, de expresar sus necesidades, de controlar sus esfínteres y se ha iniciado en los hábitos de higiene, vestido, manejo de cubiertos, etc.

Hablando en términos mucho más generales, la Educación Infantil tendrá presente que el medio le opone múltiples dificultades para que el fomento de estos hábitos sea eficaz. A menudo, la escuela da mensajes que el medio contradice, defiende lo contrario de lo que se percibe en la vida diaria. Por ejemplo, el hábito de fumar, el abuso del alcohol, la concepción del deporte exclusivamente como un espectáculo meramente pasivo, etc., son algunos de esos factores que trabajan a la «contra».

El objetivo general de las escuelas infantiles es iniciar la educación con un contenido pedagógico, social y sanitario.

La higiene en la escuela y otros centros de atención tienen como objetivo promover la salud y prevenir la enfermedad, además de facilitar y estimular la formación integral del niño como ser humano.

Para conseguir estos objetivos, es necesario que el centro educativo disponga de una serie de condiciones mínimas, algunas de las cuales se recogen en la legislación vigente

¿Qué condiciones debe reunir la escuela?

- Se debe disponer de un espacio adecuado a las características de los niños, niveles educativos y número de niños que ocupan dicho espacio.
- Debe contar con jardines, patios y campos deportivos o zonas de recreo suficientes donde los niños puedan moverse, jugar y relacionarse con los demás.
- El tamaño de las aulas debe permitir que haya una buena audición y una buena visibilidad. También en ellas debe controlarse el grado de humedad, la temperatura, la ventilación y la iluminación.
- Cada educador se hará cargo de un número reducido de niños, que se agruparán según la edad y que dispondrá de mobiliario adecuado a sus necesidades.
- Todo el mobiliario y resto de los materiales que se utilizan se dispondrán de tal forma que no haya riesgo de accidentes. Por ejemplo: los enchufes estarán tapados o a una altura donde no lleguen los niños, las ventanas estarán protegidas, etc.
- Contará con espacios específicos: para realizar los cambios de ropa y pañales, donde habrá estanterías con todo lo necesario, mesas auxiliares para realizar los «cambios» y una pila (necesidad de agua) y de otros espacios donde se les dará la comida a los niños, a veces se lleva a cabo (tanto la higiene como la comida en zonas de la propia aula).
- Es importante que el centro educativo se ocupe de forma especial de la Educación para la Salud en el niño y del fomento de hábitos y actitudes saludables. Para ello se programarán actividades que fomenten la adquisición de estos hábitos para formar personas con un estilo de vida sano.
- Se dispondrá de asistencia sanitaria que se ocupe de los problemas sanitarios, pedagógicos y sociales de los niños y de la detección de enfermedades de todas las personas que trabajan en la educación, así como de la vigilancia y control higiénico del ambiente escolar. Por lo tanto se debe contar con el apoyo de un médico o un centro médico de referencia y de un psicólogo o pedagogo o centro psicológico de referencia (este servicio lo suele brindar y cubrir el Ayuntamiento).

4.3. ESPACIOS AL AIRE LIBRE

Las salidas a espacios abiertos permiten a los niños, además de tomar el aire y el sol, proporcionarles otros estímulos diferentes para explorar, jugar y relacionarse con los demás. Favorece, además, el contacto con otros materiales diferentes de los utilizados en el aula.

En un espacio abierto y al aire libre se puede saltar, correr, subir, bajar, jugar a la pelota, con la arena, etc. Es un buen momento para relacionarse con otros niños/as y los adultos de la escuela o del entorno donde se vive.

La utilización de estos espacios en la escuela debe hacerse de forma organizada, teniendo en cuenta por un lado las condiciones del propio espacio y las características de los niños/as que lo van a utilizar. Si va a ser utilizados por niños de diferentes edades es conveniente, siempre que se pueda, una organización de tiempos distintos para cada grupo.

¿Qué condiciones debe reunir este espacio?

- Condiciones de seguridad, tanto desde el punto de vista de su construcción, como en relación con el tipo de materiales utilizados, características de las instalaciones, etc.
- Estéticamente, debe resultar acogedor y atractivo para el niño; es conveniente que haya zona verde para fomentar en el niño el contacto y respecto a la naturaleza.
- Se utilizarán de forma organizada, teniendo en cuenta las características del propio espacio y los materiales existentes.
- Si es posible, separar a los niños por grupos o por edades, sobre todo en aquellos casos en que hay niños menores de 2 años que no pueden desplazarse y otros más mayores.
- Es bueno que al niño se le permita jugar con la arena, la tierra y otros elementos o materiales de que se dispongan.
- Debe controlarse el tiempo de permanencia en este espacio. Como sugerencia es bueno que los niños salgan un rato antes de comer y otro por la tarde.

¿Cuáles son las funciones del educador?

- Aprovechará este tiempo para observar el juego de los niños y la forma en que éstos se relacionan.
- Observar cuáles son las preferencias de juegos de los niños, si juegan solos o en grupo, etc.

- Debe plantear actividades al aire libre, de juegos organizados, juegos con el agua, la tierra, actividades de movimiento (correr, subir al tobogán, etc.), y actividades con los objetivos de fomentar las relaciones personales y los hábitos de higiene y respeto por los materiales e instalaciones y por la naturaleza.

- No debe olvidarse que el educador y/o los padres con su actitud colaboran de forma directa en el fomento de este tipo de hábitos.

Recuerda

Higiene del medio	Características
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - Niño con habitación propia, donde se disponga de un mobiliario adecuado y con medidas de seguridad. - Buena iluminación, grado de humedad y ventilación - Rodeada de zonas verdes
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> - Espacios adecuados a las características de los niños - Buena iluminación, grado de humedad y ventilación - Mobiliario adaptado - Espacios definidos (comedor y lugar para la higiene)
Espacios al aire libre	<ul style="list-style-type: none"> - Instalaciones adaptadas a las características de los niños - Materiales e instalaciones homologados y seguros. - Con zonas verdes y espacios reservados para el juego

Ejercicios

8. Observa tu habitación y especifica qué características, mobiliarios, medidas de seguridad y otros aspectos pueden adecuarse para ser utilizada por un niño y qué aspectos pueden resultar inadaptados o peligrosos.

9. Da un paseo por el parque que hay cercano a tu casa y describe las características de las instalaciones y las medidas de seguridad con que cuenta.



5

Creación de hábitos de limpieza e higiene

La *higiene individualizada* se entiende como un concepto más amplio que el de *higiene personal*, ya que se ocupa tanto de ésta como de la higiene del entorno en que el niño crece y se desarrolla (vivienda, escuela, etc.).

La Educación Infantil se debe ocupar, en primer lugar, de los hábitos de limpieza e higiene personal y del control de los esfínteres, teniendo en cuenta que tan negativas son las conductas tolerantes y relajadas de los adultos como aquellas otras rígidas e intransigentes.

Para abordar esta tarea, tanto en el ámbito familiar como en la escuela, es necesario tener en cuenta el desarrollo físico y la evolución psicológica del niño, y en función de estos aspectos programar las actividades necesarias para que el niño sea capaz de ir adquiriendo los hábitos de higiene y limpieza (personales y del medio).

Únicamente conseguiremos implantar un hábito si el niño ha alcanzado el grado de maduración adecuado que le permita asimilar y comprender las actividades planteadas para este fin.

La adquisición de cualquier hábito requiere por nuestra parte una metodología rigurosa.

¿Cuál es la metodología más adecuada?

- Se deben elegir objetivos que sean fácilmente alcanzables por el niño, teniendo en cuenta, al plantearlos, la edad del niño y su grado de desarrollo físico y psicológico.
- Los objetivos a alcanzar se describirán de manera clara y exacta, para que no haya posibilidad de duda.
- La conducta que deseamos conseguir se *desglosará* en pasos intermedios más simples y más fáciles de conseguir por parte del niño, de tal forma que le sirvan de estímulo.
- Se plantearán actividades que el niño pueda realizar con el fin de ir alcanzando poco a poco los objetivos que previamente tenemos planteados. Es decir, el niño será capaz de conseguir lo que esperamos de él.
- Se especificarán de manera detallada *las pautas necesarias* o *construcciones* adecuadas para que el comportamiento deseado pueda tener lugar (hora, lugar, circunstancia, etc.).

- Los esfuerzos e intentos del niño que supongan un *acercamiento* al objetivo que hemos marcado, por minimamente positivos que sean, serán premiados mediante elogios y alabanzas.
- Los educadores y los padres que *tratarán* directamente con el niño tendrán unas pautas de comportamiento y una forma de actuar unánime, para facilitar el proceso de aprendizaje y por lo tanto la adquisición de estos hábitos.
- Nuestra actuación frente al niño será coherente con lo que le exigimos, de tal forma que le sirvamos como modelo al que pueda imitar.

¿Cuáles son los objetivos a alcanzar?

Con el planteamiento de las actividades citadas, se pretende que el niño pueda llegar a ser capaz de:

- Controlar su ropa, en función del uso que hace de ella.
- Limpiarse la nariz con el pañuelo.
- Colaborar en su higiene corporal.
- Llegar a ponerse y quitarse la ropa.
- Usar adecuadamente los servicios higiénicos.
- Cuidar la limpieza e higiene de su cuerpo y del vestido.
- Participar en el orden y limpieza de su habitación y de otros lugares comunes de su hogar.
- Cooperar en el mantenimiento, del orden y la limpieza del entorno educativo: aulas, espacios dedicados a actividades lúdicas, comedor, servicios, patio de recreo y juego, etc.

¿Cuál es el papel («rol») del educador?

El educador juega un papel importante en relación con el fomento y adquisición de hábitos por parte de los niños. Va a ser considerado por «ellos» como un modelo de referencia al que van a intentar imitar, lo mismo que ocurre con los padres. Por lo tanto es importante recordar el valor que tiene el aspecto externo del educador en relación con su cuidado personal y su limpieza.

Por lo tanto, va a ser importante:

- Su modo de vestir. Deberá cuidar su aspecto personal y su higiene.
- Utilizará ropa cómoda, de forma que le permita moverse con facilidad y adaptarse a las exigencias del grupo de niños que está a su cargo, y bajo su tutela.
- El pelo deberá tener un aspecto de limpieza. Si tiene el pelo largo, procurará llevarlo recogido, especialmente mientras atiende a los niños (durante las comidas y cuando se les cambia los pañales).

- Llevará las uñas siempre bien limpias y cortadas.
- No abusará del uso de adornos y joyas, pues pueden ser una vía idónea de contagio de ciertas enfermedades.

Para ésta como para otras tareas ya descritas, va a ser fundamental y decisoria la colaboración entre familia (padres) y la escuela (educadores).

Sería bueno que la familia fomentase en el niño, si no lo ha hecho ya, la costumbre de la ducha diaria insistiendo en la limpieza de pies y cabello.

Tanto esa idea como cualquier otra que merezca ser difundida y promovida en el ambiente familiar podrían ser objeto de charlas, jornadas, encuentros, conferencias o, simplemente, de pequeños folletos preparados por la escuela infantil.

Con ocasión de los mismos, podríamos explicitar las normas de higiene a seguir en el hogar para dar continuidad a la labor realizada en la escuela.

Asimismo, son actividades que nos proporcionan ocasiones para el establecimiento de criterios y pautas de actuación comunes y coherentes.

5.1. CONTROL DE ESFÍNTERES

El control de la orina y de las funciones excretoras (heces), implica no sólo el control físico de la vejiga y los músculos del esfínter anal, sino que intervienen otros factores, ya sean de tipo emocional, afectivo, de madurez psicológica, funcional, etc.

El aprendizaje de estos hábitos higiénicos se ha ido retrasando, debido a que se ha podido comprobar que es más acertado esperar a que los niños/as hayan alcanzado la madurez necesaria para participar activamente en el proceso de aprender a estar secos y limpios.

Habitualmente hacia los 2 años la musculatura esfinteriana está preparada (desarrollo físico) para iniciar el proceso de regulación y control voluntario. También va a ser necesaria para favorecer el proceso, además del aspecto físico y fisiológico de maduración, la maduración psicológica y la relación afectiva que se establece entre el niño y los adultos (padres y educadores).

El planteamiento del control de esfínteres no debe plantearse como un conflicto de voluntades, entre los adultos y el niño. Hay que tener en cuenta que cuanto más serena es la actitud de los adultos, más probabilidades hay de éxito. Una actitud serena y flexible por parte de los adultos, favorece la colaboración del niño, por el contrario, una actitud rígida puede provocar en el niño una postura de rebeldía y de reto frente a los adultos. El niño con estos condicionantes muestra a su vez



Niño sentado en el orinal, con el adulto ayudándole

deseos de **aprender** y va a intentar controlar su **impulso de ensuciarse**. Quiere estar limpio y **seco**, **no sólo** por agradar a los adultos, **sino por** sentirse cómodo y satisfecho consigo mismo, en su afán e intento de ser **mayor y de imitar** a los adultos.

Las **reacciones ante** la propuesta de usar el orinal **ván ser** muy variadas. Algunos niños les **entusiasma** la idea de sentarse en el orinal, **aunque** inicialmente no sean capaces **de hacer** nada, hasta que un buen día **descubren el** proceso de hacer caca o pis, éste **será el** momento de ir dejando los pañales. **Otros niños**, por el contrario, se resisten **a usar** el orinal y prefieren seguir utilizando **los pañales**.

En **cualquier caso** el hecho de que los niños **dejen de** usar los pañales no lleva implícito **el que** no existan fases de retroceso. **Generalmente**, se trata de casos puntuales **y de** regresiones naturales que se **suceden durante** el proceso de desarrollo. **Con el tiempo** el niño poco a poco se irá **afianzando** en el control de los esfínteres.

Cuando **el niño** ya empieza a utilizar el orinal, **inspecciona** con mucha curiosidad lo que ha hecho. Las reacciones de **los adultos** de elogios o reproches afectan directamente al niño y en su **actitud** en relación con el mantenimiento de este hábito.

¿Qué factores pueden intervenir en el control de los esfínteres?

Especificábamos anteriormente que **en primer** lugar es necesario, para la adquisición de este hábito, la **maduración** física y funcional de la vejiga y de los músculos esfinterianos.

Pero, además, son necesarios **otra serie de** factores, tales como:

- La maduración fisiológica y motriz, **es decir**, la capacidad del niño para retener la orina durante un tiempo **prolongado** (2 ó 3 horas).
- Un nivel de desarrollo motor **adecuado** que le permita utilizar el orinal (sentarse y levantarse solo, ponerse **de pie** y caminar).

- Capacidad para diferenciar cuándo está seco o está sucio (mojado) y saber de alguna forma comunicárselo a los adultos.
- Maduración cognitiva, afectiva y emocional. Todos estos aspectos en conjunto, facilitan el proceso de aprendizaje y la adquisición de este hábito.

Es muy importante la relación afectiva con los adultos, pero en cualquier caso va a ser el adulto el que va a determinar, en función de las características del niño, cuál es el momento más apropiado para empezar el proceso.

¿Cómo puede plantearse el control de esfínteres?

Hay que partir de la base de que se dan las condiciones necesarias descritas anteriormente y después plantearse unas pautas generales de actuación, que pueden modificarse en función de las características de cada niño.

Estas pautas pueden ser las siguientes

- Los educadores comunicarán a los padres que se va a iniciar este aprendizaje, para llevar a cabo el proceso siguiendo el mismo procedimiento en casa y en la escuela.
- Se debe introducir poco a poco el orinal. Primero como objeto que se puede explorar, mirar, jugar con él, etc. En función de la respuesta del niño, se le puede indicar que empiece a sentarse y después que empiece a utilizar el orinal de forma adecuada.
- Teniendo en cuenta el tiempo de retención de la orina y las veces que hace «caca», se le ofrecerá el orinal unas 3 veces al día, partiendo de la base de que no siempre se va a conseguir el objetivo.
- Si normalmente al utilizar el orinal el resultado es positivo (hace pis o caca), se estará en predisposición para empezar a retirar el pañal. Se empezará quitando el pañal durante el día, a excepción de los periodos de la siesta (el control durante el sueño se produce más tarde).
- Si progresivamente el pañal permanece seco durante la siesta, se le se retirará y sólo se le dejará puesto por las noches (el control nocturno se adquiere más tardíamente).
- Se debe plantear poco a poco, y de forma paralela, el aprendizaje de estar limpio y seco, utilizar el orinal (como objeto íntimo e individual), el uso de papel higiénico, etc.

Es muy positivo que el niño colabore cuando se tiran al retrete sus productos de deshecho, que se acompañarán de comentarios positivos por parte de los adultos.

- Cuando el niño controla el pis y la caca, puede plantearse como actividad la utilización del retrete. Esta labor se facilita si los niños ven como otros compañeros o los adultos los utilizan.

En cualquier caso no debe plantearse la adquisición de este hábito como un reto a lograr en un periodo de tiempo determinado, porque es casi seguro que se fracasará en el intento.

Se actuará de forma tranquila y relajada, teniendo la completa seguridad de que los niños con una buena actitud y un buen nivel de comunicación afectiva, van a conseguir fácilmente el objetivo, es decir, «el control de esfínteres».

Recuerda

Creación de hábitos	
Metodología	Seleccionar objetivos y plantear actividades fáciles de alcanzar Estimular a los niños cuando logren algún objetivo Educador y padres serán el modelo a imitar por los niños
Objetivos	Limpieza de ropa, manos, uñas, nariz, etc. Colaborar en su higiene y en ponerse y quitarse la ropa Participar en el orden y limpieza de su entorno
Papel del educador	Pautas adecuadas de higiene y limpieza Comportamiento teniendo en cuenta que será para el niño el modelo a imitar

Control de esfínteres

Factores que intervienen: Nivel de desarrollo físico, psicológico, funcional, afectivo, emocional y cognitivo.

Planteamiento: El educador comunicará a los padres cuándo se va a iniciar este tipo de actividad, para llevar a cabo el proceso, para seguir el mismo procedimiento.

Ejercicios

10. Entrevista a varios padres que tengan niños mayores de 3 años, y pregúntales cuándo empezaron sus hijos a controlar la caca y el pis y cómo se desarrolló el proceso. Compara los datos obtenidos con lo expuesto en esta Unidad de Trabajo.

11. Enumera algunos de los objetivos a alcanzar por el niño en relación con los hábitos de higiene. Contrasta tu relación con lo explicado anteriormente.

6 Alteraciones y trastornos relacionados con la higiene

Mientras que el niño es pequeño, y por lo tanto aún no es capaz de dominar todos los aspectos relacionados con la higiene, es más susceptible de sufrir algún tipo de enfermedades o alteraciones específicas o de padecer determinados trastornos, relacionados fundamentalmente con el control del pis y de la caca.

6.1. ALTERACIONES MÁS FRECUENTES

Están todas ellas relacionadas directamente con la higiene personal o del medio en el que crece y se desarrolla el niño.

Las alteraciones más importantes incluyen:

Eritema del pañal

Es una irritación que afecta a la zona genital del niño por estar en contacto durante un tiempo prolongado con sus propias eliminaciones (heces y orina). Produce un enrojecimiento de la zona, que a veces se acompaña de un proceso inflamatorio. Está relacionado directamente con una deficiente limpieza del aparato genital, los glúteos y el ano.

Para evitarlo, se deben cambiar con más frecuencia los pañales, limpiar y secar muy bien la zona. A veces, se hace necesario dejar al descubierto la zona afectada.

Muguet y candidiasis del pañal

Se producen por la acción específica de un hongo denominado Candida Albicans. Puede aparecer:

- En la boca, denominándose Muguet, este tipo se caracteriza por la aparición de placas blanquecinas con una base roja, en el interior de la boca.
- En la zona genital, denominándose Candidiasis del pañal, se caracteriza por la aparición de zonas enrojecidas y brillantes que poco a poco tienden a extenderse por el aparato genital, los glúteos y el ano.

Pediculosis

Es una infestación por piojos, que **afecta** normalmente a **la** cabeza, por lo que se le conoce como «**Pediculus capitis**». Es **frecuente** en los niños y sobre todo cuando éstos **conviven en** colectividad, **como** es el caso de la escuela.

Se transmite de unos niños (**enfermos**) a otros (**sanos**) **por** contacto directo.

Producen prurito (picor) intenso, **que** **el** niño tiende a **aliviar** con el rascado. Este rascado, cuando es **repetitivo**, puede dar lugar a la aparición de erosiones y costras distribuidas **por** **todo** el cuero **cabelludo**.

Se tratan actualmente con una **buena** **higiene** y la **utilización** de champús y lociones específicas.

Caries dental

Según la OMS, la caries es: «Un **proceso** patológico **localizado** y de origen externo que se inicia después **de** **la** erupción de los **dientes**, determina un reblandecimiento del **tejido duro** del diente, y **evoluciona** hacia la formación de una cavidad».

Es una alteración muy frecuente **en** **los** niños, que se **inicia** generalmente en la edad escolar. Es muy **frecuente** en los países **desarrollados**, debido a una alimentación **inadecuada** **y** no equilibrada (**consumo** de alimentos azucarados, bollos, dulces, **etc.**).

Es importante la adquisición en **los** niños de **hábitos** **de** alimentación equilibrada y de higiene bucal **para** **prevenir** la aparición **de** caries.

Helmintiasis

Es una parasitosis muy frecuente, **que** se trasmite **por** vía fecal-oral, dando lugar a una «**autorreinfestación**» del ano y de la **boca**.

Se produce por una higiene **defectuosa** de las manos **y** de las uñas, incorrecta manipulación de los **alimentos**, etc.

Se manifiesta con aparición de **prurito** nocturno en la **zona** anal, a veces, se acompaña de insomnio, **intranquilidad**, nerviosismo y **bruxismo** (rechinar de dientes).

Para su tratamiento es importante una correcta **higiene** de manos y uñas y el uso de barreras físicas (**guantes**) en la **manipulación** de alimentos, etc.

6.2. TRASTORNOS MÁS FRECUENTES

Los trastornos más frecuentes relacionados con la higiene infantil son la enuresis y la encopresis.

Ha de tenerse en cuenta que con bastante frecuencia (7-10%) los niños varones presentan un cuadro de enuresis, incluso hasta los 7 u 8 años de edad, sin que exista una patología que lo justifique.

Enuresis

Se entiende por enuresis la falta del control del esfínter urinario a partir de una edad sociológica y tradicionalmente considerada como de madurez fisiológica para tal objetivo: los 3 años para el control diurno y los 4 para el control nocturno. Por lo tanto, no se considera como enuresis la falta de control del esfínter anterior a esa edad.

El origen de la enuresis es multifactorial y poco conocido. En cualquier caso, el diagnóstico de la misma corresponde a otros profesionales, que deben descartar las causas orgánicas que guardan relación con la enuresis, antes de considerar que es debido a un factor psíquico.

El mojar la cama es, en la mayoría de los niños con enuresis nocturna, un problema importante de la maduración que suele interrumpirse entre los 6 y los 8 años de edad, aunque a veces puede continuar hasta la adolescencia.

El síntoma predominante es una necesidad de orinar urgente e inmediata que se acompaña de una molestia aguda, inquietud y a veces, de micciones frecuentes. La enuresis nocturna es la más frecuente, aunque a veces también se acompaña de la diurna, pero es muy raro que esta última se dé forma aislada.

Como educadores seguiremos unas pautas de comportamiento que suponen en nosotros la adopción, hacia los padres y el niño, de una actitud tranquilizadora, transmisora de sentimientos de confianza y, sobre todo, disculpabilizadora para el niño.

Si el psicólogo nos pide nuestra colaboración, en algún caso, deberemos seguir las instrucciones que se nos faciliten relativas a la ingesta de líquidos, incrementos del intervalo temporal entre micciones, administración de refuerzos, etc.

Encopresis

La encopresis consiste en la falta del control diurno del esfínter anal después de una edad sociológica y tradicionalmente considerada como de madurez fisiológica para tal objetivo: los dos años y medio. Por ello, no se considera como encopresis la falta de control del esfínter anterior a esa edad.

Se acompaña de la expulsión voluntaria o involuntaria pero repetitiva de las heces. Suele ir acompañada de enuresis aunque, en la mayoría de los casos, sus apariciones y desarrollos son independientes y diferentes. Pocas veces se trata de un síntoma aislado y es común que se asocie con otro tipo de alteraciones, tales como: aislamiento social, conducta antisocial y agresiva, dependencia afectiva, etc.

El educador debe mostrar en todo momento una actitud tranquilizadora, intentando transmitir sentimientos de confianza tanto a los padres como al niño. Nunca culpabilizaremos al niño.

Como en el caso de la enuresis, estaremos dispuestos a colaborar con el psicólogo si nos pide que apoyemos y ayudemos en su tratamiento.

Recuerda

Alteraciones y trastornos de la higiene	
Alteraciones	Eritema del pañal (irritación de la zona genital) Muguet y candidiasis del pañal (infección producida por hongos) Pediculosis (infección producida por piojos) Caries (lesión producida por la existencia de una placa bacteriana)
Trastornos	Enuresis: alta del control del esfínter urinario que da lugar a la pérdida o eliminación de orina Encopresis: expulsión voluntaria o involuntaria de las heces por una alteración del control del esfínter anal

Ejercicios

12. Busca en un libro de Patología Pediátrica el concepto de pediculosis y describe sus características y las zonas del organismo que pueden verse afectadas, además del caso de la cabeza, que ya se ha explicado en el texto.

13. Investiga entre varios familiares con niños mayores de 6 años, en cuántos de ellos se ha dado con sus hijos caso de enuresis o encopresis.

7 Programación por objetivos para el control de esfínteres

Este tipo de programas suele planificarse para ser aplicados con niños de edades comprendidas entre los 18 meses y los 3 años: cuando el niño ya camina, corre, sube, baja, etc., es decir, cuando ha adquirido cierto grado de independencia y autonomía.

Objetivos

Adquirir el control de los esfínteres, de forma que el niño/a tenga una actitud favorable que le lleve a ser cada vez más autónomo en lo que respecta a su higiene y bienestar personal.

Contenidos

- Características del cuerpo, para el conocimiento de las distintas partes.
- Diferencias anatómicas entre el niño y la niña.
- Estímulo de las capacidades y posibilidades del niño/a para aumentar su confianza y potenciar su colaboración en las actividades que se le proponen para conseguir el objetivo previsto.
- Manifestación de sus necesidades en cuanto a la sensación del tener o querer hacer «pis» o «caca».
- Regulación de sus necesidades fisiológicas básicas, hasta llegar a conseguir su total autonomía.
- Colaboración en el proceso del control de esfínteres y progresiva aceptación del cuarto de baño como el espacio específico para hacer «pis» o «caca».
- Estímulo de sus capacidades para que colabore en otras actividades asociadas al control de esfínteres, tales como: vestirse, desnudarse, lavarse las manos, etc.

Metodología

- Es importante plantear esta actividad en colaboración directa con los padres, para que ellos la pongan en práctica también en el hogar y se refuercen las actividades.

- Aunque la escuela lo plantea en el ámbito del grupo, no hay que olvidar que es un proceso individual, que está en relación directa con el desarrollo físico y características específicas de cada niño.
- Hay que tener en cuenta el grado y nivel de desarrollo emocional y afectivo del niño, debido a que éste, juega un papel fundamental en la manera de vivenciar el niño/a este tipo de planteamientos. Muchos lo viven como un alejamiento o una menor dedicación del adulto. Todo este proceso debe desarrollarse en un clima de tranquilidad, seguridad y afecto.
- Hay que valorar el entorno familiar en el que el niño vive, ya que puede afectar al ritmo particular de cada niño.

Actividades propuestas

- Iniciar el proceso, cambiando el pañal manteniendo al niño de pie; será un aspecto de madurez del niño (ya no es necesario tumbarle como a los bebés).
- Realizar actividades o juegos en relación con el uso correcto del orinal y/o retrete, se le pondrá en el orinal al menos 3 veces al día, durante el tiempo que el niño esté en la escuela, teniendo en cuenta delimitar el espacio y el tiempo para esta actividad. El realizar la actividad junto con otros niños puede ser una forma de estímulo para ellos.
- Plantear al niño que debe pedir al adulto que le ponga en el orinal cuando sienta la necesidad de hacer «pis» o «caca». A partir de estos momentos se puede empezar a retirar el pañal, al menos durante el día.
- Felicitar al niño, sobre todo, las primeras veces que hace pis en el orinal: interesándose por el resultado de su esfuerzo. No hay que olvidar que el niño mostrará con orgullo el producto de su eliminación (pis o caca).
- Cuando se ha conseguido el control del «pis» y de la «caca», puede plantearse una actividad para que aprendan a utilizar el retrete. Para llevarlo a cabo, es necesario que el niño se sienta seguro ante este nuevo medio.
- Plantear actividades asociadas a este hábito, tales como: tirar de la cadena, limpieza del aparato genital, lavado y sacado de manos, etc.

Evaluación

Una vez aplicado el programa y realizadas todas las actividades previstas, evaluar los resultados obtenidos para determinar si se ha conseguido el objetivo previsto en el programa, es decir, el control de esfínteres.

Por lo tanto habrá que plantearse las siguientes cuestiones:

- Si el niño controla los esfínteres y desde cuándo lo hace.
- Actitud del niño ante el proceso de adquisición de este hábito.
- Valorar si hace partícipes a los demás de los logros conseguidos.
- Ver si se esfuerza en lograr su autonomía.
- Participa con actitud positiva en las actividades planteadas.
- Presenta algún tipo de alteración y/o trastorno: estreñimiento, enuresis, angustia, rechazo, etc.

Si después de hacer el análisis de los resultados obtenidos se llega a la conclusión de que no se han cumplido los objetivos previstos, o se detecta algún tipo de anomalía, será necesario hacer un estudio por menorizado, de cada niño en particular, y de plantear un nuevo programa, atendiendo a las dificultades y posibles alteraciones específicas de cada niño.

A veces, cuando surgen determinados trastornos, se hace necesario pedir la colaboración de otros profesionales, tales como el psicólogo o el médico, para que intervengan en la superación del problema.

Prueba de Autoevaluación

- 1 ¿Qué se entiende por «higiene»? ¿Qué factores pueden intervenir y modificar la higiene?
- 2 Enumera 5 aspectos a tener en cuenta cuando se baña al niño.
- 3 ¿Cómo se puede cambiar el pañal de un niño pequeño?
- 4 ¿Qué otros cuidados higiénicos incluyen la limpieza de los ojos y de los oídos?
- 5 ¿Cuáles son las diferencias entre la técnica de cepillado vertical y la técnica de cepillado rotacional?
- 6 Enumera algunas medidas de seguridad que son necesarias en la vivienda para evitar los accidentes en los niños.
- 7 ¿Qué condiciones debe reunir el espacio al aire libre que utilizan los niños?
- 8 Explica cuál es el papel del educador en relación con el fomento de los hábitos de higiene y limpieza en el niño.
- 9 Indica algunos de los factores que pueden intervenir en el control de esfínteres.
- 10 ¿Cuáles son las diferencias entre el «Muguet» y la «Pediculosis»?

FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD

6

*EL SUEÑO
Y EL DESCANSO*

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

ISBN: 84-369-3739-2

Déposito Legal: S. 1410-2003

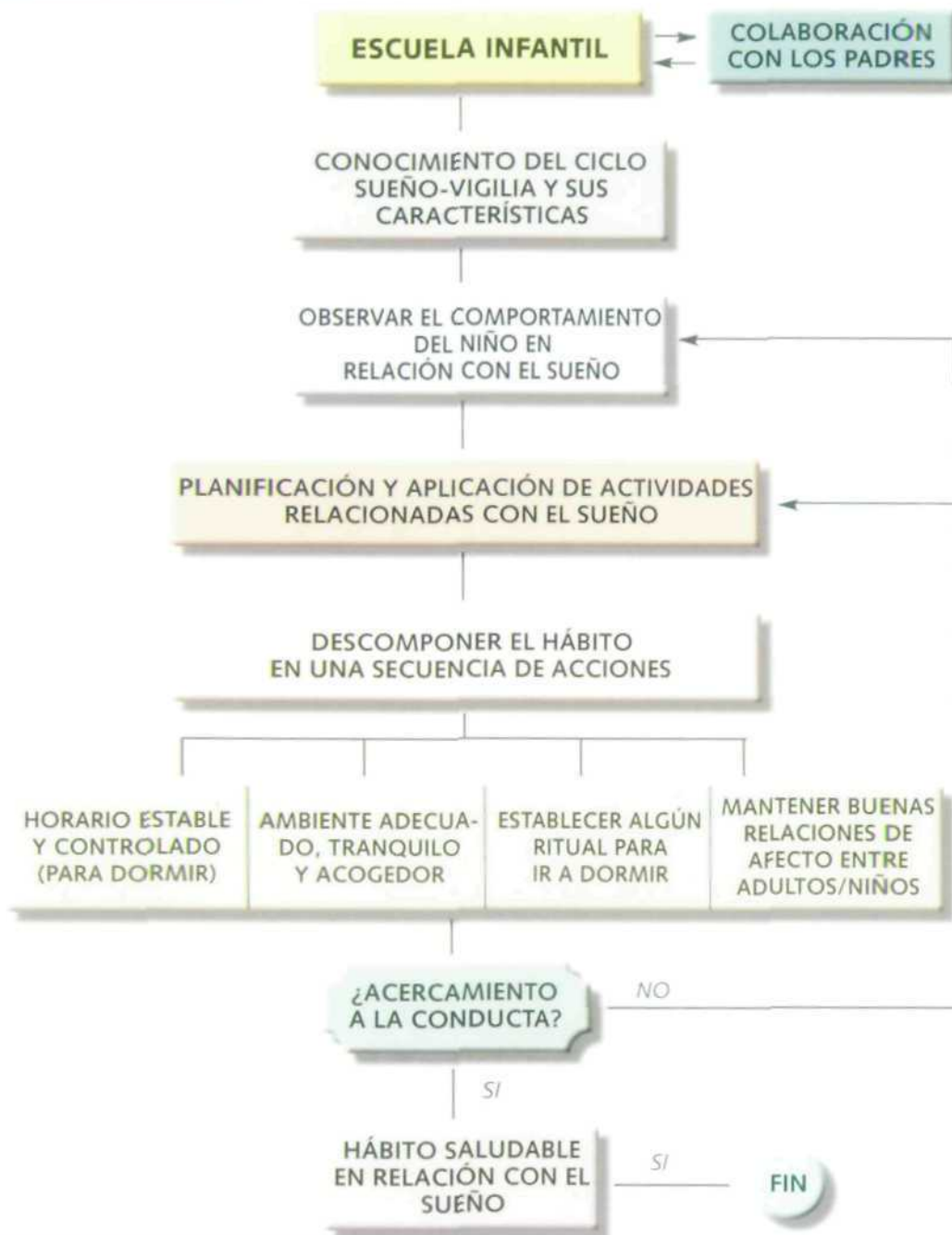
Impreme: Gráficas VARONA, S.A.



EL SUEÑO Y EL DESCANSO



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. FISIOLÓGÍA DEL SUEÑO	7
1.1. Definición	7
1.2. El ciclo sueño-vigilia	7
2. RITMOS Y NECESIDADES DE SUEÑO	13
2.1. El descanso	15
3. LA HORA DE DORMIR Y EL DESPERTAR	19
3.1. La hora de dormir	19
3.2. El despertar	22
4. DIFICULTADES A LA HORA DE DORMIR	25
5. ALTERACIONES RELACIONADAS CON EL SUEÑO	29
6. PROGRAMA POR OBJETIVOS PARA LA ADQUISICIÓN DEL HÁBITO DE LA SIESTA ...	35
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	38



Introducción

La falta de descanso y, más específicamente, la falta de sueño pueden desencadenar trastornos de memoria, aprendizaje y atención en los niños.

Instaurar la regulación del equilibrio entre actividad y sueño es, entre otras, una de las tareas propias de la Educación Infantil.

La actividad y el descanso, por lo tanto, son fundamentales para una sana evolución del niño.

Todas las personas necesitan dedicar un determinado tiempo a la actividad como el trabajo, los deberes, las clases, el deporte, etc. y otra cantidad de tiempo al descanso (ocio, juegos, sueño nocturno, etc.).

La cantidad de tiempo dedicada al descanso sirve para reponer la energía consumida durante el tiempo dedicado a la actividad. Entre ambas cantidades de tiempo ha de existir un equilibrio razonable.

El establecimiento de unos ritmos diarios de actividad y descanso en los que queden atendidas todas y cada una de las necesidades básicas es la base para conseguir un clima de seguridad, confianza y estabilidad para los más pequeños. Favoreciendo la capacidad de anticipar acontecimientos, la adquisición de estructuras espacio-temporales, la capacidad de establecer relaciones, etc.

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Describir las características del sueño y su repercusión en la vida de las personas.
- Establecer las diferencias entre el sueño de ondas lentas y el sueño de ondas rápidas o sueño REM.
- Explicar, de forma razonada, las diferencias del ritmo del sueño de los niños según la edad
- Describir el proceso fisiológico del sueño.
- Establecer los ritmos más adecuados de actividad y descanso en función de las necesidades y demandas del niño.
- Aplicar las medidas necesarias para conseguir que el niño adquiera los hábitos relacionados con el sueño.
- Diferenciar la actitud de los niños a la hora de establecer el momento de irse a dormir teniendo en cuenta la edad.
- Describir las condiciones más adecuadas para evitar dificultades en el niño a la hora de dormir.
- Seleccionar la pauta de atención al niño más adecuada cuando se despierta durante la noche.

Es importante educar a los niños para la adquisición de hábitos de descanso y de sueño que les permitan en el futuro llevar una vida saludable.

Para comprender mejor esta unidad de trabajo es aconsejable volver a repasar la Unidad de Trabajo 3, relacionada con «los hábitos».

Al final de la Unidad, (apartado 6) se propone, a título orientativo, una ejem-

plificación sobre la programación por objetivos para la adquisición del hábito de la siesta; evidentemente, cualquiera de los aspectos de este programa puede modificarse, dependiendo de las características de los niños a los que vayan a ser aplicados; así como, en función de las características de los padres, educador y centro educativo.

I Fisiología del sueño

La actividad cerebral presenta diversos estados, entre los que se incluyen el sueño, la vigilia, la excitación extrema, e incluso diferentes niveles de estado anímico, como la euforia, la depresión y el miedo.

Todos estos estados son el resultado de las diferentes fuerzas activadoras o inhibitoras generadas, generalmente, dentro del propio cerebro.

1.1. DEFINICIÓN

El sueño se define como un estado de inconsciencia del que se puede sacar a la persona mediante estímulos sensoriales o de otro tipo.

Es una necesidad fisiológica básica, por la que se llega a un nivel mínimo de actividad física, que se acompaña de niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a estímulos externos.

Es un proceso diario, que es necesario para mantener el equilibrio físico, el mental, el emocional y el bienestar de la persona.

El sueño es fruto de la inhibición del sistema nervioso. En consecuencia, el sueño interrumpe toda acción, pero no sólo eso, también evita que las neuronas lleguen a un agotamiento total y les sirve de recarga, dándoles nueva energía que consumir.

Gracias al sueño no sólo se reduce la actividad desplegada durante la vigilia sino que, además de inhibirse la actividad de relación con el exterior (tono muscular) y de reducirse las funciones vitales (temperatura, ritmo cardíaco, etc.) las neuronas experimentan un proceso de restablecimiento.

1.2. EL CICLO SUEÑO-VIGILIA

En el periodo de sueño se pueden diferenciar varias fases, desde el sueño muy ligero hasta el sueño muy profundo.

Los principales momentos del ciclo sueño-vigilia son tres: el adormecimiento, el sueño y el despertar.

El **adormecimiento** comprende desde que el sujeto se dispone a dormir hasta que concilia el sueño.

El **sueño** es, como ya hemos visto, una inhibición de las funciones de relación y una disminución de las funciones vegetativas, y que según la mayoría de los investigadores se divide en dos tipos diferentes: **sueño lento** (de ondas lentas) y **sueño rápido (REM)**.



Esquema del sueño

El **despertar**, consiste en la recuperación del estado de vigilia y de las constantes que le caracterizan.

Sueño de ondas lentas

Este tipo de sueño se denomina así, porque en él, las ondas cerebrales son muy lentas. La mayor parte del sueño de cada noche es de la variedad de ondas lentas; éste es un tipo de sueño profundo, de descanso, que experimenta la persona durante la primera hora de sueño después de haber estado despierta durante muchas horas.

Se caracteriza por ser un sueño reparador, que está asociado con un descenso del tono vascular periférico y de otras funciones vegetativas del cuerpo. También se acompaña de una disminución entre el 10 y el 30% de la presión sanguínea, el ritmo respiratorio y el metabolismo basal.

Aunque se le denomina «el sueño sin sueños», frecuentemente durante este tipo de sueño se sueña, aunque normalmente no se recuerda lo que se ha soñado; es decir, durante el sueño de ondas lentas no tiene lugar el proceso de consolidación de los sueños en la memoria; también pueden aparecer pesadillas.

El *sueño lento* presenta, en todos los sujetos y con leves diferencias, cuatro fases, que vienen determinadas cada una de ellas por unas características específicas.

Fase I

- Ritmo cardíaco lento, respiración lenta y profunda, músculos relajados.
- Las ondas del electroencefalograma son cambiantes e irregulares.
- El sueño es tan superficial que cualquier estímulo puede desencadenar el despertar.

Fase II

- El nivel de conciencia está muy reducido.
- Las ondas del electroencefalograma son amplias.

– Un ruido puede provocar **el despertar** pero ya se va reaccionando menos ante los estímulos.

Fase III

- Los músculos están totalmente relajados.
- Todas las funciones vegetativas se vuelven muy lentas hasta bajar la temperatura corporal.
- Las ondas del electroencefalograma son amplias y lentas.
- Sólo los sonidos muy fuertes pueden desencadenar el despertar.
- El sueño es profundo.



Fase IV

- La inconsciencia es completa.
- En el electroencefalograma las ondas son muy **amplias y muy lentas (ondas delta)**.
- La glándula pituitaria -en la **base cerebral**- segrega en mayor cantidad la hormona del crecimiento lo que **favorece** la revitalización de los tejidos.
- Puede producirse enuresis.
- Durante esta fase es difícil **despertarse** (sonambulismo).
- Es el sueño más profundo.

Sueño rápido o sueño REM

La definición del sueño rápido **proviene** del inglés «*rapid eye movement*», que quiere decir, **movimiento rápido** de los ojos, porque durante este tipo de sueño los ojos se **están** moviendo rápidamente a pesar de que la persona está dormida.

Los episodios de sueños **REM aparecen** periódicamente durante el sueño, duran entre 5 y 30 minutos **y se** suelen repetir cada 90. El primero de los cuales aparece entre **80 y 100** minutos **después** de que la persona se ha quedado dormida.

Cuando la persona tiene mucho **sueño** cada periodo **de** sueño REM dura muy poco, e incluso puede **no producirse**. Por el contrario, a medida que la persona va descansando **a lo largo** de la noche, va aumentando la duración de los periodos REM:

¿Cuales son las características del sueño REM?

- Suele asociarse con el soñar.
- Es más difícil despertarse mediante estímulos sensoriales, en relación con el sueño de ondas lentas. Normalmente el despertar de por la mañana ocurre en un periodo de sueño REM y no de ondas lentas.
- El tono muscular de todo el cuerpo está muy deprimido.
- El ritmo cardíaco y la respiración suelen ser irregulares, lo que es característico del «estado de soñar».
- Aparecen movimientos musculares irregulares, a pesar de la inhibición de los músculos periféricos. Entre ellos se incluyen, los movimientos rápidos de los ojos.
- El cerebro está muy activo y el metabolismo cerebral global puede estar aumentado en un 20%.
- El electroencefalograma muestra un patrón de ondas cerebrales semejante al que aparece durante la vigilia, por lo que este tipo de sueño se suele denominar «sueño paradójico», porque es una paradoja que la persona pueda estar aún dormida a pesar de la actividad de su cerebro.

Fases del sueño	Características
Sueño lento	<ul style="list-style-type: none"> - Fase I - Fase II - Fase III - Fase IV
Sueño rápido	<ul style="list-style-type: none"> - Movimientos oculares rápidos - Pulsación y respiración irregulares

¿Cómo se lleva a cabo el ciclo del sueño?

Después de la fase de adormecimiento comienza la fase de sueño lento con la fase del y progresa hasta la fase IV. Aproximadamente a los 70-100 minutos de comenzar se pasa a la fase de «sueño rápido» o sueño REM, con lo que se completa el ciclo, para pasar después de nuevo a las fases del «sueño lento».

La duración de las etapas de sueño lento y sueño rápido varía a lo largo de la noche; a medida que la noche avanza, los periodos REM se hacen cada vez más largos, y el sueño tranquilo solo llega a la fase III.

El número de ciclos y periodos REM, se repite entre cuatro a seis veces durante el transcurso de la noche.

La proporción entre sueño de ondas lentas y sueño REM varía con la edad: en el recién nacido entre el 38-80% del sueño total es de tipo REM; al año de vida desciende al 20-25%, y así se mantiene a lo largo de la vida, con variaciones individuales.

Recuerda

El sueño es una necesidad fisiológica básica fruto de la inhibición del sistema nervioso. Gracias a él se reduce la actividad de la vigilia, la actividad de relación con el exterior y la actividad de las funciones vitales. Además las neuronas experimentan un proceso de restablecimiento.

Ciclo del sueño-vigilia: En este ciclo se pueden diferenciar varias fases:

«El adormecimiento», comprende desde que el sujeto se dispone a dormir hasta que concilia el sueño.

«El sueño de ondas lentas», es un sueño profundo de descanso, está asociado al descenso del tono vascular periférico y de otras funciones vegetativas.

Presenta cuatro fases (I, II, III y IV) de mayor a menor nivel de conciencia y de menor a mayor estado de relajación.

«El sueño REM», se caracteriza por una disminución del tono muscular, ritmo cardíaco y respiración irregulares, lo que es característico del estado de soñar.

«El despertar», que consiste en la recuperación del estado de vigilia y de las constantes que le caracterizan.

Ejercicios

1. Elabora un cuadro en el que se muestren con claridad las fases del sueño y las características de cada una respecto a pulsaciones, respiración, tipo de sueño, etc.

2. Recuerda la última vez que has soñado y comenta cómo se desarrolló «el proceso del sueño» (momento de la noche en que ocurrió, si lo recordaste con facilidad, supuso una pesadilla, etc.).

2 Ritmos y necesidades del sueño

El consumo de energía produce **sensación** de cansancio y de fatiga provocadas por:

- La saturación de los músculos y **centros** nerviosos.
- La falta de nutrientes en **sangre**.

La saturación de músculos y **centros nerviosos** se produce como consecuencia de una intoxicación, **provocada** por la secreción de sustancias de desecho debido a las **modificaciones** que se producen en el metabolismo basal, como **consecuencia** de la actividad. La falta de nutrientes en sangre tiene su **origen en el** consumo que conlleva la propia actividad.

La alimentación y la eliminación **de toxinas**, favorecida **esta última** por el descanso y el sueño, **restablecen la situación** y eliminan las sensaciones de agotamiento.

Fisiológicamente, la actividad **viene regulada** por la *formación reticular*, estructura situada en la base del **encéfalo**. Esta parte del sistema nervioso es la responsable de **acelerar o de frenar** el nivel de activación general del organismo, tanto en **sus aspectos** vegetativos como en los de relación.

A su vez, la corteza cerebral **ejerce funciones** de *freno* o *aceleración* sobre la formación reticular. De **modo que**, cuando llega la hora del sueño, la formación reticular **queda inhibida** y disminuye la actividad del sujeto hasta quedar dormido.

Por su parte, el sueño se produce **gracias** a mecanismos interdependientes de naturaleza **neuroeléctrica y neuroquímica** compleja.

Corteza cerebral — Formación reticular — NIVEL DE ACTIVACIÓN GENERAL

Según el grado de excitación de **la formación** reticular el sujeto estará en estado de simple vigilia, con **un gran de** nivel atención, en un fuerte estado de agitación emocional o **dormido**.

El estado de vigilia incluye **distintos niveles** de activación, desde el sueño a la emoción intensa.

Efectivamente, el sueño es un **nivel de baja** vigilancia mientras que la vigilia puede incluir desde la **ensoñación** hasta la emoción. Por ello, se

puede comprender fácilmente que la atención y la motivación requieran un cierto grado (mínimo) de activación o vigilia, imposible si el sujeto está fatigado.

El esfuerzo de atención consume energía en la medida en que ésta se encuentra disponible. Habrá energía disponible para mantener el esfuerzo de atención sólo si existe un adecuado grado de equilibrio entre los tiempos dedicados al descanso y los tiempos dedicados a la actividad.

El educador infantil debe, por ello, establecer una sucesión equilibrada de actividades y descansos combinándolos ponderadamente entre sí dentro del horario escolar.

A medida que el niño madura, también evoluciona la razón actividad/descanso. Los periodos de vigilia van siendo más largos y el ritmo nocturno de ocho horas seguidas de sueño se va implantando poco a poco.

¿Cuál es el ritmo de sueño en los niños, según la edad?

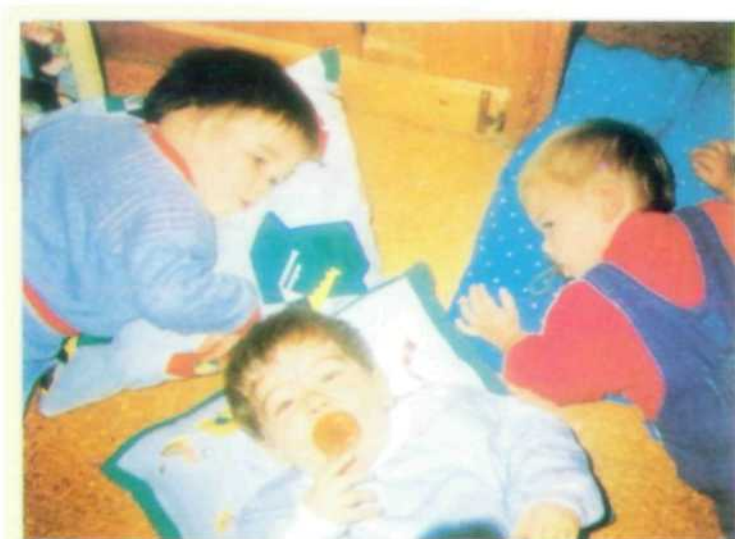
- El recién nacido necesita unas 20 horas de sueño seguido, a medida que va creciendo duerme por sesiones, cuatro o cinco veces al día, permaneciendo en vigilia por espacios de dos horas y empezando a dormir por la noche de un tirón.
- A los 9 meses duerme en tres tandas. Unas 9 horas por la noche y dos grandes siestas, una por la mañana y otra por la tarde.

- A partir de los 18 meses el niño duerme en dos momentos del día, la noche y la siesta.

- De 2 a 5 años duermen 12 horas aproximadamente más una siesta: generalmente no se dan cuenta que necesitan dormir, porque están más interesados en lo que pasa a su alrededor.

- Paulatinamente el niño va ampliando el periodo de vigilia. Así, a los 6 años duerme por la noche un total de 11 horas.

En general se puede decir que se debe facilitar el sueño en todas las edades, procurando que el ambiente que rodea al niño sea tranquilo.



Niños pequeños (1-2 años) en una escuela infantil echando la siesta, tumbados en sus cunas o en colchonetas.

Se debe favorecer la adquisición de este hábito con regularidad, procurando unas condiciones óptimas que lo faciliten.

2.1. EL DESCANSO

El descanso es la recuperación subsiguiente a la realización de cualquier tipo de actividad. Entre actividad y descanso debe existir un equilibrio para evitar el agotamiento del organismo y el estrés.

El descanso puede conseguirse mediante la inactividad o realizando actividades que resulten relajantes.

Una forma fisiológica de descansar y permitir al organismo que pueda recuperarse es el dormir.

¿Cómo se puede contribuir al descanso?

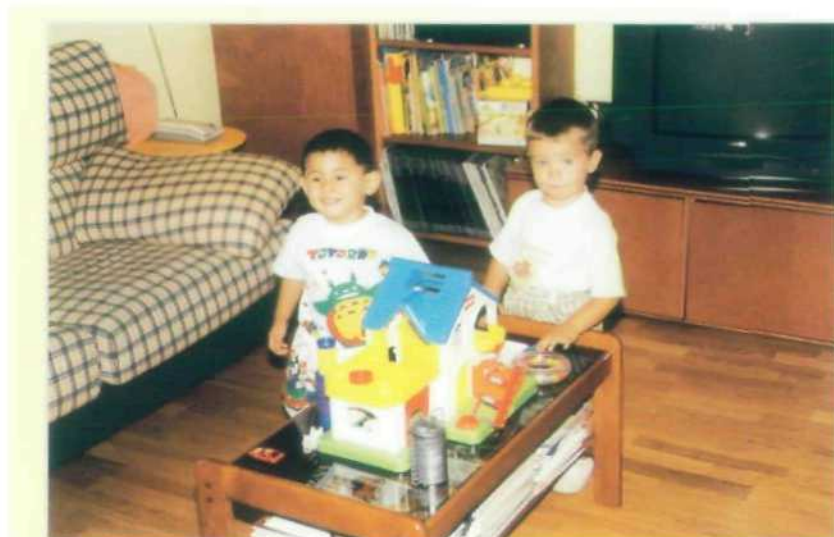
Es importante tener en cuenta las actividades que pueden organizarse para favorecer el descanso del niño, tarea que debe planificarse tanto en la escuela como en el entorno familiar.

Algunas forma de contribuir al descanso pueden ser a través de: el juego, el ejercicio físico, el deporte y la relajación.

El juego

El juego es un elemento fundamental que debe tenerse en cuenta para una adecuada evolución del niño. Pero también tiene gran importancia debido a su relación con el descanso, entendido como cambio de actividad.

Al niño, el juego le sirve de descanso. Pero también promueve la socialización y la integración, mientras satisface sus necesidades de diversión, pues se



Niños menores de 4 años jugando con algún juguete de construcción.

potencian y favorecen las relaciones con los otros niños, aprenden a compartir tanto los juguetes como las actividades.

El juego no es sólo importante desde el punto de vista cognoscitivo sino también desde el punto de vista fisiológico puesto que ayuda al sistema nervioso a recuperarse de la fatiga y contribuye a su descanso como actividad recreativa.

El ejercicio físico y el deporte

El ejercicio y el deporte son muy importantes para mantener el equilibrio del binomio actividad /descanso en el niño y para alcanzar un buen desarrollo físico y psíquico.

¿Cuales son las principales ventajas del ejercicio físico?

- Aumento de la capacidad respiratoria.
- Corrección de alteraciones ocasionadas por malas posturas.
- Suavización de los estados de nerviosismo y ansiedad.
- Desarrollo muscular armónico.
- Crecimiento regular del esqueleto.
- Mejora de la calidad del sueño.

Si los adultos nos esforzáramos en que los niños, desde pequeñitos, adquirieran el hábito de la práctica deportiva, su equilibrio evolutivo global se vería grandemente potenciado.

La relajación muscular

Por último, la relajación muscular es un recurso del que no nos debemos olvidar. Es una técnica que, si no profundizamos demasiado en ella, puede ser fácil de aprender y aplicar, proporcionándonos una buena ayuda a la hora de disminuir la fatiga y la excitación.

Recuerda

La actividad, fisiológicamente está regulada por la «formación reticular», estructura situada en la base del encéfalo. Se encarga de acelerar o frenar el nivel de activación del organismo.

La corteza cerebral, también ejerce funciones de freno o de aceleración sobre la formación reticular.

Ritmos de sueño

El niño, a medida que va creciendo va modificando, no sólo la cantidad de horas que duerme, sino que también va variando la distribución de los ciclos de sueño y vigilia:

- Así, el recién nacido duerme unas 20 horas de sueño seguido, más tarde duerme por «sesiones» 4 o 5 veces al día.

- A los 9 meses duerme en 3 tandas, 9 horas por la noche y 2 siestas.
 - A partir de los 18 meses duerme en 2 momentos de día, la noche y la siesta.
 - De 2 a 5 años duerme 12 horas aproximadamente por la noche y una siesta.
- Paulatinamente va aumentando el periodo de vigilia, no duerme siesta y duerme unas 11 horas por la noche.



Ejercicios

3. Realiza una visita a una escuela infantil y pregunta cómo tienen organizados los tiempos dedicados a la actividad y al descanso, para niños de 3 ó 4 años, a lo largo de un periodo escolar.
4. Refleja en un cuadro la relación actividad-descanso prevista en el horario de esa escuela infantil para los niños de 3 años.

3 La hora de dormir y el despertar

Para conseguir que el niño vaya progresivamente adquiriendo los hábitos más adecuados en relación con el dormir, el despertar y el descanso, en sentido amplio, es necesario tanto desde el entorno educativo (escuela), como desde el entorno familiar (padres), plantear actividades relacionadas con la proporción del tiempo y el control de los horarios dedicados al sueño y al descanso, para que el niño se vaya acostumbrando a respetar las normas y las costumbres en el entorno en el que vive.

3.1. LA HORA DE DORMIR

En los niños pequeños (de 0 a 3 años), la atención cuidadosa y sosegada de las actividades de la vida cotidiana tiene que pasar necesariamente por el establecimiento de unos ritmos adecuados de actividad y otros de descanso, teniendo siempre en cuenta las necesidades y demandas de cada niño/a.

Además será necesario planificar los tiempos y las actividades de forma que haya una alternancia entre las situaciones que requieren más movimiento, mayor exploración, o mayor actividad y aquellas otras que se caracterizan porque conllevan un mayor reposo y tranquilidad. También hay que tener en cuenta (siempre que sea posible) el tiempo que el niño debe dedicar a dormir.

Se debe iniciar el proceso tratando de respetar los ritmos y ritos individuales, para poco a poco ir estableciendo unos tiempos más o menos comunes que afecten a un grupo determinado.

En el caso de los bebés, se ha comprobado que alguno necesitan dormir un poco más a primera hora del día o a media mañana, dependiendo también de la hora a la que haya entrado en la escuela. Otros bebés, por el contrario, ya solo duermen después de comer.

¿Cuál es el papel del educador en relación con el hábito del sueño?

El educador debe estar capacitado para saber interpretar los signos de sueño y cansancio de cada niño/a, para poder aplicar el método más adecuado en cada caso.

A algunos niños que empiezan a manifestar cansancio habrá que ponerles a dormir en ese momento para que después puedan seguir con el periodo de actividad de forma más tranquila y con mayor sensación de bienestar.

Sin embargo, a otros niños es preferible estimularles y plantearles actividades que les mantengan despiertos hasta la hora en que les toca dormir (hecho que coincide con la siesta), porque si duermen en el mismo momento que se les detecta o sienten el cansancio, alterarán de forma significativa el ritmo de actividad, el horario de las comidas, el descanso, etc.

El educador también se debe preocupar de conocer, además de los horarios que tiene en casa el niño, de la «forma» en que a cada niño se le pone a dormir. Las preferencias y las costumbres varían mucho de unos niños a otros, dependiendo directamente de las características del entorno en el que el niño crece y se desarrolla. Hay niños que están acostumbrados a una serie de ritos a la hora de dormir, que en un principio se debe respetar; pero poco a poco habrá que ir acostumbrando al niño para que aprenda a dormirse solo.

Es evidente que en el entorno de la escuela, debido a las características de su organización, a la agrupación de los niños y a la asignación de un número determinado de niños por cada educador, haya que plantearse este tipo de actividad de forma que progresivamente se vaya favoreciendo la capacidad de cada niño para dormirse sin que exista una dependencia excesiva del adulto, siempre que las condiciones que rodean al niño en el momento de intentar que se ponga a dormir sean favorables y tranquilizadoras para él.

Con el paso del tiempo, más tarde o más temprano, la mayor parte de los niños/as se acostumbran a dormir solos, aunque siempre hay niños que requieren una mayor ayuda y apoyo para tranquilizarse y pasar de la actividad al sueño.

La utilización de objetos familiares y de valor afectivo importante para el niño (un chupete, un trapito, un oso, una muñeca, etc.) no significa que no estén adquiriendo o hayan adquirido la autonomía suficiente como para dormirse solos.



Niña dormida en una cuna con un muñeco en los brazos

A medida que van creciendo y van siendo capaces de desprenderse de sus objetos de compañía en otras situaciones, también llegará el momento en los que no necesitarán ya para dormir. Sin embargo, no se debe olvidar que son ellos los que lo tienen que decir, no se les puede forzar a que abandonen este tipo de objetos de valor afectivo, porque repercutiría de forma negativa en el niño, pudiéndolo vivenciar como una situación de abandono.

El niño, a pesar de la utilización de esos objetos familiares, va a necesitar del contacto físico con el adulto. Es el adulto el que con su actitud y su relación con el niño debe ir favoreciendo progresivamente la separación de manera natural, tranquila y sosegada para evitarle un sufrimiento muchas veces innecesario.

Evidentemente, en la escuela se hace imposible que el educador duerma en los brazos a cada niño, y además, el objetivo es conseguir que el niño se acostumbre a dormir sólo. Esto no quiere decir que ocasionalmente cuando un niño lo necesita, por estar excesivamente intranquilo, no haya que cogerlo en brazos y tratar de calmarlo. Sin embargo no hay que renunciar a las caricias, la canción, el arrullo, el contacto físico, etc., con todos los niños, tengan o no dificultades para «coger» el sueño.

¿Cómo debe plantearse el momento de dormir?

- Tanto en la escuela como en la casa se debe tener un horario controlado y estable, que se adaptará a las necesidades del niño para que desarrolle una actitud favorable frente al sueño.
- Se debe crear un ambiente adecuado, tranquilo y acogedor; es importante que la habitación o el lugar donde duerma esté ordenada y no tenga ningún adorno u objeto que pueda alterar o inquietar al niño.
- No es conveniente que los niños realicen actividades que sean estimulantes momentos antes de ponerles a dormir, pueden realizar alguna actividad tranquila, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, que contribuya a relajarlo y no a excitarlo.
- En la escuela el niño dormirá muchas veces al ver que lo hacen los demás niños.
- Se atenderá la demanda de cada niño, pero intentando plantear siempre que se pueda unas pautas comunes para todo el grupo.
- Se le debe poner a dormir la siesta inmediatamente después de comer, pues en este momento el niño está más relajado por el efecto de la ingestión de la comida.
- Por la noche (en la casa) se le debe poner a dormir inmediatamente después de bañarle y darle la cena.

- No olvidar que el momento de dormir es también un momento de comunicación especial con cada niño. A todos les gusta que se le dediquen unas palabras afectuosas, unas caricias, una canción, una mirada y si es necesario se les debe recordar que es la hora de dormir.

¿Cuál es la actitud del niño a la hora de dormir?

A la hora de acostarse existen una serie de comportamientos que son característicos dependiendo de la edad del niño/a.

A los 2 años:

- Exigencias a la hora de acostarse.
- Tienen un sueño superficial.

A los 3 años:

- Necesitan un «ritual» para acostarse.
- Duerme mucho.
- El despertar es lento.

A los 4 años:

- Exigen que se les cuente un cuento o se les cante una canción para dormir.
- Necesitan tener un muñeco o cualquier objeto con el que mantienen cierta relación afectiva para llevarse a la cama.

A los 5 años:

- Tiene pesadillas.
- Antes de acostarse hace que lee y dibuja para alargar el tiempo de irse a la cama.

A los 6 años:

- Intenta tiranizar a la madre.
- Se despierta temprano.
- Al levantarse, se viste el solo.

3.2. EL DESPERTAR

Los principales momentos del sueño son: el adormecimiento, el sueño propiamente dicho y el despertar.

El *despertar* consiste en la recuperación del estado de vigilia y de las constantes que le son características.

El recién nacido se despierta cuando se siente mojado o cuando tiene hambre. El modo y el momento de despertar es un hábito que se aprende y se adquiere. Hay tantos modos de despertar como niños: lentos,

rápidos, alegres, llorones, etc. El adulto juega un papel importante en el despertar del niño y en las asociaciones que éste pueda establecer con ese momento.

En general, la falta de sueño puede afectar tanto a la memoria como a la capacidad de aprendizaje. Los niños deben dormir hasta despertar por sí mismos. Hemos de tener presente que el «ser despertado» es algo que nos molesta a todos. Por ello, el estado semivigilante que los bebés tienen, cada cuatro horas de sueño, no se ha de aprovechar para despertarlos y prestarles atención.

Durante ese estado de semi-vigilia los niños parecen normalmente activos con conductas típicas: movimientos esquemáticos, lloriqueos, succión del pulgar, etc. Conviene dejar al niño actuar hasta que, cansado o relajado, vuelva a conciliar el sueño. De la conducta del adulto en ese momento depende que el niño alargue el periodo de sueño o que aprenda a despertarse y a permanecer intranquilo y llorando para reclamar atención a cualquier hora de la noche.

El recién nacido puede despertarse más fácilmente y con mayor frecuencia que el adulto, debido a que la duración de las fases del sueño lento es diferente en el bebé y en el adulto (90/100 minutos en el adulto frente a 50 minutos en el niño) y a que el sueño lento del recién nacido dura un 50% del sueño total, mientras que en el adulto dura un 80%. A los ocho meses, el niño tiene la misma proporción que el adulto respecto a reparto de los tipos de sueño.

La conducta del niño en relación con el descanso, y más concretamente en lo que respecta al sueño, debe irse regularizando y adaptando, desde los primeros momentos de la vida, a las condiciones ambientales.

La proporción de tiempo dedicado a uno y otro varía con arreglo al sistema nervioso y a la maduración de las distintas áreas de la persona (cognitiva, motriz, afectiva, etc.) pero también responde a la gran diversidad de factores individuales y a la educación.

Durante la infancia el tiempo dedicado al sueño va disminuyendo constantemente. Desde las 20 horas del sueño del recién nacido, pasando por las 14 horas al año de edad, hasta las 11 horas de sueño nocturno a los 6 años de edad.

Para conseguir una buena adaptación a los horarios habituales (del día a día) y aprovechar de manera adecuada y óptima el tiempo dedicado al descanso es fundamental que se respeten al máximo las horas destinadas al sueño, tanto en relación a la hora de acostarse como a la hora de despertarse.

Si la actitud del educador es importante en el momento de poner a los niños/as a dormir, también lo es en el momento de despertarse. De la misma manera que no todos los niños duermen lo mismo ni de la misma forma, no todos necesitan el mismo tiempo para despertarse y la manera en que lo hacen también es diversa, dependiendo de cada niño. Se trata de favorecer gradualmente su incorporación a la actividad.

Por lo tanto, habrá que tener en cuenta que no se debe pasar de forma brusca del sueño a la actividad, pues siempre va a resultar más agradable «despertarse poco a poco» a medida que van modificándose las condiciones exteriores: se va aumentando gradualmente la intensidad de la luz, se le va hablando al niño, o se le hace alguna caricia, o se va subiendo el nivel de ruido. En definitiva, se empiezan a dar las condiciones para empezar a despertarse y reanuda la actividad.

Recuerda

En los niños pequeños (0 a 3 años) deben establecerse unos ritmos adecuados de actividad y descanso, planificando los tiempos que se dedican a cada uno de ellos.

El educador debe ser capaz de:

Interpretar los ritmos de sueño y descanso del niño.

Intentar que poco a poco aprenda a dormir solo.

Permitirle usar objetos familiares (muñeco, chupete, etc.) para dormir.

Cuando se le pone al niño a dormir es importante: crear un ambiente adecuado, horarios controlados para todo el grupo, y hacerlo inmediatamente después de las comidas.

El despertar consiste en la recuperación del estado de vigilia y de las constantes que le son características.

El recién nacido puede despertarse más fácilmente y con mayor frecuencia que los adultos debido a la duración de las fases del sueño.

Ejercicios

5. Realiza una visita a una escuela infantil y pregunta cómo tienen distribuidos los tiempos dedicados a la actividad y el descanso, para niños de 3 ó 4 años, a lo largo de un periodo escolar.

6. Pregunta a varios padres sobre los hábitos de dormir de sus hijos. Recoge los datos relacionados con las horas que le dedican a dormir y cuál es el procedimiento que ellos emplean.

4 Dificultades a la hora de dormir

Algunas de las dificultades de las que aparecen en el niño en relación con el sueño o la hora de dormir dependen con frecuencia, y sobre todo hasta que el niño se va acostumbrando al entorno de la escuela, de las diferencias entre el ambiente de la casa y el de la escuela, como por ejemplo: la luz, el ruido, el lugar donde se les pone a dormir, el horario, etc. Es importante disponer de unas condiciones favorables para el sueño aplicables a todos los niños/as y no sólo para aquellos que puedan tener dificultades a la hora de dormir.

¿Cuáles son estas condiciones?

- Están relacionadas con el cuidado de los estímulos externos y con la creación de un clima adecuado y de tranquilidad.
- Se debe mantener una intensidad de la luz baja, pero sin dejar la habitación totalmente a oscuras y se debe bajar el nivel de ruidos.
- Hay que controlar la temperatura de la habitación donde duerme. En ningún momento se permitirá que haga excesivo calor, pues el niño tiende a sudar y dificultará el que pueda dormirse de forma cómoda.
- Habituarse a cada niño a dormir en un lugar determinado, y que pueda identificarlo fácilmente.
- La habitación debe estar ordenada y si es posible no debe tener nada que pueda distraer al niño de dormirse.
- Se debe mantener, siempre que se pueda, la misma persona junto al niño hasta que éste se duerma, para que se sienta tranquilo y seguro.
- En el caso de los bebés, teniendo en cuenta que todavía duermen por las mañanas, es aconsejable situar las cunas lejos de las zonas o de las aulas donde haya actividad o bien en una habitación más aislada.

Poco a poco, a medida que el niño crece, sus necesidades del sueño van cambiando y van apareciendo mayores dificultades para pasar del estado de vigilia al sueño.

¿Cuáles son las causas por las que el niño no quiere dormir?

- Generalmente no quiere abandonar la actividad que está desarrollando por temor a perder lo que le rodea.

- A partir de los 2 años es el momento en que **aparecen los** miedos, por lo que sienten temor a dormirse.
- Les resulta a veces difícil distinguir lo que es real **de lo** imaginario.
- Hay niños que tienen miedo a la oscuridad, y el **hecho de** ponerles en la habitación, aunque sea con una luz tenue, ya les **produce** cierto grado de angustia que les impide conciliar el **sueño**.
- Cuando el niño ya toma conciencia **de** que irse a **la cama** representa para él una separación del entorno y **de** la familia **que le** rodea, es normal que se resista a separarse de él, a **menos** que **tenga** mucho sueño.

¿Qué factores deben tenerse en cuenta para que el niño duerma más fácilmente?

- El niño cuando es pequeño necesita **pasar** cierto **tiempo** con el grupo familiar, especialmente si durante el día está en la **guardería** o en casa con una persona que le cuida, ajena a sus padres. **Es normal** que cuando ve a sus padres desee estar y jugar con ellos. **Con frecuencia** los padres tienen una actitud rígida a este respecto y **exigen** que sus hijos pequeños se vayan a dormir temprano, **mientras que éstos** lo que desean es participar de la vida familiar.

Para facilitar el proceso para que el niño se vaya a **la cama** sin problemas, es bueno fijar una hora razonable y decírsela **al niño**, aunque éste inicialmente no entienda su significado. Después de **escuchar** lo mismo una y otra vez terminará asociando ese significado **con el** hecho de irse a dormir.

- Es frecuente que los niños adquieran ciertos **hábitos** que deben ser respetados y tenidos en cuenta a la hora de llevarlo a **dormir**, «ritual de ir a la cama», esto les hará sentirse más tranquilos y **seguros** y les ayudará a conciliar el sueño. En cualquier caso, no se **debe** permitir que se alargue el tiempo previo al irse a dormir. Podemos **establecer**, por ejemplo, si el niño ya es mayor de 2 años: **que primero vaya al** baño, después se lave las manos y los dientes, **beba agua y por último** se meta en la cama y se acomode para dormir.

Una vez en la cama:

- Puede estar, al principio, alguien con **ellos** que les **hable y** les tranquilice y que más tarde les cuente una historia o les **cante una** canción.
- Puede llevarse a la cama uno o varios objetos **familiares** o preferidos, pues les aporta esa tranquilidad necesaria para **dormirse**.

– Puede querer tener la habitación en completa oscuridad y la puerta cerrada. O bien prefieren que haya una luz encendida y necesitan sentir y escuchar los ruidos familiares de la casa.

¿Cuál debe ser la actitud del educador y de los padres?

– Debe manifestar una actitud de serenidad. No se trata de plantear la hora de dormir como una batalla o un conflicto de voluntades entre el adulto y el niño.

Las actitudes intolerantes y exigentes no contribuyen a crear un clima adecuado de tranquilidad que es necesario para dormir.

– Es importante hablarle al niño, acariciarle y tratar de mantener unos estrechos lazos afectivos para que se sienta seguro y tranquilo.

– A veces, es conveniente dejar para el final a aquellos niños que más tardan en dormirse, de esta forma el educador les puede dedicar más tiempo y mayor proximidad.

– Es conveniente intentar solucionar el conflicto allí donde se produce. Si un niño, por ejemplo, no quiere dormir ni en la cuna, ni en la colchoneta, habrá que intentar que poco a poco vaya colaborando hasta que sea capaz de aceptar el lugar destinado para dormir. Por lo tanto, no es aconsejable sacarle de la cuna o de la colchoneta e incluso de la habitación o pasearle por otras habitaciones y/o de unas manos a otras, pues esto sólo contribuirá a que el niño cada vez se descentre más y no podamos resolver el conflicto.

– Normalmente, la mayor parte de los niños acaban adaptando sus ritmos biológicos y los familiares se acoplan y adaptan a su vez a los ritmos y formas marcadas por la escuela.

Recuerda

Para facilitar el que el niño pueda conciliar el sueño es necesario crear unas condiciones adecuadas, teniendo en cuenta:

- La intensidad de luz y nivel de ruido en la habitación.
 - Se controlará la temperatura ambiente.
 - El tipo de habitación.
 - Persona que está con el niño para ponerlo a dormir.
- ¿Cuál será la actitud del educador y de los padres?
- Deben manifestar una actitud de serenidad y firmeza.



- Es conveniente que hablen a los niños.
- Mantengan un contacto físico con ellos.
- Estrechar las relaciones afectivas.

Ejercicio

7. Entrevista a varios padres que tengan niños pequeños y pregúntales en qué circunstancia o qué factores han influido directamente en el comportamiento y actitud de sus hijos a la hora de irse a la cama.

5 Alteraciones relacionadas con el sueño

Se producen cuando el niño se despierta por la noche, después de haberse dormido.

Los niños con alteraciones de tipo emocional, los fácilmente impresionables o los demasiado tranquilos, los que no se cansan lo suficiente durante el día, y los niños muy activos o los muy interesados por cualquier cosa y que siempre están excitados, son los más propensos a despertarse por la noche, tras haberse dormido.

Los padres suelen optar por pasar las noches casi en vela para atender al hijo o por llevarse al niño a su cuarto o, incluso, a su cama.

Hay que tener en cuenta que será preferible proponer al niño, como un objetivo a alcanzar, el asumir poco a poco que tienen que quedarse solos por la noche para dormir, hasta que consigan su total independencia, evitando, siempre que sea posible, que todo esto les produzca angustia y desasosiego. Con esta actitud el niño irá adquiriendo confianza en sí mismo y le ayudará a construir un autoconcepto positivo.

Muchas de las dificultades que tiene el niño se deben a la adaptación que el proceso evolutivo conlleva (dentición, momentos emocionalmente intensos, hambre, pañal sucio, exceso o falta de cansancio, ir a dormir sin una transición suave desde la actividad al descanso, etc). Otras dificultades se deben a las características específicas de cada niño. Y, finalmente, otras muchas tienen su origen en la conducta ansiosa (hiperestimulación) de los padres o en su inhibición emotiva (pseudabandono afectivo).

Hasta los cinco años aproximadamente, el 20 ó 25% de los niños tienen problemas con el sueño o tienen sueño agitado que puede afectar el sueño de los padres. A partir de esa edad los niños pueden tener trastornos del sueño pero ya no suelen interferir en el de los adultos.

¿Cómo se manifiestan los trastornos del sueño?

Las manifestaciones más habituales son:

- Enuresis nocturna, que llevan a al niño a despertarse durante la noche al sentirse mojado.
- Hablan dormidos (somniloquio).
- Caminan y se desplazan dormidos (sonambulismo).

– Se despiertan de manera brusca con desorientación temporal y espacial acompañada de alteraciones del pulso, que suele estar acelerado, debido a los terrores nocturnos, es decir, a la angustia. Esto suele ocurrir en aquellos niños que viven algún cambio repentino en sus vidas, como puede ser: el viaje de los padres, un cambio de casa (que desarraiga al niño del ambiente que le es familiar). Sea como fuere, el niño siente el temor de que los padres puedan abandonarle, acentuándose esa sensación durante la noche.

– Sueños desagradables (pesadillas), que se acompañan de movimientos rápidos y excesivos (agitación), etc.

Intentar solucionar todo este tipo de manifestaciones hace que los padres se sientan desbordados y sin saber muy bien qué deben hacer. Por eso, es conveniente que desde la escuela o a través de personas expertas se les aporten una serie de pautas sencillas que les ayuden a solucionar el problema.

Los adultos deben empezar por establecer un control de las circunstancias que rodean el sueño infantil.

¿Qué habrá que tener en cuenta?

– En primer lugar, al final de la jornada ha de evitarse cualquier tipo de excitación e ir preparando esa transición suave, de la que hablábamos anteriormente, desde la actividad al sueño.

– Se mantendrán constantes una serie de factores para que actúen de coordenadas orientadoras en esa conducta. Por ejemplo:

– Mantener un horario constante para irse a la cama (tanto por la noche como para la siesta).

– Seguir todos los días la misma secuencia, que puede ser: ordenar la habitación con la colaboración del adulto, bañarse, cenar y realizar una actividad tranquila antes de irse a dormir.

– El cuarto para dormir estará independiente del de los padres. Es importante que en su cuarto no haya nada que pueda distraerle.

– Podrán establecer algún ritual (contar un cuento, leer en pareja, cantar una canción, etc.) que siempre se debe llevar a cabo evitando, sin embargo, que se haga dependiente de la presencia del adulto para conciliar el sueño.

En todo caso, los padres deben tener presente que lo que hagan para atender al niño cuando se despierta por la noche la primera vez, probablemente tengan que repetirlo durante varios años a la misma hora y del mismo modo.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta estas consideraciones para elegir la pauta que se considere más apropiada, entre las que cabe destacar:

- Levantarse, coger al niño y meterlo en su propia cama.
- Levantarse coger al niño y acunarlo en brazos.
- Levantarse y mecer al niño en su cuna.
- Levantarse y acariciar al niño en su cuna.
- Levantarse e ir a hablar al niño.
- Hablar al niño desde el propio dormitorio hasta que se tranquilice.

La escuela infantil debe mantener con los padres un buen grado de comunicación en lo que respecta a este aspecto (todo lo relacionado con el sueño y descanso del niño), para que las horas dormidas por el niño sean las necesarias, para que el sueño sea tranquilo y para que la familia y la escuela infantil adopten criterios comunes y estén informadas mutua y simétricamente de los criterios y usos propios de cada una.

En la escuela, la principal dificultad se presenta al intentar adaptar el ritmo particular del sueño y horario de cada niño al ritmo del sueño de todo el colectivo de la misma.

Las condiciones de oscuridad, ventilación e insonorización del dormitorio han de tenerse muy en cuenta. Además, las cunas han de posibilitar que el niño vea a los otros niños y a los adultos y deben tener la altura suficiente como para que los adultos puedan atender cómodamente a los niños sin necesidad de inclinarse sobre ellas la sala debe ser familiar para los niños y transmitir tranquilidad por su color y decoración.

No nos debe sorprender que, a los 3 años haya que *volver a plantearse las pautas y los horarios de cuándo dormir*, debido al descubrimiento de nuevas actividades y potencialidades, que hace que los niños se mantengan excitados durante mucho tiempo y no quieran dormir la siesta. Además, ellos *ya son mayores y eso es de niños pequeños*.

Como ya se ha dicho, el establecimiento de ciertos *rituales* para iniciar la transición al sueño también es un buen recurso a emplear a la hora de la siesta en la escuela infantil. De este modo, tras la comida, cada niño debería sistemáticamente:

- Ayudar a recoger la mesa.
- Lavarse los dientes y las manos.
- Preparar su colchoneta.
- Buscar su juguete para dormir.

Un adulto puede servir de modelo al grupo de niños y puede *representar* cómo se hace para dormir. Si todo se desarrolla en medio de un ambiente de seguridad y confianza, pronto los niños le imitarán y conciliarán el sueño.

Cuando los niños ya no tengan necesidad de la siesta de la tarde se les debe facilitar, después de las comidas, cierto descanso mediante la realización de actividades tranquilas y/o sedentarias. Es importante saber distinguir entre las ganas de jugar del niño, que le impiden o dificultan el necesario descanso diurno, y la auténtica ausencia de necesidad de este descanso. Se advierte cuándo empieza a desaparecer esta necesidad porque el niño duerme de forma intermitente, es decir, unos días duerme y otros permanece completamente desvelado. La mayor parte de los niños acostumbrados a la siesta de la tarde suelen dormir hasta después de los 4 si se les rodea de las debidas condiciones.

¿Cuáles son las alteraciones más frecuente relacionadas con el sueño?

Las alteraciones que con más frecuencia se dan en los niños son: el insomnio y las parasomnias.

El insomnio

Es la incapacidad para dormir, es decir, la alteración del sueño, en cantidad o calidad. A partir del segundo mes de vida, el despertarse con frecuencia puede constituir una alteración.

Cuando un niño que duerme normalmente toda la noche, un día se despierta, llora o nos llama, se debe tratar de averiguar cuál es la causa que provoca ese trastorno. Puede ocurrir que esté enfermo, o le duela algo, o haya tenido una pesadilla, o sienta miedo por algo.

Como norma general conviene consolarlo e intentar que vuelva a conciliar el sueño o bien se debe tratar la causa que ha producido el insomnio.

Parasomnias

Son las alteraciones que interfieren el sueño de los niños, como el sonambulismo, los terrores nocturnos y la enuresis.

El sonambulismo aparece entre los 5 y los 12 años, aparece en los niños de forma esporádica y se caracteriza porque a la mañana siguiente el niño no suele recordar nada.

Los terrores nocturnos aparecen entre los 3 y los 6 años. Pueden ser de aparición esporádica o frecuente. A diferencia de las pesadillas, no se recuerdan a la mañana siguiente.

La enuresis puede estar influida por una educación higiénica demasiado severa, por factores ambientales (pasillo oscuro, etc.), inadecuada capacidad vesical, celos, etc.

Todos estos problemas si se mantienen a lo largo del tiempo pueden requerir un tratamiento psicológico.

Recuerda

Los niños que con más frecuencia presentan trastorno del sueño son aquellos que: presentan alteraciones emocionales, son fácilmente impresionables, los que son demasiado tranquilos y los que son muy activos.

Los trastornos pueden manifestarse de varias formas: enuresis nocturna, sonambulismo, terrores nocturno, que les hacen despertar bruscamente y pesadillas.

Cuando el niño se despierta por la noche, los padres deben tener en cuenta que lo que hagan para atender al niño la primera vez, probablemente tengan que repetirlo a muy largo plazo. Por lo tanto, es importante optar por la solución que consideren más adecuada, como por ejemplo: levantarse, coger al niño y acunarlo en brazos, o mecerle en su cuna, o acariciarle y hablarle en su cuna, o hablarle desde la habitación de los padres o bien llevarlo directamente a la cama de los padres.

Ejercicios

8. Pregunta a varios padres que tengan hijos con edades comprendidas entre 1 y 3 años, sobre cuál es la actitud que han adoptado cuando el niño/a, sistemáticamente se despierta en el transcurso de la noche.

9. Visita una guardería y realiza una entrevista a varios educadores sobre la organización que tiene la escuela en relación con la forma de poner a los niños a dormir la siesta. Con la información recopilada, elabora un cuadro que indique la forma más adecuada de poner el niño a dormir la siesta.

6

Programa por objetivos para la adquisición del hábito de la siesta

Las actividades que pueden plantearse para que el niño adquiera el hábito de dormir la siesta pueden aplicarse a niños a partir de los 15 ó 18 meses, momento en el que ya han modificado sus necesidades de sueño y los horarios destinados a dormir. Es decir, duermen durante la noche unas 10 horas y 2 horas aproximadamente de siesta después de comer; dejando de dormir en el transcurso de la mañana.

Objetivos

– Conseguir que el niño sienta la necesidad de dedicar un tiempo para el descanso, después de la comida, para después estar en condiciones de realizar otro tipo de actividades.

Contenidos

– Importancia que tiene para la vida diaria el dedicar un tiempo para el descanso y el sueño.

– Estimular las capacidades del niño para fomentar su colaboración en las actividades destinadas a dormir.

– Manifestación de las necesidades del niño en relación con el sueño después de la comida.

– Importancia del horario destinado para dormir y de la regularidad y rutina del mismo.

– Influencia del entorno y de la actitud de los adultos en la predisposición del niño para dormir.

Metodología

– Antes de plantear cualquier tipo de actividad, debemos asegurarnos de que contamos con la colaboración de los padres, para así facilitar el proceso y disposición del niño ante la siesta.

– Las actividades se plantearán para todo el grupo, teniendo en cuenta, no obstante, las características de cada niño.

– Los horarios de la siesta serán regulares y siempre coincidiendo inmediatamente después de la comida.

- Todas las actividades se organizaran en un ambiente de relajación y tranquilidad donde el niño se sienta seguro y se favorezca la aparición del sueño.
- Para facilitar el procedimiento, se le puede permitir, al principio al niño, el «uso» de su juguete preferido, si lo lleva al centro educativo.
- Tener siempre en cuenta la importancia que tiene el cómo y el dónde se le ponga a dormir al niño.

Actividades

- Enseñar a niño cuál es el lugar donde va a dormir la siesta, y cuál es su cuna y/o colchoneta, para que aprenda a identificarlos.
- Puede iniciarse el proceso quitando a los niños el calzado, de forma que asocien este acto con el de «irse a dormir la siesta».
- Preparar la habitación pidiendo al niño su colaboración, dejándola con poca luz o bien a oscuras. Puede incluso ponerse una música suave que incite a la tranquilidad y el descanso.
- Acostar al niño, y si lo pide, permitirle que lo haga acompañado de su juguete preferido. Demostrarle en todo momento nuestro afecto y cariño, para evitar el que se sienta solo o con miedo.
- No prolongar la siesta en exceso, para evitar que interfiera con el sueño nocturno.
- El momento de despertar, se hará con tranquilidad y poco a poco, dando la luz o subiendo la persiana, permitiendo que el niño vaya despertándose solo.

Evaluación

Para evaluar si el niño ha conseguido dormir en el horario destinado a la siesta, se tendrá en cuenta:

- La actitud y predisposición del niño después de las comidas para ir a dormir.
- Si necesita estar en brazos del adulto antes de dormir.
- Si solicita su juguete preferido.
- Si tiene miedo a la oscuridad.
- El tiempo que tarda en conciliar el sueño.
- Si realiza la siesta de un «tirón», sin despertarse.
- Si se despierta por sí solo.

Si el resultado no ha sido satisfactorio, se debe plantear la modificación de algunos de los parámetros, para intentar conseguir el objetivo previsto.

Si a pesar de modificar ciertos aspectos del programa, no se consigue que el niño sea capaz de conciliar el sueño durante la siesta, o lo hace de forma irregular, se debe hacer un estudio más pormenorizado de cada caso, teniendo en cuenta los aspectos más significativos que pueden interferir en el sueño del niño.

En caso de no poder resolver el problema se consultará a otros profesionales (médico, psicólogo), para descartar la posible existencia de algún tipo de alteración en el comportamiento del niño (psicológica) o alguna patología médica.

Prueba de Autoevaluación

- 1 Describe las características de las fases II y III del «sueño lento».
- 2 ¿Cuáles son las principales características del «sueño» REM?
- 3 ¿Cuáles son las diferencias entre el sueño de un recién nacido y el de un niño de 18 meses?
- 4 ¿Cómo se explica el proceso del sueño desde el punto de vista fisiológico?
- 5 Describe algunos de los datos a tener en cuenta a la hora de poner a un niño a dormir.
- 6 ¿Qué diferencia hay entre la actitud de un niño de 2 y de 4 años a la hora de dormir?
- 7 ¿Qué factores pueden dificultar en el niño el proceso de «irse a la cama y conciliar el sueño»?
- 8 ¿Cómo deben actuar los adultos para evitar los problemas que surgen a la hora de llevar al niño a dormir?
- 9 ¿Qué tipo de niños son más propensos a despertarse en el transcurso de la noche?
- 10 ¿Cómo suelen manifestarse en el niño los trastornos del sueño?

FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD

7

*ENFERMEDADES
INFANTILES*

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Feced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

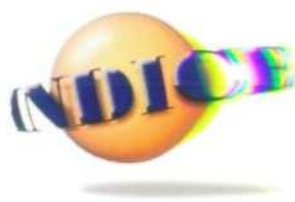
ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

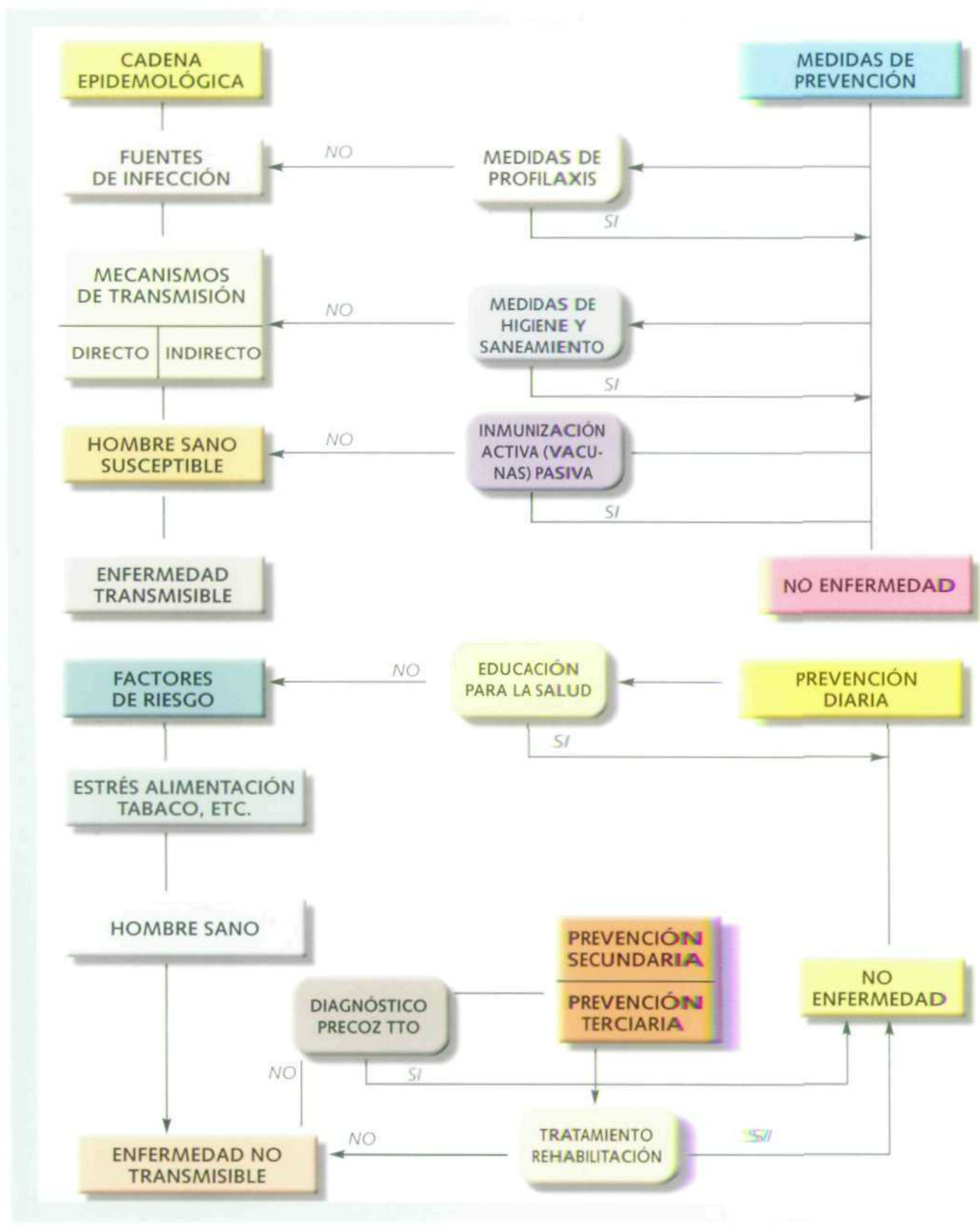
Impime: Gráficas VARONA, S.A.

UNIDAD 7

ENFERMEDADES INFANTILES



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	7
1.1. Agentes causales	7
1.2. Mecanismos de producción	8
1.3. Factores que influyen	10
2. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	13
2.1. Medidas de prevención sobre las fuentes de infección	13
2.2. Medidas de prevención sobre los mecanismos de transmisión	13
2.3. Medidas de prevención sobre el sujeto sano susceptible	15
2.4. Repercusión de las enfermedades transmisibles en la escuela infantil	18
3. CLÍNICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	21
3.1. Sintomatología general	21
3.2. Sintomatología específica	21
3.3. La fiebre y su significado	21
4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRODUCIDAS POR BACTERIAS	25
5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRODUCIDAS POR VIRUS	31
6. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	43
6.1. Factores de riesgo y niveles de prevención	43
6.2. Enfermedades más frecuentes	45
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	51



Introducción

La salud está determinada por factores complejos de índole ambiental, social e individual. En la medida que son aspectos cambiantes en el transcurso de la historia, a cada época de la humanidad le corresponde unas formas determinadas en el vivir y en el enfermar.

Podemos diferenciar dos patrones epidemiológicos, uno en que prevalecen las enfermedades infecciosas (transmisibles) y otro en el que prevalecen las enfermedades no transmisibles (enfermedades de la civilización).

El patrón de las enfermedades infecciosas es típico de épocas, países o zonas geográficas en las que el desarrollo socioeconómico es muy bajo y en consecuencia las condiciones y recursos higiénico sanitarios son muy deficientes.

En nuestro país, el patrón epidemiológico, corresponde al de los países desarrollados, con una importancia creciente de las enfermedades no transmisibles, vinculadas a las formas y estilos de vida y no tanto debidas a las condiciones higiénicas o a los recursos sanitarios. Esta situación prevalente no significa que debemos bajar la vigilancia en torno a las enfermedades infecciosas.

La escuela infantil debe colaborar y trabajar en la prevención general de las enfermedades, ya sean de origen transmisible o no transmisible. Es necesario por ello que los equipos de profesionales sepan valorar a grandes rasgos el estado vacunal de los niños, conozcan las principales fases y características de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, así como la prevención y manejo de los principales factores de riesgo individuales y ambientales que existen en torno a las enfermedades crónicas y no transmisibles.

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Describir las características de los principales agentes causantes de las enfermedades transmisibles.
- Explicar los mecanismos de producción de las enfermedades infecciosas y los factores que influyen en las mismas.
- Aplicar las medidas adecuadas de prevención para la prevención de las enfermedades transmisibles.
- Planificar las estrategias y procedimientos necesarios para evitar contagios en la institución educativa, el hogar y la comunidad, y saber intervenir de manera adecuada.
- Identificar los síntomas generales y específicos de las enfermedades transmisibles.
- Valorar el significado de la fiebre y determinar en qué casos se debe acudir al médico.
- Describir las características de las enfermedades transmisibles producidas por virus y bacterias, diferenciando aquellas que están incluidas en el calendario vacunal.
- Fomentar el desarrollo de actitudes para la prevención de enfermedades infecciosas.
- Describir los principales factores de riesgo y el mecanismo de prevención de las enfermedades no transmisibles.
- Elaborar el programa de actividades más adecuadas para la prevención de las enfermedades no transmisibles.

Las enfermedades transmisibles

Durante mucho tiempo se las ha conocido como enfermedades infecto-contagiosas o enfermedades infecciosas. Actualmente se denominan enfermedades transmisibles porque son producidas por la entrada al organismo humano de algún tipo de microorganismo o germen nocivo, por distintos mecanismos de transmisión o contagio.

Las enfermedades son una alteración del organismo que llevan asociada la pérdida de la salud. Se producen por múltiples causas y en su transmisión son fundamentales los hábitos de higiene personal, la utilización de objetos contaminados, la conservación de los alimentos, etc.

Al médico le corresponde hacer el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, pero todos los profesionales relacionados con la infancia deben procurar las condiciones adecuadas para prevenir la aparición de las enfermedades transmisibles.

1.1. AGENTES CAUSALES

El agente causal de una enfermedad según Clark es «un elemento, una sustancia o una fuerza animada o inanimada, cuya presencia o ausencia pueden, al entrar en contacto efectivo con el huésped humano susceptible y en condiciones ambientales propicias, servir de estímulo para iniciar o perpetuar el proceso de enfermedad». En las enfermedades transmisibles, éste es un organismo vivo capaz de multiplicarse, siendo necesarios además ciertos mecanismos de transmisión y un huésped sensible.

El huésped es el organismo que se ve afectado por ese agente y que puede padecer la enfermedad o ser portador del microorganismo que sufra la enfermedad.

En la infancia son muy frecuentes las enfermedades infecciosas, que se producen al introducirse en el cuerpo humano ciertos microorganismos.

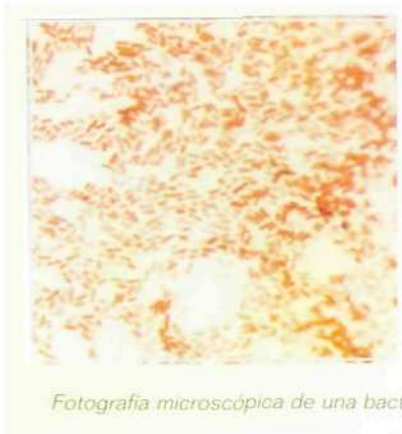
Tipos de microorganismos

Existen innumerables tipos de microorganismos responsables de la producción de estas enfermedades. Se resumen a continuación los grupos más significativos:

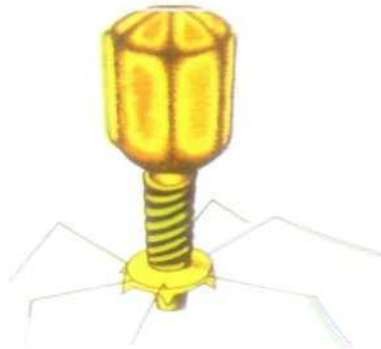
– *Bacterias*. Son células vivas independientes que producen sus efectos al multiplicarse dentro del organismo y eliminar determinados tóxicos dentro de él. Por ejemplo las que causan el tetanos, la escarlatina, la tuberculosis, etc. En general, responden al tratamiento con antibióticos.

– *Virus*. Son microorganismos mucho más pequeños que las bacterias, se multiplican dentro de las células vivas del organismo, a las que generalmente destruyen. Por ejemplo los que causan la gripe, la hepatitis o la rubéola. No son sensibles al tratamiento con antibióticos.

– *Hongos*. Los que producen enfermedades transmisibles en los niños suelen ser hongos microscópicos, que suelen crecer formando grupos o colonias. Por ejemplo los que causan la tiña del cuero cabelludo.



Fotografía microscópica de una bacteria y de un virus



– *Protozoos*. Son microorganismos algo mayores que las bacterias y suelen vivir en el agua. La mayoría viven como parásitos en el mosquito, la mosca, el gato, el perro, la rata, etc. Cuando los animales parásitos pican o muerden al hombre le transmiten la enfermedad. Por ejemplo el plasmodium, causante del paludismo.

– *Gusanos*. Algunos causan enfermedades en el hombre. Por ejemplo los que

causan la hidatidosis y la triquinosis. El gusano que parasita con mayor frecuencia el intestino del niño es el *Ascaris lumbricoides*, conocido vulgarmente como lombriz.

– *Parásitos*. El ejemplo más frecuente de parasitosis que afecta al niño es la enfermedad de la pediculosis, conocida vulgarmente como piojo común.

1.2. MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

Para saber por qué y cómo se produce la transmisión de una infección en una persona, debemos tener en cuenta lo que se denomina «cadena epidemiológica», que está formada por tres eslabones: la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y el hombre sano susceptible.

Fuente de infección o reservorio

Es el hábitat o lugar donde se encuentran y subsisten los gérmenes (reservorio). Puede ser el organismo humano, el organismo animal y el suelo.

– **Las personas como fuente de infección**

Son los **principales** reservorios de las enfermedades infecciosas más frecuentes (**la gripe**, el sarampión, las diarreas producidas por virus, la meningitis, **etc.**)

– **Los animales**

Las infecciones también pueden llegar a través de intermediarios, como es el caso **de los** animales enfermos o portadores, como ocurre en la brucelosis, **el quiste hidatídico**, etc.

– **El suelo como reservorio**

En algunos **casos** la tierra, la arena y los productos que hay en ella, pueden ser **fuentes** o reservorios de infección, como ocurre en el caso del tétanos.

Mecanismos de transmisión

Es el **procedimiento** a través del cual los microorganismos pasan desde la fuente **de infección** a la persona sana y susceptible.

Existen **dos tipos** o formas de transmisión:

– **Contagio directo**

En este **caso el** germen pasa de una persona enferma o portadora a otra sana **directamente**. Se considera contagio directo la transmisión a través de la **sangre** o del semen, como **en** el SIDA.

– **Contagio indirecto**

El contagio **se puede** efectuar a través de otros medios como son:

– Aire: Al **toser**, estornudar o hablar, eliminamos gotas de saliva muy pequeñas **cargadas** de gérmenes, que quedan suspendidas en el aire. Ejemplo: **la gripe**, el sarampión, etc.

– Agua: **Ocurre** sobre todo cuando se consume agua contaminada. Puede **tratarse de** agua de bebida, agua para el lavado de verduras y frutas o **agua de** riego de hortalizas. Ejemplo: hepatitis tipo A, la fiebre tifoidea, **etc.**

– Alimentos: **Hay** alimentos que por su gran contenido en sustancias nutritivas **se contaminan** fácilmente, como los huevos, la leche y sus derivados, **las carnes** y/o los pescados. Ejemplo: la salmonelosis producida por **la contaminación** del huevo de la mahonesa.

– Objetos **contaminados**: Algunos gérmenes que resisten bien las condiciones **ambientales** pueden transmitirse a través de objetos de uso



Vector de transmisión de enfermedades

cotidiano, que en el caso de una escuela infantil pueden ser los chupetes, juguetes, cepillos de dientes u otros útiles de aseo. Ejemplo: infecciones producidas en la boca debido al intercambio de chupetes.

– Artrópodos: Algunos insectos como las moscas, mosquitos, cucarachas o ácaros como las pulgas o las garrapatas, pueden convertirse en agentes de contagio indirecto. Ejemplo: el paludismo, el microorganismo parásita a los insectos y éstos transmiten la enfermedad cuando pican al hombre o los animales.

– Otros vectores (se entiende por vector a cualquier tipo de animal que puede transmitir una enfermedad infectocontagiosa): Los roedores pueden transmitir algunas enfermedades en situación de agentes intermediarios o vectores animales. Ejemplo: la peste bubónica, etc.

Hombre sano susceptible

Los gérmenes que se encuentran en la fuente de infección, llegan a las personas sanas susceptibles de enfermar y penetran en el organismo por distintas vías, a través de: la boca, la nariz, la piel o los genitales.

Cuando un germen penetra en el cuerpo humano, el organismo puede reaccionar de diferentes maneras:

– Puede responder adecuadamente a la agresión, poniendo en marcha sus defensas y eliminando al germen invasor.

– Puede ocurrir que el organismo no sea capaz de eliminar al germen invasor después de padecer la enfermedad, en este caso nos encontramos con una infección crónica, con o sin síntomas. Si no tiene síntomas, hablaremos de portador sano. Ejemplo: la hepatitis B.

1.3. FACTORES QUE INFLUYEN

– Factores ambientales

El medio ambiente influye directamente en la salud de las personas.

Recordemos como principales factores ambientales: las condiciones climáticas, la temperatura de las estaciones, el aire, la contaminación atmosférica, la calidad higiénico-sanitaria de las viviendas o la calidad de las infraestructuras urbanas.

– Factores sociales

Constituyen uno de los aspectos de mayor influencia en la salud. La cultura, la economía, la educación o las tradiciones, configuran el contexto

básico en el que se va a dar un patrón epidemiológico u otro. La escuela infantil debe valorar el contexto sociocultural en el que se encuentra (barrio, actividad laboral de los padres y nivel de instrucción, etc) para así poder intervenir adecuadamente desde el punto de vista de la Educación para la Salud.

– *Factores individuales*

Hay factores que varían de una persona a otra. Podemos citar como los más significativos el sexo, la raza, la herencia, la edad o el tipo de personalidad.

– *Factores sanitarios*

Es también importante señalar la influencia que tiene en la salud de las poblaciones el grado de desarrollo de su organización sanitaria, en cuanto a recursos humanos y materiales.

Recuerda

Las enfermedades transmisibles o infectocontagiosas están producidas por la entrada al organismo humano de algún tipo de microorganismo o germen nocivo, denominado «agente causal».

Los agentes o microorganismos responsables de este tipos de enfermedades pueden ser: bacterias, virus, hongos, protozoos, gusanos y parásitos.

Mecanismos de producción

Fuente de infección (reservorio)	<ul style="list-style-type: none"> – Personas – Animales – Suelo
Mecanismo de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> – Contagio directo (sangre y semen) – Contagio indirecto (aire, agua, alimentos, objetos contaminados, artrópodos, y otros vectores).
Hombre sano susceptible	<ul style="list-style-type: none"> – Puede responder a la agresión eliminando el germen – Puede no eliminar el germen y padecer la enfermedad con síntomas o sin síntomas (portador sano)

Ejercicio

1. Describe las características del mecanismo de producción de dos tipos de enfermedades transmisibles que hayas padecido. Una de ellas de origen bacteriano y otra de origen viral. Describe brevemente el tipo de microorganismo y la fuente de infección principal.

2

Prevención de las enfermedades transmisibles

La prevención de las enfermedades transmisibles tiene dos objetivos principales:

- Evitar los efectos negativos de la enfermedad.
- Promocionar la salud.

Lo que entendemos por prevención incluye una serie de medidas o actuaciones cuyo objetivo es intentar romper la cadena epidemiológica, para evitar la aparición o propagación de la enfermedad transmisible.

2.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN SOBRE LAS FUENTES DE INFECCIÓN

El diagnóstico y tratamiento precoz de los enfermos tiene un doble interés, por un lado en cuanto al individuo, para evitar la aparición de complicaciones y posibles secuelas causadas por la enfermedad, y, por otro, a nivel colectivo, trata de suprimir la fuente de infección y por lo tanto impedir que la enfermedad se transmita a otras personas.

En la escuela infantil es importante detectar cuándo un niño se pone enfermo. En estos casos se debe avisar a los padres. Éstos deben saber también que, ante la sospecha de una enfermedad transmisible, lo adecuado es consultar al médico, para aplicar el tratamiento adecuado y que se valore si hay que aislar al niño.

2.2. MEDIDAS DE PREVENCIÓN SOBRE LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Medidas de higiene y aseo personal

En la escuela infantil, el eslabón principal que habrá que vigilar lo constituyen las propias personas, ya sea como portadores sanos o como enfermos.

¿Qué medidas habrá que tener en cuenta?

- Lavarse las manos: antes de comer, antes de manipular alimentos, después de utilizar el retrete o manipular pañales sucios.



Niño lavándose las manos

– La escuela infantil incorporará estas actividades de Educación para la Salud en su programación.

– Taparse la boca con un pañuelo al toser o estornudar, para evitar que puedan propagarse y transmitirse enfermedades como la gripe o el catarro común.

Medidas de saneamiento general

En este grupo de medidas, se incluyen:

– Abastecimiento correcto del agua de consumo.

- Evacuación higiénica de las aguas residuales.
- Evacuación higiénica de los residuos sólidos (basuras).

Todas estas medidas corresponden a las administraciones sanitarias. La escuela infantil procurará el buen funcionamiento de estas prestaciones, comunicando con las instituciones pertinentes las deficiencias que pudieran observar, a fin de que se corrijan lo antes posible.

En cuanto a los residuos sólidos, hay que tener en cuenta que los cubos con desperdicios o pañales deben estar perfectamente tapados y vaciarlos a menudo. Los residuos de tipo clínico que la escuela infantil tuviera, ha de comunicarlos a las autoridades municipales más cercanas para su correcta manipulación y evacuación.

Higiene de los alimentos

Los alimentos son un excelente medio de cultivo de gran número de gérmenes, constituyendo un importante mecanismo de transmisión de enfermedades por lo que hay que evitar la contaminación de los mismos.

¿Cómo pueden contaminarse los alimentos?

- Por manipularlos con las manos o con utensilios sucios.
- A través del aire o las pequeñas gotas de saliva que expulsamos al toser, hablar o estornudar.
- A través del polvo o de los insectos.
- El alimento puede traer gérmenes desde su origen, como es el caso de las carnes, por lo que es recomendable cocinarlos a temperaturas altas.
- Los alimentos vegetales pueden haberse contaminado con agua de riego de origen fecal. De ahí la necesidad de lavar las frutas y verduras antes de su consumo.

Medidas de saneamiento específico

Son los métodos conocidos como DDD, que hacen referencia a la desinfección, desinsectación y desratización. La responsabilidad de llevar a cabo tales medidas, recae en las autoridades sanitarias y en las municipales. En la escuela infantil han de prevenirse intoxicaciones accidentales por estos productos.

Es importante, de todas formas, el no dejar restos de alimentos en lugares donde puedan acudir insectos y roedores.

2.3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN SOBRE EL SUJETO SANO SUSCEPTIBLE

Las medidas de prevención o de inmunización sobre el hombre sano susceptible pretenden aumentar su resistencia a la infección mediante la inmunización activa (es decir mediante la administración de vacunas) y la inmunización pasiva (seroprofilaxis).

Inmunización activa. Vacunaciones

Es aquella que estimula los mecanismos de protección propios del individuo.

Se produce cuando el huésped genera su propia respuesta inmunitaria, frente a un antígeno o estímulo antigénico.

Puede ser adquirida por mecanismos naturales o artificiales

Mecanismos naturales

Se adquiere espontáneamente después de padecer la enfermedad infecciosa, que puede ser clínica (con sintomatología) o subclínica (sin sintomatología).

Mecanismos artificiales

Se produce después de un proceso de inmunización. Esto se consigue mediante la vacunación, que consiste en la introducción en el organismo de gérmenes muertos, atenuados, o sus toxinas, los cuales han sido debidamente procesados, por lo que no producen la enfermedad aunque pueden producir algún síntoma ligero, como fiebre. Esta protección dura mucho tiempo (años) y en muchos casos es para toda la vida.

Es fundamental seguir las pautas de vacunación recomendadas por las instituciones sanitarias (calendario vacunal vigente). La vacunación de los niños es responsabilidad de los padres, pero el educador infantil con su actitud puede contribuir decisivamente a que se lleve a cabo en los

casos en que esto no ocurra adecuadamente. La vacunación se realiza en los centros sanitarios y es gratuita.

Cuando los niños ingresan en la escuela infantil deben estar vacunados convenientemente, habiendo recibido por tanto todas las dosis de vacunas sistemáticas correspondientes a su edad según el calendario vacunal. Si observamos alguna deficiencia hemos de decirselo a los padres para que consulten con el centro sanitario más próximo.

Las vacunas son el método idóneo para impedir la aparición y transmisión de las enfermedades transmisibles, pero por desgracia sólo existen vacunas para algunas de ellas.

Calendario Vacunal

RN	HEPATITIS B*	
2 meses	TÉTANOS - DIFTERIA - TOSFERINA	POLIO
	HEPATITIS B - HAEMOPHILUS INFLUENZA B	
4 meses	TÉTANOS - DIFTERIA - TOSFERINA	POLIO
	HAEMOPHILUS INFLUENZA B	
6 meses	TÉTANOS - DIFTERIA - TOSFERINA	POLIO
	HEPATITIS B - HAEMOPHILUS INFLUENZA B	
15 meses	TRIPLE VÍRICA**:	- PAROTIDITIS - RUBEOLA - SARAMPIÓN
18 meses	TÉTANOS - DIFTERIA - TOSFERINA	POLIO
	HAEMOPHILUS INFLUENZA B	
6 años	TÉTANOS - DIFTERIA	POLIO
11 años	TRIPLE VÍRICA	HEPATITIS B***
14 años	TÉTANOS - DIFTERIA ADULTO	

* Esquema para niños nacidos de madres HBsAg (antígeno de la hepatitis B) negativo. En madres HBsAg positivo, pauta 0-1-6 más gammaglobulina.

** En niños en riesgo se puede adelantar a los 12 meses.

*** Para niños no vacunados previamente, 3 dosis de Hepatitis B con pauta 0-1-6 meses.

¿En qué casos se debe o no vacunar al niño?

NO SE DEBE VACUNAR AL NIÑO	SE DEBE VACUNAR AL NIÑO
<p>Si tiene una enfermedad infecciosa aguda como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarampión - Tuberculosis - Hepatitis 	<p>Aunque tenga una enfermedad leve como: catarros comunes, sin fiebre</p>
<p>Si padece alguna enfermedad crónica en fase activa o descompensada como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatía - Nefropatía - Alergia 	<p>Aunque padezca una enfermedad crónica si está estabilizada, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatía congénita - Nefropatía - Diabetes sacarina controlada - Alergia
<p>Si es alérgico a alguno de los componentes de las vacunas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huevos - Antibióticos - Conservantes 	<p>Aunque sea alérgico a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leche y proteínas vacunas - Polvo, polen y hongos - Colorantes
<p>Si está en tratamiento con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corticoides - Inmunosupresores <p>Si ha recibido tratamiento en los 3 últimos meses con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plasma o sangre fresca - Gammaglobulinas - Inmunosupresores 	<p>Aunque este en tratamiento con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vitaminas - Antibióticos y/o mucolíticos - Expectorantes - Antidiarreicos - Hierro
<p>Si padece:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucemia - Tumores - Enfermedades que afecten al sistema inmunitario 	
<p>No se recomienda aplicar el componente contra la «Tosferina», si padece:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una enfermedad neurológica progresiva o evolutiva - Ha padecido convulsiones anteriormente 	

Inmunización pasiva

La protección se consigue administrando anticuerpos previamente formados en otros individuos (gammaglobulinas). Se caracteriza por ser de instauración inmediata, poco intensa y pasajera. La protección de este método dura sólo varias semanas. Está indicada en muy pocos casos.

Se puede adquirir por mecanismos naturales o artificiales.

Mecanismos naturales

Se adquiere por transferencia de anticuerpos a través de la placenta o a través de la leche materna (lactancia natural).

Mecanismos artificiales

Se produce mediante la administración de anticuerpos producidos en animales o en hombres que padecieron la enfermedad o fueron vacunados.

2.4. REPERCUSIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA ESCUELA INFANTIL

La aparición de algún brote de alguna enfermedad infecciosa o transmisible en la escuela infantil, tiene unas consecuencias importantes porque puede llegar a afectar a todos los componentes que forman la comunidad escolar (alumnos, personal educativo y padres), pudiendo llegar a ser un foco de contagio importante, que va más allá del entorno de la escuela, repercutiendo en el entorno social en el que se mueven cada uno de los componentes de esa comunidad escolar.

¿Qué medidas debe tomar la escuela?

- Debe en estos casos comunicárselo a los padres.
- Informar a nivel individual y colectivo, asesorados por expertos sanitarios acerca del brote que se ha producido.
- Comunicar las medidas que ha tomado la escuela, especificándolas claramente.
- Seguir informando adecuadamente de lo que ha sucedido en el centro en relación con el brote.

¿Qué medidas deben tomar los educadores?

- Todo el equipo educativo deberá estar asesorado por expertos sanitarios sobre la enfermedad y sus consecuencias.
- Tomarán las medidas necesarias de acuerdo con la normativa vigente.

¿Que medidas tendrán en cuenta en relación con los alumnos?

- Con relación al niño afectado, la escuela se preocupará de las repercusiones psicopedagógicas que para él tiene la enfermedad.
- Con relación a los compañeros de clase, se tratará en el grupo de todo lo relacionado con la enfermedad y las medidas a tomar en caso de ser necesario el aislamiento. Siempre teniendo en cuenta el período evolutivo del niño.

Siempre que haya un brote de enfermedad infecciosa en la escuela es necesario asumir el problema a resolver y planificar las intervenciones que se consideren más adecuadas.

Recuerda**Prevención de las enfermedades transmisibles**

La prevención tiene como objetivos evitar los efectos negativos de la enfermedad y promocionar la salud. Para ello hay que actuar sobre los 3 elementos de la cadena epidemiológica:

Fuente de infección	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico y tratamiento precoz de los enfermos
Mecanismos de prevención	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de higiene y aseo personal - Medidas de saneamiento general y específico - Higiene de los alimentos
Hombre sano susceptible	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunización activa: <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos naturales (por padecer la enfermedad) - Mecanismos artificiales (vacunas) - Inmunización pasiva: <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos naturales (a través de placenta y leche materna) - Mecanismos artificiales (administración de anticuerpos) - En el caso de que aparezca un brote de enfermedad transmisible en la escuela, hay que informar a los padres y asesorarse por expertos sanitarios.

Ejercicios

2. Visita un Centro de Salud e investiga sobre cuáles son las dudas más frecuentes que los padres plantean respecto a las vacunas de sus hijos y las soluciones o respuestas que los profesionales te han comentado.
3. Pregunta a algunos padres que tengan hijos en la escuela infantil acerca de la conducta que se ha seguido con ellos cuando se ha dado algún caso de brote de enfermedad transmisible.

3 Clínica de las enfermedades transmisibles

Las enfermedades infecciosas se caracterizan por presentar una sintomatología general, inespecífica, que puede producirse en cualquier tipo de enfermedad y una sintomatología específica que depende directamente del agente desencadenante.

3.1. SINTOMATOLOGÍA GENERAL

Estos síntomas pueden aparecer en casi todas las enfermedades, hay que destacar:

- El niño se muestra cansado y decaído, o bien irritable y llorón.
- Hay una disminución del apetito y, por lo tanto, no se le debe obligar a comer. Se le debe dar líquidos y comidas ligeras.
- Tienen tendencia a vomitar con facilidad.
- Suelen cursar la mayoría de las enfermedades con fiebre.

3.2. SINTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA

Dependen del tipo y localización de la infección. Los síntomas más comunes son:

- Tos, debido a la irritación de vías respiratorias altas.
- Dolor localizado en las partes inflamadas (garganta, oídos, etc.).
- Inflamación de los ganglios linfáticos en zonas próximas a la infección.
- Dolor e inflamación de las articulaciones, que se nota más en los niños mayores que en los pequeños.
- Exantemas y manchas en la piel: algunas enfermedades infantiles producen en la piel manchas características como es el caso del sarampión, rubéola, etc.
- Dolor de cabeza, que se manifiesta verbalmente por los niños cuando ya son mayores de 3 años.

3.3. LA FIEBRE Y SU SIGNIFICADO

La fiebre es el aumento de la temperatura corporal por encima de los 38,5°C (si se mide en la axila o en la ingle) o de los 38,5°C (si se mide en

el año). Generalmente es indicativo de una enfermedad de carácter infeccioso. Si esta temperatura no supera los 38°C se suele hablar de febrícula.

En caso de que alcance valores por encima de los $38,5^{\circ}\text{C}$ hay que tomar medidas para bajarla lo antes posible, bien por medios físicos (baños con agua tibia (25°C) o friegas de alcohol en pecho y espalda para favorecer la pérdida de calor) o por medios químicos (toma de fármacos antitérmicos). La temperatura se puede tomar en la boca, la axila o el recto, siendo sus valores normales algo diferentes ($\pm 0,5^{\circ}\text{C}$) según se tome en un lugar u otro. En el recto la temperatura es $0,5^{\circ}\text{C}$ más alta que en la boca y en la axila. Por lo general se suele tomar en la axila.



Niña recostada en una mesa adormilada por la fiebre

¿Cuáles son las manifestaciones normales cuando se tiene fiebre?

- Se acompaña de escalofríos y tiritonas.
- En los niños es muy frecuente que las manos y pies estén fríos y el resto del cuerpo caliente. La piel puede estar roja y/o amoratada.
- Aumenta la frecuencia respiratoria y la sudoración, de esta manera el organismo pierde calor, pero también hace que se elimine agua. Por lo tanto es importante que se tomen líquidos con frecuencia.
- Debido a la pérdida de agua y a la falta de apetito se acompaña a veces de estreñimiento.

¿Qué hacer cuando un niño tiene fiebre?

- Ponerle ropa ligera, (preferiblemente de algodón).
- Darle agua u otros líquidos (zumos de frutas, leche) con cierta frecuencia.
- No obligarle a comer si no tiene apetito, o darle comidas ligeras.

– Bañarle como de costumbre una vez al día, para refrescarlo, relajarle y eliminar el sudor de su piel. El baño con agua tibia (25°C) puede emplearse como medio complementario para disminuir la fiebre.

¿Qué no debe hacerse cuando un niño tiene fiebre?

- Abrigar mucho al niño.
- Poner ropa extra en la cama.
- Dejar de bañarle.
- Obligarle a comer.

No hay que alarmarse ante la aparición de fiebre en el niño. En las farmacias hay muchos preparados antitérmicos que al mismo tiempo que bajan la fiebre, alivian las molestias generales que puede presentar el niño. Estos productos son generalmente derivados del ácido acetilsalicílico o del paracetamol. El pediatra prescribirá la dosis a administrar en cada caso.

¿Cuándo hay que avisar al pediatra, o se debe ir al médico?

Si el único síntoma que tiene el niño es la fiebre, hay que mantener la calma y vigilar al niño por si tuviera otras manifestaciones. Se puede administrar al niño un antitérmico.

El educador se planteará llamar a los padres para que lleven a su hijo al médico, o bien le remitirá al pediatra de la escuela cuando el niño, además de tener fiebre, presenta algunos de estos síntomas:

- Vómitos, fuerte dolor de cabeza y rigidez de cuello.
- Tos intensa que le dificulte la respiración.
- Dolor de garganta o de oídos.
- Manchas en la piel.
- Diarrea.
- Pérdida del conocimiento.
- Convulsiones.
- Llanto que no cese en los más pequeños.

Recuerda

Las enfermedades infecciosas se caracterizan por presentar:

Una sintomatología general inespecífica que puede aparecer en cualquier tipo de enfermedad.

Una sintomatología específica, que depende del tipo y localización de la infección.

La fiebre es la manifestación externa de los mecanismos de defensa del organismo ante una infección.

Por el aumento de sudoración debido a la fiebre es necesario que se tomen líquidos con frecuencia a fin de reponer las pérdidas que se están produciendo.

En caso de fiebre no se debe abrigar mucho al niño, ni poner ropa extra en la cama, ni dejar de bañarle u obligarle a comer.

Si además de fiebre alta hay vómitos, fuerte dolor de cabeza y rigidez de cuello, es urgente llevar al enfermo a un centro sanitario.

Los antibióticos son el principal tratamiento etiológico eficaz frente a las enfermedades infecciosas producidas por bacterias, pero no sirven en el caso de enfermedades producidas por virus.

Ejercicios

4. Entrevista a algún profesional de la salud (médico, enfermera,) que trabaje en pediatría, sobre los principales motivos por los que son llevados los niños a sus consultas. Escribe en una ficha las conclusiones más relevantes que tú creas.

5. Pregunta a algunos padres que tengan niños pequeños sobre las medidas que aplican con sus hijos pequeños cuando tienen fiebre y no responden al tratamiento con fármacos.

4 Enfermedades transmisibles producidas por bacterias

Son muchas las enfermedades infantiles producidas por bacterias. Pero las más significativas son las que se describen a continuación:

MENINGITIS

Es un proceso inflamatorio que afecta a las meninges. La infección puede ser debida a distintos tipos de bacterias, aunque el principal agente causal es el meningococo.

Periodo de incubación

Este periodo no está determinado, aunque parece que se da entre 4 a 7 días.

Mecanismo de transmisión

Por contacto directo con el enfermo y/o a través de un portador sano asintomático. La fuente de contagio son las secreciones rinofaríngeas del enfermo y portadores sanos asintomáticos.

Clínica

Los síntomas clásicos de la meningitis son: fiebre, vómitos, dolor de cabeza y rigidez de nuca. Sin embargo, en los niños pequeños las manifestaciones no son tan típicas. En ocasiones la fontanela puede verse abombada. Los niños pueden estar muy decaídos o muy irritables.

Hay otros síntomas, como la fotofobia o incapacidad de soportar la luz, hipersensibilidad a los ruidos, resistencia a extender las piernas. Para llegar a un diagnóstico hay que extraer y analizar el líquido de la médula espinal, por medio de una punción lumbar.

Tratamiento

En esta enfermedad es muy importante el tratamiento rápido en un centro hospitalario (pues puede llegar a ser mortal si no se diagnostica a tiempo). Se trata con antibióticos.

Medidas preventivas

En España, el tipo más frecuente es el meningococo B, para el cual no existe vacuna. La inmunidad natural suele ser duradera. A la población que puede verse afectada se le suministran sulfamidas que evitan la infección por meningococo.

¿Cuáles son las recomendaciones ante un caso de meningitis en una escuela infantil?

- Notificación urgente del caso a las autoridades sanitarias.
- En la escuela no es necesario tomar ninguna medida especial salvo las recomendadas por las autoridades sanitarias.
- Prestar especial atención al resto de los niños por si presentaran síntomas extraños para, en ese caso, acudir rápidamente al médico.

TOSFERINA

Es una enfermedad causada por la *Bordetella pertusis*. Hace años era una enfermedad frecuente. Actualmente sólo suele afectar a niños pequeños, que aún no han sido vacunados o han recibido pocas dosis de la vacuna. Como consecuencia de uso de las vacunas específicas, su incidencia ha disminuido notablemente y cuando se presenta suele hacerlo de forma benigna.

Período de incubación

Este periodo oscila entre 1 y 3 semanas, aunque generalmente es de 7 a 10 días.

Mecanismo de transmisión

Es una enfermedad muy contagiosa que se transmite por contagio directo con el enfermo a través de gotitas de saliva.

Clínica

Los síntomas se manifiestan en 3 etapas:

- En la primera (1 ó 2 semanas), el niño presenta los síntomas de un estado catarral, con temperatura algo elevada, rinorrea, lagrimeo y tos leve.
- En la segunda (2 a 4 semanas), la tos se hace espasmódica, pudiendo aparecer petequias, enrojecimiento facial, cianosis y vómitos con la tos. La tos se produce repetidas veces al espirar y al inspirar se produce de forma brusca emitiendo un grito (tos como de gallo).

– Por último, pasa por una etapa de convalecencia (1 a 2 semanas), en la que va disminuyendo la sintomatología, aunque la tos puede persistir durante varios meses.

Tratamiento

En niños muy pequeños puede hacer falta hospitalizarles si tienen dificultades para alimentarse, pero, en general, bastará con un antibiótico específico, antitusígenos y bebidas abundantes.

Medidas preventivas

La profilaxis se hace mediante la vacunación específica.

ESCARLATINA

Es una enfermedad causada por el estreptococo hemolítico A. El microorganismo se encuentra en el hombre y el contagio se produce de forma directa, por contacto con personas enfermas.

Período de incubación

Este período puede oscilar entre 2 y 7 días.

Período de Transmisión

Es una enfermedad muy contagiosa y su contagio se prolonga desde los primeros síntomas de anginas hasta que desaparece la descamación de la piel.

Clínica

Comienza de forma brusca y durante las primeras 24 horas el niño se queja de dolor de cabeza y de garganta. Puede tener náuseas y vómitos. Los ganglios del cuello se inflaman y la temperatura suele superar los 39° C.

Al cabo de unos días aparece la erupción que consiste en unos puntos pequeños y elevados. Son de color rojo y desaparecen con la región.

Las mejillas suelen estar enrojecidas mientras que alrededor de la boca hay palidez. Pasada una semana, la piel se descama, sobre todo en las manos y los pies.



Niña poniéndole una vacuna.

Tratamiento

Se trata con antibióticos y antipiréticos (en caso de fiebre), conviene dar dieta ligera y gran cantidad de líquidos.

Medidas preventivas

El padecimiento de la enfermedad proporciona una inmunidad activa, que se mantiene durante 10 años.

TÉTANOS

Es una infección provocada por el *Clostridium tetani*, que penetra y se desarrolla en las heridas produciendo una toxina que se propaga por los nervios hasta el sistema nervioso central.

Período de incubación

Oscila entre 4 y 20 días.

Mecanismo de transmisión

Los gérmenes tetánicos viven principalmente en el suelo, en la tierra, en estercoleros y en lugares frecuentados por animales (abono). Las heridas más propensas a infectarse con el tétanos son las profundas o desgarradas, ya que para desarrollar la toxina necesita condiciones de falta de oxígeno.

Clínica

Suelen aparecer contracturas musculares, que empiezan por los músculos de la boca y que impiden cerrarla, para luego generalizarse por todo el cuerpo. Presentan fiebre elevada, irritabilidad, inquietud, rigidez y dificultad para tragar.

Tratamiento

Suero antitetánico por vía intrarraquídea, a la vez que antibióticos, sedantes, antitérmicos.

Medidas preventivas

Inmunización activa mediante vacuna, a partir de los 3 meses de edad.

DIFTERIA

Es una enfermedad infecciosa producida por el *Bacilo de Löffler*. El único reservorio es el hombre.

Periodo de incubación

Este periodo oscila entre 1 y 6 días.

Mecanismo de transmisión

La enfermedad se trasmite por contacto directo con el enfermo. Algunas veces puede transmitirse de forma indirecta por contacto con objetos contaminados por secreciones de enfermos.

Clinica

La infección se inicia con dolor de garganta, dificultad al tragar, fiebre ligera, dolor de cabeza y anginas enrojecidas. Estos síntomas son comunes entre los niños que están resfriados o sufren infecciones de garganta ordinarias, sin embargo, en la difteria el niño está más enfermo de lo que cabría esperar por estos síntomas.

Si la enfermedad progresa, aparecen en las amígdalas, faringe, fosas nasales y laringe unas lesiones inflamatorias recubiertas de unas falsas membranas blanquecinas muy adherentes, que al intentar quitarlas sangran. Pueden desencadenar un problema respiratorio grave.

Tratamiento

Con antibióticos y suero antidiftérico. En caso de problemas respiratorios será necesario hacer una traqueotomía.

Medidas preventivas

El único control eficaz se logra mediante la vacunación.

Esta enfermedad se cobraba muchas víctimas pero gracias a la vacunación no se registran casos desde hace varios años.

Recuerda

Meningitis

Los síntomas típicos son: fiebre, vómitos, dolor de cabeza y rigidez de nuca. En niños pequeños la manifestación clínica no es tan típica.

Ante un brote de meningitis, en la escuela infantil no es necesario tomar ninguna medida especial salvo las recomendadas por las autoridades sanitarias.

Tosferina

– El germen de la tosferina se encuentra en las secreciones nasales y faringeadas. Actualmente sólo suele afectar a niños pequeños, que aún no han sido vacunados o han recibido pocas dosis.

Escarlatina

– El sarpullido que produce consiste en unos puntos pequeños y un poco elevados de color rojo que blanquean al presionarlos. Se perciben mejor con el tacto que con la vista.

Tétanos

– Los gérmenes tetánicos viven principalmente en el suelo, en la tierra, en estercoleros y en lugares frecuentados por animales (abono). Producen en determinadas condiciones una toxina que es la causante de la enfermedad.

Difteria

– Se caracteriza por la aparición en las amígdalas, faringe, fosas nasales o laringe de unas lesiones inflamatorias recubiertas de unas falsas membranas blanquecinas muy adherentes, que cuando se intenta quitarlas, sangra la mucosa.

Ejercicios

6. Elabora un esquema donde se reflejen los datos relacionados con la clínica y periodo de incubación de las enfermedades transmisibles por bacterias.

7. De las enfermedades bacterianas descritas, recoge en una ficha aquellas que están incluidas en el calendario de vacunación infantil recomendado por las instituciones sanitarias, especificando a qué edades deben administrarse.

5

Enfermedades transmisibles producidas por virus

Muchas de las enfermedades más frecuentes durante la infancia están producidas por virus, entre ellas cabe destacar por su frecuencia, las siguientes:

GRIPE

Es una enfermedad producida por un virus específico cuyas características son variables de unas epidemias a otras.

Periodo de incubación

Este periodo varía entre 2 y 8 días.

Mecanismo de transmisión

El contagio siempre es directo por contacto con el enfermo a través de las secreciones naso-faríngeas. También se propaga fácilmente por el aire produciendo epidemias periódicamente todos los años.

Clínica

Suele comenzar con escalofríos y temperatura elevada, tos, dolores de cabeza, palidez, cansancio, malestar general, catarro de las mucosas de la nariz y de los ojos.

Si la gripe no se complica, los síntomas remiten a los 5 ó 6 días, pero el decaimiento general dura unas 2 semanas.

Las complicaciones suelen ser pulmonares y cardíacas y a veces de consecuencias importantes.

Tratamiento

Se debe aplicar un tratamiento para aliviar o eliminar los síntomas: bajar la fiebre, calmar la tos o aliviar el decaimiento general. También es conveniente que el enfermo guarde reposo y no se exponga a corrientes.

Medidas preventivas

Para combatir esta enfermedad existen unas vacunas. Pero existe el inconveniente de que cada año varía el tipo de virus causante de la epidemia, aunque es muy recomendable sobre todo en personas con menos defensas como ancianos, enfermos, etc.

PAROTIDITIS O PAPERAS

Es la inflamación de las glándulas parótidas, que están localizadas debajo del lóbulo de la oreja.

Período de incubación

Suele oscilar entre 2 y 3 semanas desde el momento del contacto.

Mecanismo de transmisión

Se transmite por contacto directo con el enfermo a través de las secreciones respiratorias y fómites e indirectamente por medio de portadores del virus sin síntomas de inflamación.

Clinica

El enfermo presenta fiebre moderada, malestar general e inflamación dolorosa de una o de las dos glándulas que pueden impedir al niño abrir bien la boca (masticación dolorosa).



Niño con el exantema característico del sarampión.

En niños pequeños no son frecuentes las complicaciones, pero en niños que hayan alcanzado la pubertad o en varones adultos puede aparecer una inflamación de los testículos (orquitis), que cursa con dolor y puede entrañar problemas de esterilidad.

Tratamiento

Se debe administrar un tratamiento para bajar la fiebre (antitérmicos) y aliviar el dolor (antiálgicos).

Medidas preventivas

El padecer la enfermedad proporciona una inmunidad permanente. También mediante la vacunación (a los 15 meses).

RUBÉOLA

Es una enfermedad exantemática muy frecuente en la **infancia**, aunque también puede presentarse en adultos.

Periodo de incubación

Es de 16 a 18 días hasta la aparición de los primeros **síntomas**.

Mecanismo de transmisión

Es siempre directo, por medio de las secreciones **rinofaríngeas**, y a través de la placenta. A veces puede ser indirecto, a través de **objetos contaminados** o de portadores sanos del virus.

El período de transmisión comienza unos 5 días antes **y hasta** 4 días después de la aparición de la erupción.

Clínica

Empieza con malestar general y fiebre entre 38 y 39°C, **con** sudores, dolor de cabeza, Catarro rinofaríngeo. A los 2 días **aparece un** exantema en la piel.

La erupción comienza por la cara y el cuello, después **pasa al tórax** y las extremidades. Está formada por pequeñas manchas de **color rosa brillante**, que desaparecen con la presión. Estas manchas **pueden** agruparse.

Es muy típico que se inflamen los ganglios de la zona **posterior** del cuello, y que no baje la temperatura mientras persista la **erupción** (durante 2 ó 3 días).

Tratamiento

No existe ningún tratamiento específico. Por lo tanto será **sintomático**.

Medidas preventivas

Su padecimiento proporciona una inmunidad que dura **toda la vida**.

Existe una vacuna específica, que en las niñas se **administra de nuevo** a los 11 años, para evitar que puedan contagiarse más **adelante**, en la edad fértil. La rubéola puede causar graves malformaciones **en el feto** si la madre la contrae en el primer trimestre de la gestación.

VARICELA

Es una enfermedad exantemática y su agente causal reside en las secreciones bucofaringeas, así como en las lesiones de la piel.

Periodo de incubación

Entre 13 y 17 días.

Mecanismo de transmisión

Por contacto directo a través de las secreciones bucofaringeas, desde 2 días antes de la aparición de la erupción hasta el 6° ó 7° día.

Clínica

Cursa con malestar general, dolor de cabeza y de las extremidades, ligera elevación de la temperatura hasta que aparece la erupción. En ocasiones la erupción aparece sin presentar sintomatología.

La erupción consiste en unas manchitas redondas de color rojo que se acompañan de prurito (picor). Poco a poco se van convirtiendo en ampollas, y más tarde evolucionan formando costras. Es característico que las tres lesiones cutáneas coincidan a la vez en el paciente. Producen mucho picor y si se infectan por el rascado pueden dejar cicatrices.

Aparecen en la cabeza, la cara y el tronco, siendo más raras en las extremidades. También puede atacar a las mucosas y aparecer el exantema en la boca y en los órganos genitales.

Tratamiento

No hay ninguno específico, tan sólo sintomático. Puede administrarse alguna loción para calmar el prurito y antipiréticos. Conviene extremar la higiene de la piel del niño y evitar que se rasque, para que no se produzca una infección.

Medidas preventivas

Si existe vacuna, pero sólo es recomendable para niños inmunodeprimidos. Padece la enfermedad proporciona una inmunidad activa.

SARAMPIÓN

Enfermedad exantemática producida por un virus específico.

Período de incubación

Es de unos 15 días. Desde que se produce el contagio hasta que aparecen los síntomas de catarro, transcurren unos 10 días y desde éste hasta que aparece el exantema, unos 4 ó 5 días.

Mecanismo de transmisión

Se transmite por contacto directo con el enfermo a través de las secreciones rinofaríngeas.

Clínica

Suele empezar como un catarro que se acompaña de estornudos, conjuntivitis, fotofobia, tos seca y una temperatura por encima de 38°C.

Los ganglios de la parte lateral del cuello suelen inflamarse y en el interior de la boca (en la cara interna de las mejillas) pueden verse unos puntitos blancos rodeados de un borde rojizo (Manchas de Koplik).

Hacia el 5º día, aumenta la temperatura por encima de 39°C, y al mismo tiempo brota la erupción, que consiste en la aparición de unos puntos de color rojo oscuro que se unen formando manchas. Se inicia en el cuello, por detrás de las orejas y en la frente, extendiéndose por la cara, extremidades y el tronco.

A partir de este momento van desapareciendo los síntomas y la erupción se vuelve de un color más oscuro desapareciendo gradualmente en forma de descamación. A veces puede haber complicaciones como otitis, bronquitis o neumonía.

Tratamiento

Se debe administrar un tratamiento para aliviar los síntomas (antitérmicos, preparados contra la tos, etc.). Es importante también que se administren bastantes líquidos, mantener limpia la boca y proteger los ojos de la luz fuerte.

Medidas preventivas

La prevención es por inmunidad activa mediante la vacuna administrada a los 15 meses.

HEPATITIS VÍRICA

Enfermedad producida por un virus que afecta a las células del hígado, dando lugar a una inflamación hepática con alteración de sus funciones.

Clinica

La enfermedad cursa con fiebre, falta de apetito, cansancio, aumento del tamaño del hígado, heces de color muy claro y orina oscura. Es característica la aparición de *ictericia* (coloración amarillenta de piel y mucosas).

A veces la enfermedad no muestra ningún tipo de signo o síntoma (cuadro subclínico).

Existen fundamentalmente 2 tipos de hepatitis: Hepatitis A y hepatitis B.

HEPATITIS A

Enfermedad de carácter benigno, que se contagia fácilmente, de manera especial, entre niños pequeños.

Período de incubación

Desde que el virus penetra en el organismo hasta que aparecen los síntomas, transcurren entre 2 y 7 semanas.

Mecanismo de transmisión

Se transmite por vía digestiva (vía fecal-oral), a veces, a través del agua y alimentos contaminados.

Tratamiento

No hay un tratamiento específico. Es recomendable alimentarse con una dieta exenta de grasas y comidas pesadas, beber muchos líquidos y hacer reposo si el enfermo está muy débil.

No suele causar ningún tipo de complicación, tendiendo a la curación espontánea.

Medidas preventivas

Lo más importante es la educación sanitaria, haciendo especial hincapié en la higiene de las manos; es importante lavarse las manos con agua y jabón antes y después de realizar cualquier tipo de manipulación.

¿Cuáles son las recomendaciones para el control de un brote de hepatitis A?

Las medidas deben extremarse en las dos primeras semanas de la enfermedad, después del inicio de la ictericia o elevación de las transaminasas en sangre, para evitar la transmisión fecal-oral de la enfermedad.

Las personas que conviven con el afectado (familia, compañeros en la escuela) deberán:

- Lavar por separado la ropa del enfermo (agua caliente y jabón).
- No compartir cubertería y vajilla. Limpieza por separado de estos utensilios.
- Limpiar frecuentemente los aseos con agua y lejía.
- Lavarse escrupulosamente las manos (especialmente después de usar el W.C. y antes de manipular alimentos, el enfermo nunca debe manipular alimentos).
- No compartir objetos de uso personal.

En la escuela, las medidas a tener en cuenta en caso de aparición de un brote son:

- El lugar donde se cambian los niños estará separado de la zona donde se almacenan, manipulan y consumen alimentos.
- Junto a la mesa de cambio de pañales habrá un grifo de agua corriente y recipientes para tirar los pañales usados (situados fuera del alcance de los niños).
- La superficie donde se cambian los pañales debe ser impermeable y desinfectarse con lejía. Es recomendable el uso de sabanillas desechables.
- El personal encargado de cambiar los pañales se lavará las manos con cepillo de uñas antes y después de cada cambio.
- Se realizarán actividades de educación sanitaria dentro de la escuela infantil para inculcar hábitos de higiene en los niños.
- En los puntos de bebida y lavado de manos se utilizarán vasos y toallas de un solo uso.
- Se realizará la limpieza y desinfección de todos los juguetes.

HEPATITIS B

Periodo de incubación

Oscila entre 2 y 6 meses, por lo que es difícil identificar la fuente de infección.

Mecanismo de transmisión

Se transmite por la sangre (jeringuillas contaminadas), semen, saliva y secreciones vaginales.

Tratamiento

No existe ningún tratamiento específico eficaz, pero se debe vigilar la dieta alimenticia. Los complejos vitamínicos ayudan a la recuperación del hígado. Este tipo de hepatitis sí puede tener complicaciones, por lo que es conveniente vigilar su evolución.

Medidas preventivas

A través de la vacuna de la hepatitis B, que proporciona protección a largo plazo.

POLIOMIELITIS

Es una enfermedad de carácter agudo, que puede manifestarse como una infección sin que aparezcan síntomas o como un cuadro de parálisis.

Aproximadamente el 90% de los casos se presenta sin ningún tipo de síntomas y sólo el 10% restante presentan la enfermedad paralítica. Debido a la vacunación sistemática de todos los niños, en los últimos años no se ha detectado ningún caso.

Periodo de incubación

Suele oscilar entre 1 y 3 semanas.

Mecanismo de transmisión

Se produce por contacto directo con el enfermo, a través de las gotitas faríngeas expulsadas con la tos, estornudos o simplemente al hablar, y por medio de las heces y la orina al contaminar el agua y los alimentos.

Clinica

Los principales síntomas son fiebre moderada, dolor de cabeza, malestar general, rigidez de nuca y de espalda con o sin parálisis.

Medidas preventivas

Se previene mediante vacunación sistemática.

SIDA

El SIDA es un conjunto de enfermedades que aparecen en personas infectadas por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Este virus cuando infecta a una persona, puede producir un déficit inmunitario con disminución de la capacidad defensiva, que hace posible que gérmenes con los que habitualmente convivimos produzcan infecciones llamadas oportunistas y/o que se desarrollen ciertos cánceres de difícil aparición cuando el sistema inmunológico es normal.

Mecanismos de transmisión

Aunque el virus se ha aislado en la mayoría de los fluidos corporales infectados, tan sólo en sangre, semen y secreciones vaginales se ha encontrado en suficiente cantidad como para producir infección. El virus se transmite a través de:

– *Intercambio de jeringuillas con sangre contaminada*

Ocurre fundamentalmente entre personas adictas a drogas inyectables.

– *Relaciones sexuales*

El contagio se puede producir por el semen, las secreciones vaginales o la sangre contaminada.

– *Transmisión perinatal de madre a hijo*

La mujer embarazada infectada puede transmitir el virus al feto a través de la placenta o durante el parto.

Prácticamente todos los niños de madres infectadas nacen con anticuerpos frente al VIH y frente a otros microorganismos. Todos estos anticuerpos desaparecen con el tiempo.

– *Transfusiones sanguíneas*

Actualmente este riesgo prácticamente ha desaparecido desde la obligatoriedad del control sanitario de toda la sangre.



Clinica

La infección por el VIH evoluciona en 3 fases: infección aguda, infección asintomática e infección sintomática tardía.

- Infección aguda: aparece después de entrar el VIH en el organismo (período ventana). Dura aproximadamente 3 meses, puede acompañarse de manifestaciones clínicas semejantes a un cuadro gripal. Recibe el nombre de enfermedad de la seroconversión.
- Infección asintomática o período de latencia. Suele durar varios años.
- Infección sintomática tardía, se caracteriza por la existencia de una linfadenopatía generalizada.

En general el SIDA se manifiesta como una enfermedad constitucional. Cursa con pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y diarrea.

Puede aparecer un cuadro neurológico que se manifiesta con demencia y neuropatías periféricas.

Se acompaña de otras infecciones secundarias por microorganismos oportunistas y de cánceres.

Tratamiento

Con fármacos específicos. Se completa con un tratamiento sintomático y de las otras patologías sobreañadidas.

Medidas preventivas

- No intercambiar nunca agujas ni jeringuillas.
- Usar siempre preservativo en las relaciones sexuales si una de las personas está infectada. También cuando no se conoce la situación de las diferentes parejas.
- La mujer seropositiva (infectada) debe evitar el embarazo.
- No es aconsejable la lactancia materna si la madre está infectada.

¿Qué habrá que tener en cuenta en la escuela?

- La transmisión del virus no se produce por compartir el lugar de trabajo o la habitación, viajar en el mismo vehículo, usar los aseos públicos, convivir en la misma casa, comer en la misma mesa, compartir los lápices y juguetes, jugar en el mismo parque, utilizar la misma ropa, bañarse en la misma piscina, etc.
- El cambio de pañales y el aseo de los más pequeños no comporta riesgo alguno de contagio.
- No se han descrito casos de SIDA por compartir cepillos de dientes, (aunque no debe hacerse, suele ocurrir entre niños) ya que la saliva no es fluido de riesgo y en el caso que haya habido mezcla con sangre, ésta suele estar presente en escasa cantidad.
- Un trabajador de la escuela infectado por el virus del SIDA puede desarrollar su actividad con entera normalidad.
- En algunos casos el calendario vacunal de los niños portadores hay que modificarlo debido al estado de su sistema inmunológico.
- Cuando un niño se pincha con una jeringuilla en un parque, se aconseja que acudamos a un servicio sanitario para que valoren el hecho y ver si procede hacer la prueba del SIDA o administrar vacunas frente al tétanos y la hepatitis B.

Recuerda

Gripe, enfermedad que se caracteriza por malestar general, escalofrío, fiebre, dolores de cabeza y tos, se produce por un virus específico cuyas características varían de unas epidemias a otras.

Parotiditis, es la inflamación de las glándulas parótidas, que se encuentran debajo del lóbulo de la oreja. Período de incubación

entre 2-3 semanas.

Rubéola, enfermedad exantemática. Período de incubación entre 16-18 días hasta la aparición de los primeros síntomas.

En las niñas hay que volver a vacunar a los 11 años, para evitar que puedan contagiarse más adelante, en la edad fértil (la rubéola puede causar graves malformaciones en el feto si la madre la contrae en el primer trimestre de la gestación).

Varicela, enfermedad exantemática. La erupción consiste en unas manchitas redondas de color rojo que se acompañan de prurito (pícor). Poco a poco van cambiando su aspecto para convertirse en ampollas, con un líquido transparente y más tarde evolucionan en costras.

Sarampión, enfermedad exantemática que se acompaña de la inflamación de los ganglios de la parte lateral del cuello. En el interior de la boca, pueden verse unos puntitos blancos (Manchas de Koplik).

Hepatitis A, cursa con: fiebre, falta de apetito, cansancio, aumento del tamaño del hígado, heces de color muy claro, orina oscura como la coca cola, aunque no siempre aparecen estos síntomas.

Poliomielitis, enfermedad que puede presentarse como una infección sin síntomas o incluso como una parálisis.

SIDA, es un conjunto de enfermedades que aparecen en personas infectadas por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

Se transmite por intercambio de jeringuillas, relaciones sexuales, por transfusiones sanguíneas y de la madre al hijo (perinatal).

Ejercicios

8. De las enfermedades víricas antes descritas recuerda las que están incluidas en el calendario de vacunación infantil y describe las medidas de prevención más relevantes para evitar los brotes epidémicos de hepatitis A. Anota en una ficha el resumen de las mismas.

9. Elabora un cuadro donde se refleje el período de incubación, mecanismos de transmisión y medidas preventivas de las enfermedades transmitidas por virus.

6 Enfermedades no transmisibles

El problema que plantean estas enfermedades es que, en algunas de ellas, no se han descubierto todos sus factores causales y los mecanismos por los cuales se producen. Esto dificulta tanto su tratamiento como su prevención, quedando como única herramienta de intervención la educación sanitaria y la promoción de la salud.

En la escuela se deben incorporar en el currículo educativo acciones tendentes a prevenir este tipo de enfermedades, para educar en el concepto de salud y tratar de formar a personas que cuando lleguen al estado de madurez sean sanas.

6.1. FACTORES DE RIESGO Y NIVELES DE PREVENCIÓN

Los principales factores de riesgo específicos que influyen en la aparición de enfermedades crónicas son el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la vida sedentaria, el estrés y una alimentación con exceso de azúcares refinados y grasas animales. Se sabe que muchos problemas de salud específicos de la edad adulta tienen su origen en la niñez y es en esta edad cuando se deben empezar a prevenir estos problemas.

La prevención de estas enfermedades tiene distintos objetivos, según la fase de la enfermedad en la que pretendamos intervenir:

- Prevención primaria, intervención antes de la aparición de alteraciones.
- Prevención secundaria, intervención en las primeras fases de la enfermedad.
- Prevención terciaria, intervención cuando la enfermedad ya se ha producido.

Prevención primaria

El principal objetivo es evitar la aparición de la enfermedad, para ello se actúa sobre los factores causales conocidos o sobre los factores de riesgo que contribuyen a su aparición. Estos factores pueden ser de tipo individual (genéticos, constitucionales, etc.) o de tipo ambiental (abuso de tabaco, alcohol, contaminación atmosférica, situación socio-económica, etc.).



Niños haciendo ejercicios físicos

La prevención primaria se basa, por un lado, en el fomento de la Educación para la Salud y, por otro, en la prevención propiamente dicha.

Se incluyen todas aquellas acciones genéricas de desarrollo del bienestar social (mejora de la educación y la cultura, de las condiciones laborales de los trabajadores, dotación adecuada de infraestructuras y recursos, etc.).

La escuela infantil desempeña un papel importante como agente colectivo de salud, creando espacios donde se comenten las ventajas de no fumar, la importancia de una alimentación correcta y equilibrada, la necesidad de hacer deporte para mantenerse en forma y, finalmente, desarrollando actitudes basadas en la solidaridad.

Prevención secundaria

Consiste en la detección precoz de la enfermedad, a fin de evitar que progrese y aparezcan complicaciones, secuelas, incapacidades y muertes prematuras.

Posteriormente debe aplicarse un tratamiento que sea eficaz.

En la actualidad los Centros de Salud de Atención Primaria, a través de su equipo pediátrico, llevan a cabo una serie de programas de atención al niño, que incluyen actividades tanto de prevención primaria como de prevención secundaria.

Prevención terciaria

Tiene como finalidad la aplicación de un adecuado tratamiento y/o una rehabilitación (una vez diagnosticada la enfermedad), para que disminuyan las secuelas, las complicaciones y las posibles incapacidades.

La escuela infantil puede participar en estas fases favoreciendo la reinserción e integración social plena de los niños con algún tipo de deficiencia o incapacidad crónica.

6.2. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

Enfermedades congénitas

1. Malformaciones congénitas

Las más importantes son:

a) Malformaciones del aparato locomotor

– Las más frecuentes son aquellas que afectan al pie del niño.

Entre ellas se encuentran el *pie zambo*, el *pie cavo* y el *pie plano*.

El pie plano es el que aparece con mayor frecuencia y se produce por debilidad de los ligamentos. En casos leves no necesita calzado ortopédico.

– Entre las que afectan a la rodilla, la más frecuente es el *genu valgo* (en que las rodillas tienden a estar juntas, separándose los pies). En un grado leve tiende a desaparecer con la edad.

– Las alteraciones de la columna vertebral más frecuentes son las que afectan a su curvatura, como son la cifosis, la lordosis y la escoliosis. Este tipo de alteraciones también pueden ser adquiridas. Mediante un oportuno tratamiento rehabilitador se puede conseguir la prevención de las complicaciones que conllevan.

b) Malformaciones del aparato urogenital

– Las más comunes son la *criptorquidia* o testículos no descendidos, el *hipospadias* o posición anormal del meato urinario y la *fimosis*. También son muy frecuentes las *hemias inguinales*.

c) Malformaciones del sistema visual

– Las cataratas congénitas son una de las causas más frecuentes de ceguera del recién nacido. Pueden ser intervenidas quirúrgicamente.

2. Metabolopatías congénitas

Destacan fundamentalmente la *fenilcetonuria* y el *hipotiroidismo*. Estas anomalías producen déficit intelectual grave y/o alteraciones del crecimiento.

Se pueden detectar por medio de la prueba del talón que se realiza en la primera semana de vida a los recién nacidos. En caso de resultar positiva alguna de las pruebas, se aplicará el tratamiento adecuado para prevenir el desarrollo de la enfermedad.

CONGÉNITAS	<p><i>MALFORMACIONES</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparato locomotor - Aparato urogenital - Sistema visual <p><i>METABOLOPATÍAS</i></p>
BUCODENTALES	<ul style="list-style-type: none"> - MALOCCLUSIÓN DENTAL - MALPOSICIÓN DENTARIA - CARIES
TRASTORNOS ALÉRGICOS	
DIABETES	
HIPERCOLESTEROLEMIA	
OFTALMOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - HIPERMETROPIA - MIOPIA - ASTIGMATISMO - ESTRABISMO

Principales enfermedades no transmisibles en la infancia

Enfermedades y anomalías bucodentales

En la edad escolar, los traumatismos dentales, la maloclusión dental y sobre todo la caries, son las entidades más frecuentes.

Maloclusión dental

Es el apilamiento o acabalgamiento de los dientes, de modo que las dos arcadas dentarias, superior e inferior, no coinciden. Las causas son muy diversas, pueden ser congénitas o adquiridas (como consecuencia de extracciones, pérdidas de dientes temporales u otros factores mecánicos: hábitos prolongados de succión, obstrucción nasal).

Malposición dentaria

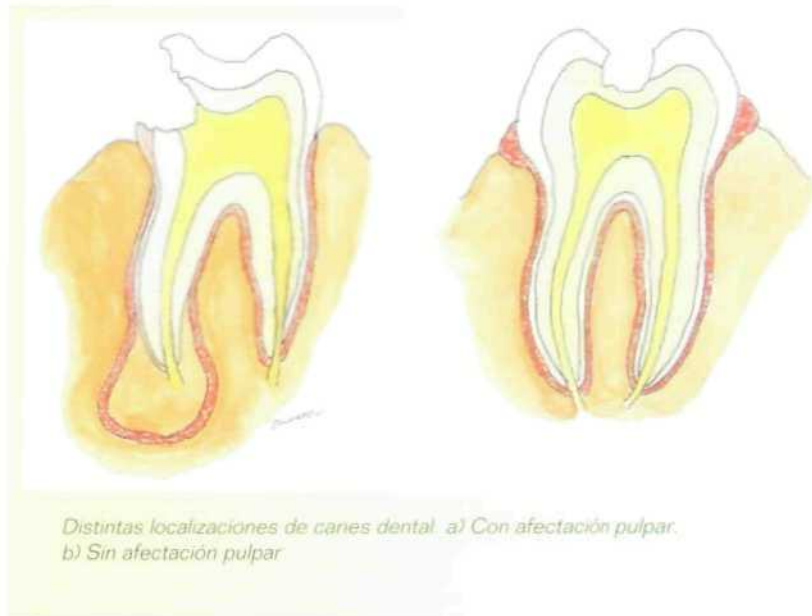
Es la situación anómala de los dientes en la arcada dentaria, de causa similar a la maloclusión.

La caries

Es la patología más frecuente en la boca, con una incidencia en escolares que varía según los diferentes estudios entre un 70% y un 95% de afectación.

La caries es un proceso resultante de la acción de microorganismos bucales sobre los restos alimentarios que quedan en la boca tras las comidas, y muy especialmente si estos restos son compuestos hidrocarbonados refinados (azúcares), provocando sustancias ácidas que atacan el diente destruyéndolo poco a poco.

La resistencia del diente a la desmineralización es distinta según la edad y la cantidad de flúor que posea. En las primeras décadas de la vida, el diente es más sensible a la acción de las caries y por ello han de extremarse los cuidados.



Distintas localizaciones de caries dental. a) Con afectación pulpar. b) Sin afectación pulpar.

¿Cómo puede prevenirse la caries?

La aparición de la caries puede prevenirse mediante los siguientes métodos:

Cepillado

Es el método más seguro para mantener la salud de la boca. Sirve para arrancar las partículas de alimento que quedan entre los dientes y alrededor de la corona dental, además de asegurarse la salud de la encía estimulando la circulación sanguínea.

(Repasar la unidad de trabajo relacionada con la higiene).

Tipo de alimentación

La incidencia de la caries disminuye cuando se reduce el consumo de azúcares en las comidas y sobre todo en los períodos intermedios. Es aconsejable que los niños no abusen de los dulces y que si los toman se laven los dientes lo antes posible.

Es aconsejable también tener una dieta equilibrada a base de leche, vegetales, frutas, carnes y pescados en proporción adecuada; esto ase-

gurar el regular crecimiento de los dientes y de las estructuras que sirven para mantenerlos sanos.

Visita periódica al dentista

Es aconsejable realizarla semestralmente, aunque no haya ninguna molestia, para vigilar el estado de la boca y diagnosticar la posibilidad de inicio de un proceso de caries dental, que no produce molestias hasta estar en una fase avanzada.

Administración de flúor

Es el medio más eficaz para aumentar la resistencia de los dientes a la caries. La acción protectora del flúor consiste fundamentalmente en que se incorpora al esmalte del diente y lo hace más resistente a la caries. Se puede aplicar a través de la utilización de dentífricos que contengan flúor o a través de enjuagues con flúor.

Trastornos alérgicos

La piel y el aparato respiratorio son las zonas del organismo más frecuentemente afectadas en la infancia por los trastornos alérgicos.

En la piel, los trastornos alérgicos más comunes son la urticaria y la dermatitis. En el aparato respiratorio los trastornos alérgicos más frecuentes son la rinitis alérgica estacional y el asma bronquial infantil.

Diabetes

Es una enfermedad crónica que consiste en una alteración del metabolismo de la glucosa como consecuencia de una deficiencia absoluta o funcional de insulina.

La diabetes infantil suele ser hereditaria. Es una enfermedad grave y requiere la administración diaria de insulina, así como un control estricto de la dieta.

En el caso de que haya algún niño diabético en una escuela infantil, el educador ha de procurar que la vida del niño sea lo más normal posible dentro del centro. Tendrá que llevar su dieta especial y su control del nivel de glucosa en sangre. Por lo tanto requerirá un fuerte apoyo por parte del educador. La actitud del educador hacia el niño diabético puede ser un ejemplo de cómo debe abordarse la relación con cualquier niño que padezca una enfermedad crónica.

Hipercolesterolemia

La cardiopatía coronaria es la principal causa de morbilidad y mortalidad en los países occidentales. Existen pruebas de que la arterioesclerosis comienza en la infancia, y que uno de los factores de riesgo identificados en los adultos, como es el nivel elevado de colesterol en sangre, comienza a aparecer en los niños de nuestra sociedad.

Se produce por el consumo excesivo de grasas de origen animal y por una disminución de la ingesta de algunos alimentos propios de nuestra dieta (legumbres, pescado), que previenen contra este factor de riesgo.

Desde la escuela infantil se puede llevar a cabo una labor de Educación para la Salud con la intención de inculcar en los niños la importancia de una dieta equilibrada como factor positivo en la promoción de la salud.

Alteraciones y enfermedades oftalmológicas

Las alteraciones de la agudeza visual en la infancia que son corregibles con lentes son: la hipermetropía, astigmatismo y miopía.

– La hipermetropía es un defecto que provoca en el niño fatiga ocular. Se suele detectar cuando el niño demuestra falta de interés en la lectura. El empleo de lentes proporciona una visión nítida e impide la fatiga.

– La miopía es un defecto que impide ver bien los objetos de lejos. El paciente debe llevar lentes para corregir esta anomalía.

– El astigmatismo es un defecto que provoca en el niño dolor de cabeza, nerviosismo. Se combina con la miopía o la hipermetropía.

– Otro problema oftalmológico en la infancia es el estrabismo, que se produce por un desequilibrio en la acción de los músculos extraoculares. Se trata mediante lentes, oclusión de un ojo (parche), ejercicios o cirugía, o una combinación de los tres métodos.

Recuerda

Malformaciones congénitas del aparato locomotor: pie plano, que se produce por debilidad de los ligamentos. En casos leves no necesita calzado ortopédico.

Metaboloopatías congénitas más importantes: la fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito.

Alteraciones bucodentales.

Maloclusión dental: es el apilamiento o acabalgamiento de los dientes, de modo que las dos arcadas dentarias no coinciden.

La caries es un proceso resultante de la acción de microorganismos bucales sobre los restos alimentarios que dan lugar a la formación de sustancias ácidas que atacan el diente destruyéndolo poco a poco.

Trastornos alérgicos:

En la piel los más frecuentes son: la urticaria y la dermatitis.

En el aparato respiratorio son: la rinitis alérgica estacional y el asma bronquial.

La diabetes suele ser hereditaria. Es una enfermedad grave y requiere la administración diaria de insulina, así como un control estricto de la dieta.

La hipercolesterolemia infantil se produce por el consumo excesivo de grasas de origen animal y por la disminución de la ingesta de algunos alimentos como: legumbres, pescado, que previenen contra este factor de riesgo.

Alteraciones o enfermedades oftalmológicas:

La hipermetropía, es un defecto que provoca en el niño fatiga ocular.

La miopía, es un defecto que impide ver bien los objetos de lejos.

El astigmatismo, se combina con la miopía o la hipermetropía.

El estrabismo, que se produce por un desequilibrio en la acción de los músculos extraoculares.

Ejercicios

10. Entrevista a algunas personas de la tercera edad y pregunta sobre las enfermedades más frecuentes que ellas recuerden de su época de infancia y juventud. Contrasta sus informaciones con las enfermedades más frecuentes de hoy en día.

11. Habla con varios padres que tengan hijos menores de 6 años, e investiga cuantos de ellos tienen problemas relacionados con la vista.

12. Visita una escuela infantil y pregunta a los educadores cuántos niños han tenido alguna vez una dermatitis del pañal.

Prueba de Autoevaluación

- 1 ¿Cuáles son las diferencias entre la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y el hombre sano susceptible?
- 2 ¿Qué se entiende por agente causal de una enfermedad?
- 3 ¿Cómo se consigue la inmunización activa mediante mecanismos artificiales?
- 4 ¿En qué casos no debe vacunarse a un niño?
- 5 Enumera algunos de los síntomas generales y específicos de las enfermedades transmisibles.
- 6 Describe las diferencias clínicas entre la meningitis y la tosferina.
- 7 ¿Cuáles son las medidas preventivas adecuadas para la profilaxis de las enfermedades producidas por bacterias?
- 8 Describe la diferencia clínica entre la rubéola y la varicela.
- 9 ¿Cuáles son los mecanismos de transmisión del SIDA?
- 10 ¿Cuáles son las medidas de prevención para evitar la caries dental?



FONDO
SOCIAL
EUROPEO



Formación Profesional a Distancia

Ciclo Formativo de Grado Superior
EDUCACIÓN INFANTIL

UNIDAD

8

*ACCIDENTES
DE LA INFANCIA*

Autonomía Personal y Salud



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
CULTURA Y DEPORTE

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN,
FORMACIÓN PROFESIONAL E
INNOVACIÓN EDUCATIVA

CENTRO PARA LA INNOVACIÓN
Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
A DISTANCIA

Coordinación:

Mariano Jiménez Sacristán

Autora:

Eva Pérez de la Plaza

Adaptación y actualización:

Eva Pérez de la Plaza

Comisión de Seguimiento Técnico del CIDEAD:

Aurelio Gómez Faced (Director)

Luis Antonio Salcedo Sigüenza (Coordinador)

Mariano Jiménez Sacristán

Otilia Gregori Castillo



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE
SECRETARÍA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

Edita:

© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Información y Publicaciones

NIPO: 176-03-197-6

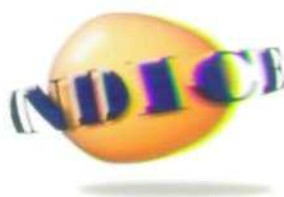
ISBN: 84-369-3739-2

Depósito Legal: S. 1410-2003

Imprime: Gráficas VARONA, S.A.



ACCIDENTES DE LA INFANCIA



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	5
1. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES	7
1.1. Cadena epidemiológica	8
2. ACCIDENTES INFANTILES	11
2.1. Definición	11
2.2. Accidentes más frecuentes	11
2.3. Primeros auxilios	15
3. TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	17
3.1. Apertura de la vía respiratoria	17
3.2. Reanimación respiratoria	19
3.3. Reanimación del corazón	21
3.4. Reanimación cardiopulmonar (RCP)	22
4. LESIONES PRODUCIDAS POR TRAUMATISMOS	25
4.1. Heridas	25
4.2. Hemorragias	26
4.3. Lesiones musculares, articulares y fracturas.	28
5. OTRAS LESIONES QUE REQUIEREN ASISTENCIA	33
5.1. Quemaduras	33
5.2. Picaduras y mordeduras	35
5.3. Intoxicaciones y envenenamientos	37
6. VENDAJES Y BOTIQUÍN DE URGENCIA	41
6.1. Vendajes	41
6.2. Botiquin de Urgencias	43
7. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA	47
7.1. Normas de prevención en función del tipo de accidente	47
7.2. Prevención de accidentes en la escuela infantil	51
8. EL EDUCADOR INFANTIL EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	55
8.1. Prevención técnica. Protección del medio ..	55
8.2. Labor educativa	56
PRUEBA DE AUTOEVALUACIÓN	59



Introducción

A principios de siglo, la mortalidad infantil durante el primer año de vida suponía alrededor del 20%, y estaba producida fundamentalmente por enfermedades infecciosas, falta de cuidados perinatales y problemas nutricionales.

La mejora del nivel socioeconómico, el descubrimiento de los antibióticos y quimioterápicos, las vacunas, etc., han dado lugar a un espectacular descenso de las tasas de morbi-mortalidad; pero esto conlleva otros problemas de salud, produciéndose un gran aumento de los accidentes como causa de invalidez, enfermedad y muerte.

Los niños, actualmente viven rodeados de múltiples riesgos, relacionados con las continuas innovaciones tecnológicas de la vida moderna: el tráfico, los electrodomésticos, los productos de limpieza, los medicamentos, etc., a los que son especialmente vulnerables, lo que ha incrementado los accidentes de forma alarmante.

El accidente no sólo es causa de muerte, sino que es uno de los principales motivos de absentismo escolar, convirtiéndose en una causa relevante de morbilidad en la segunda infancia, que puede dar lugar a graves secuelas, tanto físicas como psíquicas.

El papel del educador infantil como agente de salud consiste en conocer los riesgos potenciales de accidentes

Objetivos

Al finalizar el estudio de esta unidad deberás ser capaz de:

- Identificar los riesgos potenciales de accidente infantil en el medio en el que se desenvuelven.
- Establecer las diferencias entre el concepto de accidente y primeros auxilios.
- Describir los accidentes más frecuentes que se producen en la infancia.
- Aplicar las técnicas de reanimación cardiopulmonar en casos de accidente con parada cardiorespiratoria.
- Describir las características más significativas de las lesiones producidas por traumatismos y seleccionar las técnicas de primeros auxilios más adecuadas para cada caso.
- Especificar los síntomas y las pautas de actuación para accidentes producidos por quemaduras, picaduras, mordeduras, intoxicaciones y envenenamiento.
- Describir los tipos de vendajes y los elementos indispensables que debe contener el botiquín en la escuela infantil.
- Seleccionar las normas de prevención más adecuadas para evitar que se produzcan accidentes en la infancia.
- Determinar la forma de modificar estos riesgos potenciales, para suprimir o reducir el grado de peligrosidad.
- Definir los objetivos, para enseñar y prevenir los accidentes en el entorno del hogar y de la escuela infantil

infantiles y poner en marcha las medidas preventivas necesarias para evitar los accidentes.

Ahora bien, tan importante es prevenir los accidentes como la actuación de los

primeros momentos transcurridos en una situación de urgencia. De la actuación, correcta o no, depende, en gran medida, la curación de las lesiones producidas, el menor número de secuelas y a veces la propia vida del sujeto.

I Epidemiología de los accidentes

La epidemiología es el estudio de todos los factores que determinan la frecuencia y distribución de los accidentes en la población, en función del tiempo, del lugar y de las personas.

Datos sobre MORTALIDAD en España:

- Los accidentes son la primera causa de muerte en niños mayores de un 1 año de edad.
- Las principales causas de muerte por accidente son:
 - Accidentes de tráfico.
 - Caidas.
 - Quemaduras.
 - Envenenamientos.

Datos sobre MORBILIDAD en España:

- Por cada lesión mortal hay unas 45 lesiones lo suficientemente graves como para justificar el ingreso hospitalario, un gran número que requieren cuidados ambulatorios y un número indeterminado de casos que se resuelven con tratamiento casero.

Las principales causas de ingreso hospitalario en los niños de 1 a 4 años son:

- Enfermedades del aparato respiratorio.
- Enfermedades infecciosas.
- Accidentes.

En los mayores de 4 años son:

- Enfermedades del aparato respiratorio.
- Accidentes.

Las causas más frecuentes de accidentes no mortales en la primera infancia son:

- Caidas.
- Accidentes de tráfico.
- Intoxicaciones con fármacos y/o otros productos tóxicos.
- Quemaduras.
- Sofocación mecánica (generalmente por tragar o introducir objetos en nariz o vías digestivas).

Los lugares donde se producen con mayor frecuencia los accidentes infantiles son: la calle, la casa, el centro escolar y otros.

1.1. CADENA EPIDEMIOLÓGICA

El accidente sobreviene, al igual que la enfermedad, como resultado de la interacción de 3 factores, que en este caso son: el agente causal, el huésped y el medio en el que se desenvuelve el niño.

La cadena que componen estos tres factores desemboca en un accidente produciendo una lesión determinada.

La actuación sobre cualquiera de los tres factores romperá la cadena, evitando que se produzca el accidente.



Esquema del mecanismo de producción de un accidente

Agente causal

Es la forma de energía, es decir, la causa, que produce la lesión. La actuación sobre este factor es un punto fundamental en la prevención de los accidentes.

Huésped

Aunque todos los niños son candidatos a sufrir accidentes, existen grupos especialmente susceptibles, como ocurre con los niños más torpes (que pueden tener algún déficit sensorial o mental,) y con los niños hipercinéticos.

El huésped, en este caso, es el niño/a menor de 6 años sometido a la influencia de una serie de factores o circunstancias que concurren en él, tales como: el sexo, la edad y los aspectos personales del niño/a.

El sexo

Es una característica importante en la distribución de la frecuencia de accidentes:

- Generalmente la accidentabilidad y los accidentes en la calle son más frecuentes en los niños que en las niñas.

– Los accidentes domésticos son más frecuentes en las niñas que en los niños.

La edad

– En niños/as menores de 1 año de edad, los accidentes más frecuentes son las quemaduras y los atragantamientos.

– En niños/as mayores de 1 año de edad, por el contrario, son los traumatismos e intoxicaciones.

– El inicio de la deambulación señala el comienzo de gran riesgo de accidente.

Aspectos personales de los niños/as

Las características del desarrollo psicomotor del niño hacen que a una edad determinada sean peligrosas unas situaciones que son inofensivas en niños/as de otra edad; pero en líneas generales, existen una serie de factores que explican el alto grado de accidentalidad en los niños. Estos son:

– La ignorancia del peligro, es decir, los objetos y situaciones peligrosas ante los cuales el niño no ha tenido experiencia previa y no son percibidas por éste como un riesgo.

– La falta de coordinación muscular, que le impide controlar situaciones o esquivar el peligro.

– La curiosidad: el niño se interesa enormemente por explorar el mundo que le rodea, y siente aún mayor curiosidad por lo que puede resultar misterioso, lo que le lleva a correr una serie de riesgos de accidentalidad.

Todo esto unido al impulso de autonomía, a la hiperactividad y a la dificultad para comprender las consecuencias de su acción desembocan con frecuencia en un comportamiento indebido que puede desembocar en un accidente.

Medio

El lugar y el entorno donde se produce el accidente es el tercer factor de la cadena, siendo de gran importancia, ya que es el que ofrece más posibilidades de actuación preventiva, sobre todo en los niños menores de 4 años.

Los lugares donde se producen con mayor frecuencia accidentes son:

- El hogar: el 33%
- La calle y parque: el 38,5%

- La escuela infantil: el 85%
- Otros lugares: 20,5%

En el hogar se producen fundamentalmente los accidentes en: la cocina, el baño, la habitación del niño.

Los accidentes más graves dentro del hogar son los causados por quemaduras y los debidos a intoxicaciones por medicamentos y/o productos de limpieza.



Recuerda

Las causas más frecuentes de accidente no mortales en la primera infancia son: caídas, accidentes de coche, intoxicaciones, quemaduras, sofocación mecánica...

La actuación sobre cualquiera de los tres factores de producción del accidente rompe la cadena epidemiológica evitando que éste se produzca.

Los factores que explican el alto grado de accidentabilidad en los niños y niñas son: la ignorancia del peligro, la falta de coordinación muscular, la curiosidad, la hiperactividad y el gran impulso de autonomía.

El medio es el factor que ofrece más posibilidades de actuación preventiva en la infancia, sobre todo en los niños menores de 4 años.

Ejercicio

1. Pregunta a varios padres, con niños menores de 6 años, si sus hijos han sufrido algún tipo de accidentes y cuál ha sido la causa de los mismos. Anota los resultados obtenidos en un cuadro, distribuido por edades-tipo de accidente.

2 Accidentes infantiles

2.1. DEFINICIÓN

Se entiende por accidente «toda lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de la persona accidentada». Por lo tanto, el accidente se presenta de forma inesperada y puede producir un daño importante en la salud de la persona e incluso llegar a causar su muerte.

Los accidentes más comunes se producen en la casa, la calle, la escuela, etc. Las causas que los desencadenan son múltiples y pueden dar lugar a gran variedad de lesiones.

La mejor forma de evitar los accidentes es impedir que se produzcan, aplicando las medidas preventivas. Si el accidente a pesar de la prevención se produce, se debe disponer de los medios, humanos y materiales, necesarios para su intervención.

2.2. ACCIDENTES MÁS FRECUENTES

Los accidentes, sea cual sea su origen y la causa desencadenante, representan la primera causa de muerte en la población española entre 1 y 35 años de edad.

En España tienen una especial incidencia entre los 0 y 14 años.

Según datos publicados por el INE (Instituto Nacional de Estadística), el tráfico, los ahogamientos y las caídas son las principales causas de accidentes en la infancia.

Caidas

Constituyen una de las principales causas de accidente en la primera infancia, y suponen una importante causa de muerte.

Las caídas más graves sobrevienen entre los 2 y los 6 años de edad: caídas desde ventanas, balcones, escaleras, bañera, toboganes, columpios, etc.

En el caso de los lactantes suelen ocurrir por falta de vigilancia. A partir del tercer mes de vida e incluso antes, el niño es capaz de darse la vuel-

ta solo y al menor descuido por parte de los adultos, puede llegar a caerse desde la cuna/cama, el cambiador, el cochecito, etc.

Según el lugar donde ocurre la caída, distinguiremos:

Caidas en el interior del hogar o de la escuela.

Éstas se producen fundamentalmente en:

- Suelos brillantes o mojados.
- Balcones o ventanas con barandilla baja.
- Escaleras de mano.
- Rincones oscuros.
- Alfombras sueltas o resbaladizas.
- Bañeras sin antideslizante.



Niños jugando en el parque de juegos

Caidas en la calle. Se producen sobre todo en:

- Las aceras.
- Los columpios, toboganes, barras, aros, etc.
- Dentro del coche, si no va sujeto con el cinturón de seguridad o en su silla.

Dan lugar a lesiones que pueden afectar sobre todo a: músculos, tendones, articulaciones y huesos, con posible aparición de heridas, hemorragias y fracturas.

Intoxicaciones

Suelen ocurrir fundamentalmente dentro del hogar, siendo generalmente más frecuentes en niños varones y menores de 5 años.

Se producen sobre todo por la ingestión de medicinas, productos de limpieza, cosméticos, productos de jardinería, etc.

Ocurren cuando alguno de estos productos se dejan en lugares al alcance de los niños y sin medidas de protección o barreras adecuadas que impidan el acceso al niño; o bien porque, en ocasiones, se guardan dentro de envases de aspecto agradable que despiertan la curiosidad del niño.

Este tipo de accidente puede ser muy grave, desencadenando lesiones importantes e incluso la muerte.

Accidentes de tráfico

Éstos son los responsables del mayor número de muertes por accidente en la infancia.

Hay que distinguir en este caso, tres situaciones más destacables:

- El niño/a como peatón: los accidentes se producen, sobre todo, por no respetar los pasos de peatones por parte de los conductores o de los propios transeúntes o bien por cruzar las calles por lugares inadecuados (no reservados para ello).
- El niño/a como pasajero de un vehículo (automóvil, autobús, etc): los accidentes se producen como consecuencia de un accidente de tráfico y/o por no llevar puesto el cinturón de seguridad.
- El niño/a como conductor de bicicletas: este tipo de accidentes ocurre a partir de los 3 años, momento en que el niño ya se desplaza con total independencia.

Quemaduras

Representan aproximadamente el 6-7% de los accidentes y son de notable repercusión por sus consecuencias: hospitalizaciones prolongadas, tratamientos dolorosos, así como gran número de secuelas estéticas, físicas y psíquicas.

Suelen producirse por la acción directa o indirecta del calor o el contacto con líquidos calientes. Ocurren sobre todo en la cocina, al derramarse el contenido de sartenes y otros recipientes situados sobre el fogón y al alcance de los niños.

Otra causa de quemaduras se debe al empleo de agua excesivamente caliente para el baño del niño.

También pueden producirse quemaduras por:

- Sólidos calientes (planchas, calefactores, etc.).
- Fuego (acción directa).
- Efectos del sol.

Asfixias

Se define la asfixia como la incapacidad para poder respirar, debido a una obstrucción de las vías respiratorias. Se puede desencadenar por varias causas: sofocación, atragantamiento o ahogamiento.

Extrínseca (sofocación)

Ocurren sobre todo en lactantes, cuando no puede respirar porque se lo impida la almohada, las sábanas, su propia ropa, etc.; o por un estrangulamiento con cadenas anudadas al cuello, cintas, etc.

Intrínseca (atragantamiento)

Se producen por la acción de un cuerpo extraño en vías respiratorias.

Son especialmente frecuentes en niños pequeños, debido a la costumbre de llevarse todo tipo de objetos a la boca: botones, semillas, caramelos, piezas pequeñas de los juguetes, etc.

Por inmersión (ahogamiento)

La mayoría de las muertes se producen por caídas al agua (bañera, piscina) sin saber nadar.

Incluso pueden ocurrir en personas que saben nadar porque pierden el control, se cansan, se arriesgan en sitios peligrosos, etc.

Electrocución

Suelen producirse por instalaciones eléctricas en mal estado: aparatos, cables, enchufes, y cuando además no existe un interruptor diferencial de alta sensibilidad.

También pueden ocurrir por no proteger los enchufes, de tal forma que el niño puede llegar a introducir cualquier tipo de objeto en el interior de los mismos, causando el accidente.

Producen quemaduras, fundamentalmente en la boca y en las manos.

Estos accidentes pueden desencadenar incendios.

Cuerpos extraños en vía digestiva

Son también frecuentes por la tendencia del niño pequeño a llevarse todo a la boca.

En general, si el objeto pasa a la vía digestiva, una vez que llega al estómago se expulsa con las heces sin problema. Una gran variedad de objetos, incluidos aquellos más peligrosos por ser punzantes o cortantes, pueden ser expulsados por esta vía sin gran peligro.

PICADURAS Y MORDEDURAS

Picaduras

Están producidas sobre todo por: avispas, abejas, arañas, insectos y garrapatas.

Según el tipo y cantidad del veneno introducido en el organismo del niño, la picadura puede llegar a ser más o menos grave e incluso en caso de hipersensibilidad puede desencadenar un cuadro shock o la muerte del accidentado.

Mordeduras de animales

Suelen estar producidas por animales domésticos (perros o gatos). Incluso puede darse el caso, sobre todo en niños, de mordeduras entre unos y otros niños.

Si el animal es desconocido habrá que tomar medidas especiales para prevenir la rabia.

Producen lesiones locales, tales como heridas y desgarros que pueden desencadenar un cuadro de infección y/o de hemorragia.

2.3. PRIMEROS AUXILIOS

Son aquellas medidas de urgencias que hay que adoptar cuando se ha producido un accidente o una enfermedad repentina, hasta que la persona accidentada pueda recibir la atención sanitaria específica.

En los primeros auxilios, la mayor parte de las pautas de actuación responden al sentido común.

Es fundamental el cuidar la propia seguridad de la persona o personas que prestan el «auxilio», procurando no correr riesgos innecesarios, así como guardar la calma y la serenidad indispensables para poder prestar ayuda, manteniendo siempre el siguiente planteamiento: «Es mejor no hacer nada que hacerlo mal».

Hay que tener presente que una vez iniciados los cuidados al accidentados, no pueden suspenderse hasta que haya una persona con capacidad legal para ello o con conocimientos sanitarios que se encuentre presente y asuma la responsabilidad.

¿Qué hacer cuando se produce un accidente?

Cuando se desencadena un accidente, lo primero que hay que hacer es evaluar el entorno del accidente y de los accidentados.

Si hay varios accidentados, se debe analizar la situación y seleccionar el orden en que debemos prestar la ayuda, empezando por aquellos de mayor riesgo vital.

El proceso de actuación en caso de accidente o producción de lesiones debe sistematizarse de la siguiente manera:

Garantizar el nivel de seguridad del accidentado y del personal que presta el primer auxilio, que supone:

– *Hacer una evaluación urgente del accidentado valorando:*

- Si está abierta la vía respiratoria.
- Si hay latido cardíaco.
- Si hay respiración espontánea.
- Si hay hemorragia arterial abundante.
- Si está consciente.

– *Hacer una evaluación no urgente del accidentado valorando:*

- El tipo de respiración y frecuencia cardíaca.
- Coloración de piel y mucosas.
- Tipo y lugar de aparición de hemorragias.
- Lesiones en distintas partes del organismo y nivel de conciencia.

Como norma general, hay que atender primero las lesiones que conlleven un riesgo vital inminente, es decir, las situaciones que de no corregirse pueden producir la muerte en un corto espacio de tiempo o generar un daño permanente.

Recuerda

Se entiende por accidente a toda lesión corporal que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de la persona.

Las intoxicaciones suelen ocurrir en el hogar. Son más frecuentes en varones y menores de 5 años. Se producen generalmente por la ingestión de medicinas y por productos de limpieza, cosméticos, jardinería, etc.

Las quemaduras suelen producirse por contacto directo con líquidos calientes y ocurren sobre todo en la cocina.

Los atragantamientos con asfixia son más frecuentes en niños pequeños, por la costumbre de llevarse todo tipo de objetos a la boca.

Los primeros auxilios son las medidas de urgencia que hay que adoptar cuando se ha producido el accidente. Generalmente las pautas de actuación responden al sentido común.

El proceso de actuación en caso de accidente debe garantizar el nivel de seguridad del accidentado y de las personas que prestan el «auxilio», haciendo una valoración urgente y no urgente del accidentado.

Ejercicios

2. Realiza una revisión exhaustiva de cada una de las habitaciones de tu casa (cocina, salón, dormitorio, baño) y anota en un cuadro todos los aspectos que supongan un riesgo de accidente o peligro para la seguridad infantil.

3. Teniendo en cuenta el ejercicio anterior especifica qué medidas de seguridad adoptarías para resolver cada uno de esos peligros potenciales.

3 Técnicas de reanimación cardiopulmonar

Son un conjunto de procedimientos encaminados a mantener la vida de los accidentados, realizando artificialmente las funciones fisiológicas de la respiración y circulación de la sangre.

Se conocen también como «*soporte vital básico*» y se basa en tres procedimientos fundamentales:

- Abrir la vía respiratoria.
- Restablecer la respiración.
- Restablecer la circulación sanguínea.

Es muy importante que estos procedimientos:

- Se apliquen en el mismo lugar donde se ha producido el accidente.
- Se lleven a cabo inmediatamente después de producirse la parada respiratoria o cardíaca.
- Se continúen todo el tiempo que sea necesario.

3.1. APERTURA DE LA VÍA RESPIRATORIA

La obstrucción de las vías respiratorias suelen producirse por:

- Caída de la lengua hacia atrás, generalmente, en estados de inconsciencia de la víctima.
- Existencia de cuerpos extraños que han sido aspirados (sangre, comida, vómitos, etc.).

Procedimiento de actuación

- Extender la cabeza del accidentado hacia atrás colocando una mano sobre la frente y la otra debajo del cuello, en la nuca.
- Elevar el cuello a la vez que tiramos de la cabeza hacia atrás (hiperextensión de la cabeza).
- Tirar del maxilar inferior hacia adelante.
- Introducir dos dedos en la boca del accidentado y extraer, si es posible, cualquier cuerpo extraño que sea visible y/o colocar adecuadamente la lengua de la víctima.

- Para facilitar la eliminación de cuerpos extraños, dar golpes secos en la espalda o realizar la maniobra de Heimlich (procedimientos en caso de atragantamiento).
- Mantener al accidentado durante un tiempo en posición de recuperación.

Posición de recuperación

- Colocar a la víctima en decúbito lateral izquierdo.
- Situar el brazo izquierdo detrás de su espalda y la mano derecha debajo de su barbilla.
- Flexionarle ligeramente la pierna derecha.

¿Como se realiza la maniobra de Heimlich?

La compresión en la parte superior del abdomen comprime el diafragma hacia arriba, expulsando el aire de los pulmones y empujando el objeto que obstruye la vía de aire (tos artificial).

Adulto consciente:

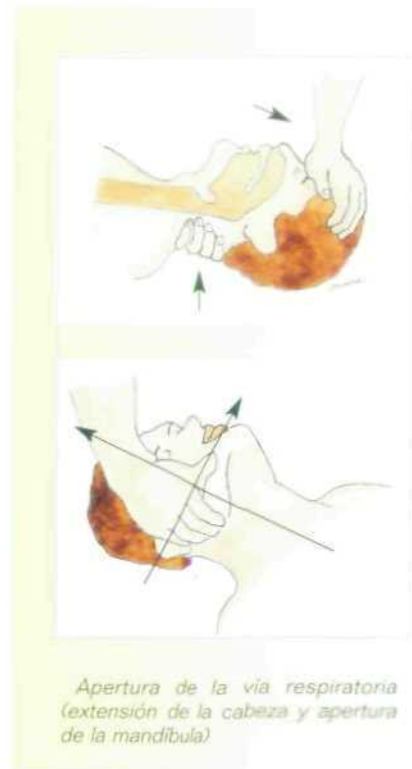
- Situarse por detrás de la víctima y abrazarla a nivel de la cintura.
- Formar un puño con una mano (la derecha en los diestros) con el dedo pulgar hacia el cuerpo, situándolo por encima del ombligo y por debajo del esternón de la víctima.
- Coger el puño con la otra mano sujetándolo con fuerza.
- Presionar fuertemente el abdomen y realizar un movimiento de ascenso de las manos, para facilitar el movimiento y desalojo del obstáculo.
- Repetir la maniobra 5 veces seguidas.
- Cada 5 maniobras, revisar el estado de la víctima.

Lactante consciente:

- Sostener el cuerpo con la cabeza hacia abajo, suspendiéndolo sobre el antebrazo y la mano.
- Sujetar firmemente la cabeza.
- Golpear en la espalda, entre los omoplatos, utilizando los dedos de la otra mano.

Adulto inconsciente:

- Colocarse a horcajadas sobre la víctima, sentado sobre las caderas y mirándole a la cara.
- Colocar el talón de una mano sobre el abdomen de la víctima, por encima del ombligo y por debajo del esternón. Apoyar la otra mano sobre la anterior.
- Presionar rápida y fuertemente el abdomen empujando hacia abajo y hacia arriba.
- Relajar la presión sin perder el contacto con el abdomen.
- Repetir la maniobra al menos 5 veces seguidas.
- Separar las mandíbulas tirando de ellas hacia arriba para separar la lengua del fondo de la boca.
- Introducir en la boca el dedo índice hacia la mejilla y hacia atrás, hacerlo girar hacia abajo tratando de enganchar el obstáculo, si está visible.
- Si fracasan las medidas anteriores se deberá iniciar la respiración artificial.

**Lactante inconsciente:**

- Colocar al lactante en decúbito supino, sobre una superficie rígida y elevada.
- Ejercer presión con dos dedos, entre el ombligo y el apéndice xifoides, formando un ángulo de 45° para comprimir el diafragma.

3.2. REANIMACIÓN RESPIRATORIA

Cuando no hay respiración espontánea y no existe obstrucción visible de la vía respiratoria, se deben realizar las técnicas de respiración asistida.

Las causas más frecuentes de parada respiratoria son: las asfixias, los traumatismos craneales o torácicos y los envenenamientos.

Existen diferentes métodos para restablecer la respiración, pero el método de elección es el denominado de boca a boca.

Procedimiento de boca a boca

Está basado en la insuflación activa, en el interior del árbol bronquial del accidentado, de la mayor cantidad posible de aire *espirado* por el socorrista.

- Comprobar que la víctima no respira, acercando nuestro oído a su boca o vigilando los movimientos de su pecho.
- Tumbar al accidentado boca arriba sobre el suelo o encima de un plano duro.



- Arrodillarnos cerca del lado derecho de la víctima.
- Abrir la boca y tirar de la lengua para eliminar, si existiesen, cuerpos extraños visibles.
- Abrir la vía respiratoria efectuando la hiperextensión de la cabeza.
- Tapar los orificios de la nariz pinzando con los dedos índice y pulgar de la mano que tenemos sobre la frente de la víctima.
- Aspirar profundamente, reteniendo la mayor cantidad de aire posible.
- Colocar nuestra boca sobre la boca de la víctima, y espirar con fuerza, insuflando la mayor cantidad de aire en los pulmones de la víctima. Observar que se expande el tórax.
- Retirar la boca, y observar si desciende el pecho o expulsa aire por la nariz.
- Insuflar al inicio 2 veces seguidas, sin intervalo de tiempo.
- Repetir los pasos anteriores cada 5 segundos, después de las dos primeras, para conseguir una frecuencia de respiración de 12 veces cada minuto.
- Si se realiza en bebés o niños pequeños, se debe:
 - Cubrir con nuestra boca la boca y nariz del niño.
- Soplar con menor intensidad y hacerlo cada 3 segundos (20 veces cada minuto).

Adultos	1 insuflación cada 5 segundos	12 insuflaciones/minuto
Niños	1 insuflación cada 3 segundos	20 insuflaciones/minuto
Bebés	1 insuflación cada 2 segundos	30 insuflaciones/minuto

Ritmo de insuflaciones por minuto en la respiración artificial

3.3. REANIMACIÓN DEL CORAZÓN

Cualquier alteración del sistema cardiocirculatorio, que se manifieste con una parada del corazón o alteraciones graves en el ritmo cardíaco, debe ser «tratada» desde la perspectiva de los primeros auxilios aplicando técnicas de *masaje cardíaco externo*.

Las causas más frecuentes de parada cardíaca o alteración de la circulación sanguínea son: ataque al corazón, hemorragia, externa o interna, grave, paro respiratorio, envenenamiento, etc.

Procedimiento del masaje cardíaco externo

Consiste en comprimir el corazón entre el esternón y la columna vertebral, mediante técnicas manuales, provocando la salida de la sangre hacia todo el organismo.

La compresión reproduce la sístole y la relajación reproduce la diástole del músculo cardíaco.

Hay que sospechar la existencia de «paro cardíaco» cuando no se escucha el latido del corazón, al poner nuestro oído en el pecho de la víctima, no hay pulso arterial en la arteria carótida (cuello), radial (muñeca), las pupilas se dilatan y/o exista una coloración lívida (azulada) de la piel.

- Acostar a la víctima boca arriba (decúbito supino) en el suelo o sobre un plano rígido.
- Comprobar que no late el corazón de la víctima explorando el pulso carotídeo.
- Colocar los dedos índice y corazón de la mano derecha sobre la garganta de la víctima.
- Dejar resbalar los dedos unos 2 centímetros a uno de los lados y presionar sobre la arteria carótida.
- Arrodillarse a un lado de la víctima.

– Localizar el *punto de presión* (tercio inferior del esternón). (ángulo formado por las costillas en su inserción central, sobre el apéndice xifoides).



– Colocar el talón de la mano izquierda sobre la mano derecha, ya en posición adecuada, procurando que los dedos estén rectos y no reposen sobre el pecho de la víctima.

– Con los brazos extendidos, presionar, dejando caer el peso sobre las manos, comprimiendo el esternón unos 5 cm en los adultos, de 2 a 3 cm en niños y de 1,5 a 2 cm en los bebés (sístole), hasta colocar los brazos verticales sobre la víctima.

– Disminuir la presión sin perder el contacto con la piel (diástole).

– Repetir rítmicamente el movimiento con intervalos de 1 vez cada segundo en adultos.

– En niños la presión se realiza con una sola mano y aplicando menos presión.

– En bebés la presión debe realizarse con sólo dos dedos de la mano y mucha menor presión.

– Colocar a la víctima en posición de recuperación cuando se recupere la frecuencia cardiaca de forma adecuada.

Adultos	1 compresión cada 1 segundo	60 insuflaciones/minuto
Niños	3 compresiones cada 2 segundos	90 insuflaciones/minuto
Bebés	2 compresiones cada 1 segundo	120 insuflaciones/minuto

Ritmo de compresiones/minuto en el masaje cardiaco externo

3.4. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Denominaremos así a la realización conjunta de los procedimientos de respiración artificial y de masaje cardíaco externo.

En líneas generales, los protocolos de actuación son los ya descritos en los apartados anteriores.

– 2 socorristas, uno realizará la técnica de respiración artificial y el otro la de masaje cardíaco externo, manteniendo las frecuencias tipo ya definidas, colocándose uno a cada lado del accidentado.

Se inicia siempre el **RCP** insuflando (2 veces) aire a los pulmones para «marcar» el ritmo de coordinación el socorrista que realiza el masaje cardiaco. La insuflación debe coincidir en el breve intervalo entre dos compresiones.

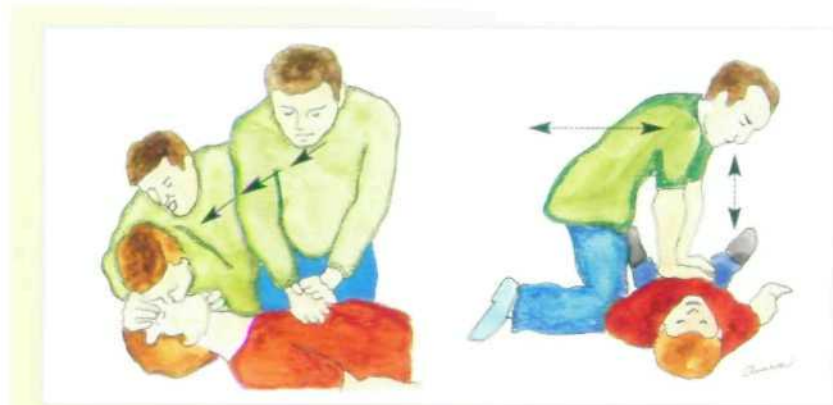
– 1 socorrista: **éste deberá** realizar los dos protocolos, alternando sucesivamente cada **uno de ellos**. Siempre se deberá iniciar el procedimiento de RCP, insuflando **aire** a los pulmones.

Procedimiento de RCP

- Comprobar que el **accidentado** no respira ni le late el corazón.
- Acostar a la **víctima boca arriba** (decúbito supino) en el suelo o sobre un plano rígido.
- Arrodillarse a **un lado** de la víctima.

– Iniciar el procedimiento de boca a boca, insuflando 2 ó 3 veces seguidas aire, al interior de los pulmones. **No** marcar el tiempo de espera señalado para acciones individuales.

– Realizar masaje cardiaco externo, **comprimiendo** el punto de presión 15 veces, **sin** intervalos de tiempo. **Lo** más seguidas posible.



Técnica de reanimación cardiopulmonar

– Repetir las **insuflaciones** y repetir las compresiones hasta que se recupere la función **cardiorespiratoria**.

– Colocar a la **víctima en posición** de recuperación hasta la normalización de las funciones, **o sea**, trasladado a un centro sanitario.

Reanimación cardiopulmonar (RCP)		
2 socorristas	1 insuflación cada 5 segundos	12 insuflaciones/minuto
	1 compresión cada 1 segundo	60 compresiones/minuto
1 socorristas	2 insuflaciones sucesivas seguidas de 15 compresiones sucesivas	10-12 insuflaciones/minuto 50-60 compresiones/minuto

Recuerda

Las técnicas de reanimación cardiopulmonar son un conjunto de procedimientos encaminados a mantener la vida de los accidentados realizando artificialmente las funciones fisiológicas de la respiración y la circulación sanguínea.

Se basa en los siguientes procedimientos:

Apertura de la vía respiratoria: tener en cuenta en caso de atragantamiento la «maniobra de Heimlich» y siempre colocar al final al accidentado en «posición de recuperación».

Reanimación de la respiración: el método de elección es el boca a boca, cuyo objetivo es conseguir una frecuencia de insuflaciones por minuto de: 12 en los adultos, 20 en los niños y 130 en los bebés.

Restaurar la circulación: mediante el masaje cardíaco externo, para realizarlo se ejercerá una presión sobre el apéndice xifoides del esternón.

Reanimación cardiorespiratoria: consiste en la realización conjunta de las técnicas de reanimación pulmonar y cardíaca.

Ejercicios

4. Realizar una serie de «murales» que recojan los aspectos más importantes de las técnicas de reanimación cardíaca y respiratoria.

5. Sobre un muñeco de un bebé, realiza la práctica de la «maniobra de Heimlich» y colocación de la boca del socorrista para la técnica de respiración artificial.

6. Utilizando tu propio cuerpo, intenta localizar el apéndice xifoides (del esternón), el pulso radial (muñeca) y el carotideo (cuello)

4 Lesiones producidas por traumatismos

En este apartado se describen los procedimientos de actuación en casos de heridas, hemorragias, lesiones articulares, lesiones musculares y fracturas.

4.1. HERIDAS

Son soluciones de continuidad (rotura o interrupción) de la superficie de la piel, de las mucosas o de un órgano.

Los bordes de las heridas tienden a contraerse para disminuir posibles complicaciones (hemorragias).

Clasificación de las heridas

En función del objeto que las produce y de los bordes que se generan, después de la acción traumática, se pueden clasificar en:

- Incisas o cortantes: producidas por objetos afilados, con bordes limpios y separados (cuchillos, hojas de afeitarse, cristales, etc.). La hemorragia, si se produce, suele ser abundante y difícil de cohibir. El proceso de cicatrización es rápido.
- Contusas o desgarros: producidas por objetos romos y redondeados, los bordes suelen ser irregulares (caídas, pedradas, etc.). El proceso de cicatrización es más lento y puede producir cicatrices permanentes.
- Punzantes: producidas por objetos que se clavan en el cuerpo (estiletes, palos afilados, clavos, agujas, etc.). A veces presentan un pequeño orificio de entrada pero pueden ser profundas y pueden generar daños internos con hemorragias internas.

Los riesgos que llevan asociadas las heridas son: infecciones y hemorragias (arteriales, venosas o capilares).

Procedimiento de actuación

- Si existe hemorragia intensa hay que tratarla previamente para cohibirla.
- Lavarse las manos con agua y jabón o un desinfectante.
- Lavar la herida con agua limpia, a chorro, o solución antiséptica.

- Si existen cuerpos extraños incrustados, intentar su eliminación durante el lavado.
- Limpiar los residuos con una gasa estéril, «barriendo» la suciedad desde el centro de la herida hacia fuera. No utilizar nunca algodón.
- Desinfectar la herida con una solución antiséptica.
- Cubrir la herida con gasa estéril (apósito) para disminuir la posibilidad de infección.
- Remitir a la consulta de su médico para control de la infección, si existe, y su inmunización contra el tétanos.

4.2. HEMORRAGIAS

Es la salida de sangre, fuera de los vasos sanguíneos, por rotura accidental o espontánea de éstos.

Las pérdidas en pocos segundos o minutos son más graves que las que se producen en un tiempo más dilatado.

Clasificación

En función de la salida de sangre:

- Externa: salida de sangre al exterior del cuerpo.
- Interna: salida de sangre a una cavidad del cuerpo o al exterior a través de orificios naturales.

En función del vaso sanguíneo afectado:

- Arterial: por rotura de una arteria. La sangre es de color rojo, sale al exterior a borbotones coincidiendo con la contracción cardíaca (sístole).
- Venosa: por rotura de una vena. La sangre es de color rojo oscuro, sale al exterior continuamente sin presión, como deslizándose.
- Capilar: por rotura de capilares, que son los vasos que unen las arterias con las venas. Sale de forma continua, se llama «hemorragia en sábana».

Otras hemorragias que deben ser conocidas, por su frecuencia:

- *Epistaxis*: hemorragia de la nariz.
- *Melena*: hemorragia intestinal, sale por el ano.
- *Hemoptisis*: hemorragia con origen en los pulmones, se expulsa con la tos.
- *Hematemesis*: hemorragia digestiva, sale al exterior con el vómito.

Hemorragias externas*Procedimiento de actuación*

- Dejar al descubierto la **zona** sangrante y tumbar al accidentado.
- Taponar la herida con **apósitos** estériles, haciendo *presión directa* sobre la zona.
- Acumular apósitos sobre **la herida**, sin retirar los ya empapados, manteniendo la presión.
- Sujetar con vendas o **pañuelos**, los apósitos y combinar la presión directa con *elevación de la zona* sangrante, si ésta está situada en un miembro.
- Combinar la presión *directa* con los *puntos de presión* (compresión de la arteria que irriga la **zona que** sangra)

<i>Carotideo</i>	Sobre la arteria carótida, para hemorragias en la cabeza
<i>Humeral</i>	Miembros superiores , sobre la arteria humeral, presionando la parte interna y media del brazo
<i>Femoral</i>	Miembros inferiores , sobre la arteria femoral, presionando con el talón de la mano sobre la parte media del pliegue inguinal

Puntos de Presión

- Colocar un torniquete o **similar** (cuando las medidas anteriores han fracasado o la hemorragia **es muy grave**).
- Evacuar al accidentado **a un centro** sanitario lo más pronto posible.

Procedimiento de aplicación de un torniquete

- Colocarlo en la zona más **próxima del** miembro afectado, entre la zona que sangra y el corazón.
- Utilizar elementos blandos, **anchos y** no cortantes.
- Con una venda o similar, dar **dos vueltas** alrededor del miembro, sujetándola con un seminudo.
- Colocar algún objeto duro, **corto, en** medio del nudo, sujetándolo con varios nudos.
- Retorcer el objeto lentamente, **evitando** que la venda se arrugue, hasta que deje de «manar» sangre por la herida.
- Anotar en sitio visible la hora **y colocación** del torniquete.
- Trasladar a centro hospitalario, **con los** pies más altos que la cabeza y viéndose el torniquete.

EPISTAXIS

Es la hemorragia que sale al exterior a través de la nariz. Se produce generalmente por: golpe en la nariz, lesión por rascado, gripe, altura sobre el nivel del mar o presencia de cuerpos extraños.

Procedimiento de actuación

- Calmar al paciente si está agitado y sentarlo con la cabeza echada hacia delante.
- Pedir que respire por la boca y evite toser o sonarse (elimina el coágulo existente).
- Comprimir las fosas nasales con los dedos índice y pulgar, manteniendo la presión unos minutos.
- Poner un pequeño «tapón» de gasa estéril empapado en líquido antiséptico en el orificio nasal.
- Pedir que aspire lenta y profundamente por la fosa taponada o con coágulo inicial, expulsando el aire por la boca (esto detiene la hemorragia simple con rapidez).
- Evacuar a un centro sanitario si no se cohibe la hemorragia.

4.3. LESIONES MUSCULARES, ARTICULARES Y FRACTURAS

Lesiones musculares y articulares

Contusión muscular

Se producen por un golpe contundente sobre el músculo. Se suelen acompañar de una pequeña hemorragia que en la piel se ve como un cardenal o magulladura.

Procedimiento de actuación

- Aplicar frío sobre la zona lesionada para disminuir el dolor y frenar la hemorragia (tiempo máximo 20 minutos seguidos).
- Inmovilizar la zona y situarla por encima del nivel del corazón.
- Remitir a un centro sanitario para estudio y tratamiento.

¿Cómo se puede aplicar el frío?	
<i>Bolsa de hielo</i>	Poner hielo machacado en el interior de una bolsa, envolverla en un paño seco y colocar unos 30 minutos sobre la zona lesionada
<i>Inmersión</i>	Mezclar agua y hielo, sumergiendo la zona afectada (codo, pies, manos)
<i>Paquete frío</i>	Producto comercial que se congela y se aplica envuelto en una tela para evitar el contacto directo con la piel

Esguince

Torcedura o distensión que se produce por la acción de un movimiento forzado sobre la articulación, que provoca una «apertura» superior a la fisiológica, produciendo distensión, desgarro o incluso rotura de los ligamentos.

Se caracteriza por: dolor en la zona, inflamación e incapacidad para los movimientos.

Procedimiento de actuación

- Reposo y elevación de la articulación lesionada.
- Colocar compresas frías o bolsas de hielo sobre la parte hinchada.
- Efectuar un vendaje de presión y recomendar asistencia médica.

Luxación

Separación permanente de las superficies óseas de una articulación, causadas por golpes fuertes aplicados directamente sobre ella o por contracción/distensión brusca de los grupos musculares que actúan sobre ella.

Se caracteriza por presentar: dolor, tumefacción, deformidad aparente e incapacidad para los movimientos de la articulación.

Procedimiento de actuación

- No intentar reducir la luxación en todos los casos (colocar en posición anatómica).
- Inmovilizar la articulación (ver fracturas).
- Remitir a un centro hospitalario para diagnóstico y tratamiento de la misma.

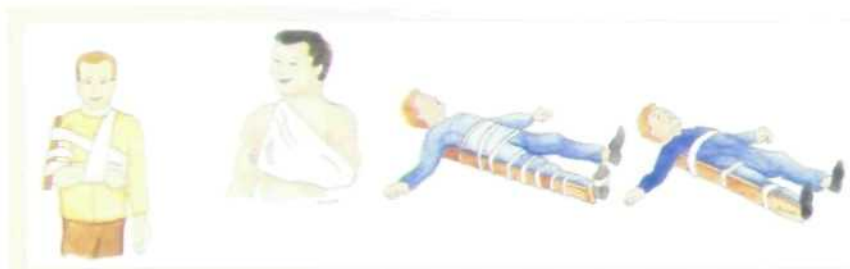
Fracturas

Se define como la solución de continuidad (rotura), parcial o total, de un hueso, que se produce de forma traumática o espontánea.

Tipos de fracturas

- Simples, cuando solo existe la lesión de los huesos.
- Complicadas, cuando los extremos de los huesos lesionan a los vasos sanguíneos, nervios o vísceras próximas.

Fisuras	Grietas en la superficie del hueso.
Cerradas	El hueso se ha roto pero la piel encima de la lesión está intacta. Hay lesión muscular y hemorragia interna.
Abiertas	Además de la rotura del hueso existe herida en la piel que la cubre. Suelen presentar hemorragia externa.
Conminutas	Cuando el hueso se rompe en diversos pedazos. La hemorragia y lesión muscular suele ser mayor.
En tallo verde	Especialmente en los niños. Se doblan y rompen sin perder el contacto los extremos del hueso.



Varias figuras con inmovilización de fracturas en ambos miembros (superior e inferior)

Cursan con: dolor, deformidad, acortamiento (especialmente en los miembros), crepitación, edema, impotencia funcional y movilidad anormal

Procedimiento de actuación

- Si la fractura es abierta, cohibir la hemorragia con apósitos, o incluso, colocando un torniquete, si es preciso, para considerarla como cerrada.
- Impedir los movimientos de la zona lesionada.

- Inmovilizar la zona, tal **y como** nos la encontramos, sin reducir la fractura, utilizando férulas, tablillas, etc., convenientemente almohadilladas.
- Deben sujetar la zona **lesiona** y las articulaciones superior e inferior más próximas al foco de **fractura**.
- Manipular con cuidado **al accidentado**, para **no** agravar las lesiones o producir nuevas complicaciones.
- Evacuar al accidentado **a un centro** sanitario.

¿Cómo debe actuarse teniendo en cuenta la localización de las fracturas?

En líneas generales se **debe aplicar** el procedimiento de actuación que ha sido descrito anteriormente. Se tendrán en cuenta las características anatómicas de la zona **fracturada**.

Miembro Inferior	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar por la parte interna y externa del mismo, atándolas a nivel del tobillo, rodilla y parte superior del muslo. - Inmovilizar la extremidad en extensión anatómica, fijando el miembro lesionado al miembro sano.
Miembro Superior	<p>Sujetar la extremidad lesionada al tórax, por medio de una «charpa» o cabestrillo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brazo: almohadillar la axila. Colocar en la parte externa del mismo una férula, desde el codo hasta la axila, sujetándola en los extremos. - Antebrazo: igual que en el caso anterior, la férula se coloca desde el codo hasta la punta de los dedos de la mano. Doblar por el codo y colgar de un cabestrillo. - Codo: si está flexionado fijarlo al cuerpo con un cabestrillo. Si esta en extensión, colocar férulas para mantenerlo en esa posición.
Costillas	<ul style="list-style-type: none"> - En este tipo de fracturas no hace falta la ejecución de ninguna maniobra especial. - Evacuar a un centro sanitario lo antes posible.
Clavícula	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar un vendaje en forma de cabestrillo para sujetar y elevar el brazo. Puede servir un vendaje dorso axilar o la aplicación de un palo a nivel de las axilas, colgando por delante de él los miembros superiores.

Recuerda

Las heridas: son soluciones de continuidad de la superficie de la piel, mucosas u órganos.

Pueden ser: incisas, contusas o punzantes.

Hemorragias: salida de sangre fuera de los vasos sanguíneos, hacia el exterior o a una cavidad del cuerpo y posteriormente al exterior.

Pueden ser arteriales (sangre sale a borbotones), venosa (sangre sale de forma continua) y capilar (sangre sale de forma continua), se llama hemorragia en sábana.

Contusión muscular: lesión producida por un golpe en un músculo.

Esguince: torcedura o distensión, producida por un movimiento forzado de la articulación.

Luxación: separación permanente de las superficies óseas de una articulación.

Fractura: solución de continuidad, parcial o total de un hueso.

Las pautas de inmovilización dependen de la localización de la fractura.

Ejercicios

7. Elabora una tabla donde se recojan las características de las lesiones producidas por traumatismos y las pautas de actuación más adecuadas a cada tipo de lesión.

8. Localiza sobre tu propio cuerpo (mirandote en un espejo) los puntos de presión: carotídeo (cuello), radial (parte interna del brazo) y humeral (parte media del pliegue inguinal). Toma en las 3 zonas el pulso arterial.

9. Con la ayuda de otra persona, realiza las técnicas de inmovilización de supuestas fracturas localizadas en miembros superior e inferior.

5 Otras lesiones que requieren asistencia

5.1. QUEMADURAS

Son lesiones en la piel producidas por la acción, directa o indirecta, del calor, sustancias químicas, la electricidad o por radiaciones.

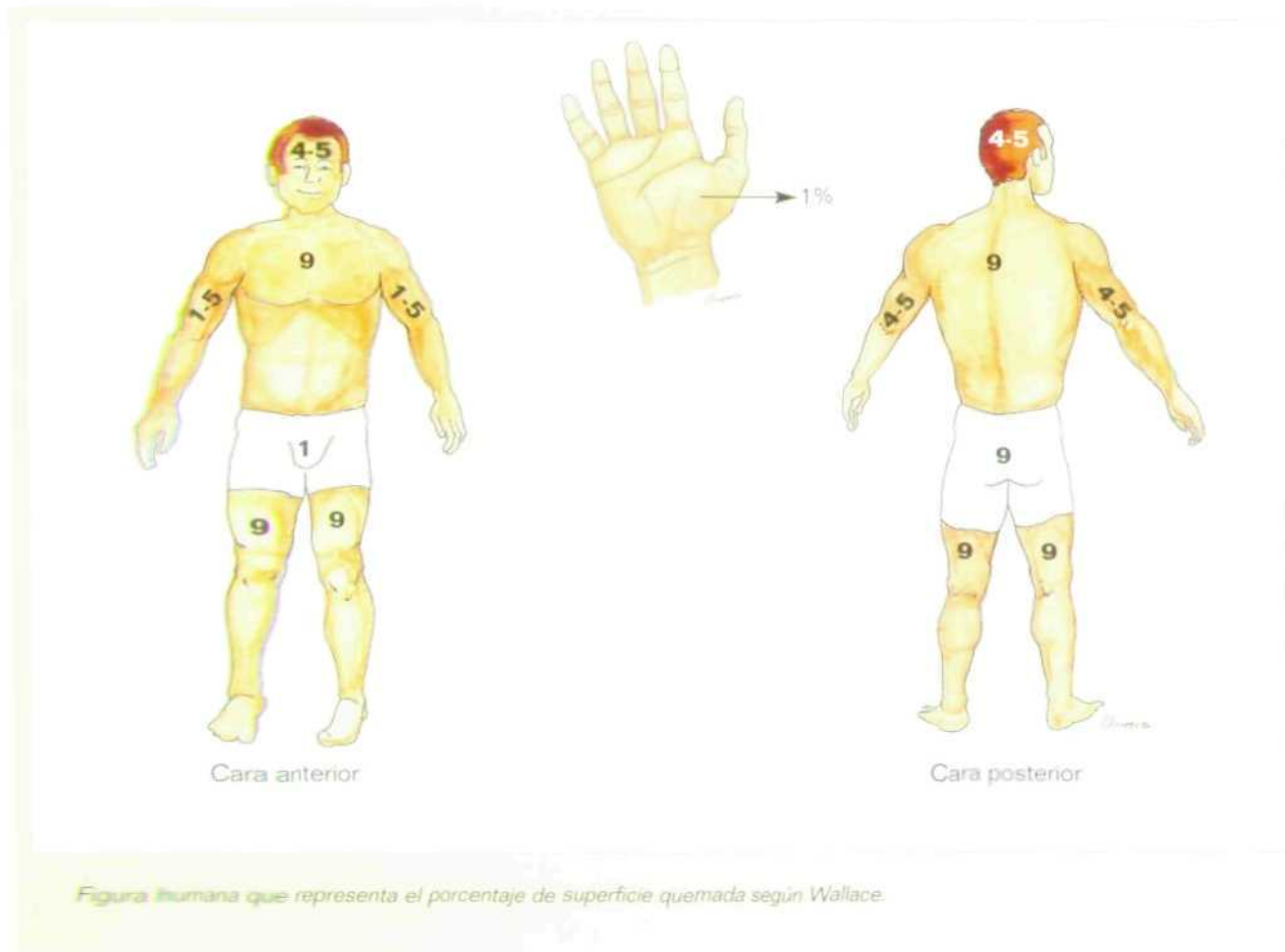
La gravedad de las quemaduras está en relación directa con su profundidad y la superficie corporal quemada:

1°	<i>Eritema</i>	Coloración rojiza de la piel que cursa con picor y dolor.
2°	<i>Flictena</i>	Profundidad media, color rosado, dolorosa y con presencia de vesículas o ampollas.
3°	<i>Escara</i>	En profundidad, de color blanco, con destrucción de los tejidos, produciéndose una costra.

Clasificación según el grado y la profundidad de la quemadura

- Una quemadura que supere el 15% de superficie quemada en un adulto, o el 10% en un niño, se considera grave.
- Cuando la superficie total quemada es superior al 50% de la piel, la quemadura puede ser mortal.
- La palma de la mano equivale, aproximadamente, al 1% de superficie corporal.
- En los niños el porcentaje de superficie de la cabeza se cuantifica en el 18% y las piernas, un 14% cada una.

Porcentaje de superficie corporal quemada según Wallace (regla de los 9)	
Cabeza y cuello	9
Pecho y abdomen (9% cada uno)	18
Espalda	18
Miembro superior (9% cada uno)	18
Miembro inferior (18% cada uno)	36
Genitales	1
Total:	100



Procedimiento de actuación

- Apagar, si existen, las llamas de la ropa o del cuerpo cubriendo con mantas al accidentado.
- Hacer que la víctima se acueste y ruede sobre el suelo para apagar las llamas.
- Descubrir la zona quemada y lavarse las manos con agua y jabón.
- Dejar caer abundantemente agua fría sobre la quemadura.
- Cubrir con apósitos estériles para evitar la infección.
- Dar de beber, si está consciente, pequeños sorbos de agua con sal y bicarbonato, un vaso cada 15 minutos (solución anti-estado de choque).
- Recomendar asistencia médica.
- Si la quemadura es muy extensa, es aconsejable, únicamente, cubrir al accidentado con sábanas humedecidas y evacuarlo.
- Vigilar el nivel de conciencia, el pulso y la presencia de dificultades respiratorias.
- Evacuar en posición de recuperación a un centro sanitario.

Quemaduras por electricidad

- Se tratan igual que las producidas por calor.
- Si existe riesgo de que se produzca parada cardiopulmonar: iniciar RCP de inmediato. Después tratar las lesiones de la piel.

Quemaduras por sustancias químicas

- Lavar la zona con abundante agua a presión, hasta que desaparezcan los restos del producto cáustico, preferiblemente bajo el grifo.
- En el caso de quemaduras oculares, lavar abundantemente y evacuar a un centro hospitalario.
- La acción de los álcalis se combate con ácidos débiles (solución débil de vinagre), y la de los ácidos, con solución de agua con bicarbonato.

5.2. PICADURAS Y MORDEDURAS**Picaduras**

Suelen estar producidas por: insectos, arañas, garrapatas, avispas y abejas.

Cuando se produce este tipo de accidentes debe prestarse atención siempre a los síntomas locales que se producen sobre el punto de lesión, y a la posibilidad de que el accidentado sea alérgico a los productos tóxicos que algunos animales inoculan cuando pican, pudiendo producirse un shock anafiláctico.

Avispa	Aguijón cilíndrico. Puede picar varias veces.
Abeja	Aguijón dentado. Al huir se queda clavado en la piel, desprendiéndose parte de su intestino, muriendo el animal.

Procedimiento de actuación

- Limpiar la zona de la picadura.
- Retirar el aguijón utilizando unas pinzas con cuidado. No exprimir la zona de la picadura para no diseminar el veneno.
- Si la picadura ha sido en la boca, a veces es necesario colocar un tubo de goma en la boca del accidentado para mantener abierta la vía respiratoria.
- Aplicar compresas de agua fría o bolsas de hielo o bien compresas húmedas de vinagre o agua con amoníaco. Si se dispone, puede ser útil dar una capa de pomada antihistamínica.
- Si es necesario (en caso de reacción alérgica) colocar a la víctima en posición de recuperación y mantener la vía respiratoria abierta.
- Si es necesario realizar RCP.
- Traslado urgente a un centro sanitario.

Mordeduras de animales

Pueden ser provocadas por animales domésticos, salvajes, o incluso humanas.

Se pueden producir lesiones locales, heridas, desgarros, con los riesgos potenciales de infección y de hemorragia. En algunos casos, sobre todo con animales salvajes o callejeros, hay un mayor riesgo de que se produzca contaminación y, por tanto, de infección de la rabia.

Procedimiento de actuación

- La actuación a seguir es la descrita en el apartado de las heridas.
- Ante sospecha de mordedura por animal rabioso (el animal es agresivo, babea, ataca sin ser acosado, etc.):

- Lavar la herida con agua jabonosa.
- Aplicar compresas mojadas en antiséptico, peróxido de oxígeno o agua con amoníaco.
- Trasladar a un centro sanitario para tratamiento médico.

5.3. INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS

Tóxico: Cualquier sustancia capaz de producir una alteración en el funcionamiento fisiológico de nuestro organismo.

Veneno: Cualquier sustancia, ya sea sólida, líquida o gaseosa, que en cantidades relativamente pequeñas, ya sea por ingestión, inhalación, absorción o inyección, es capaz de alterar el organismo, de producir enfermedad o provocar la muerte.

Los signos y síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, calambres, náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos, pérdida del conocimiento, cólicos, convulsiones, colapso o incluso la muerte y la presencia en las proximidades de restos de fármacos, plantas o animales venenosos.

Existe un teléfono de atención permanente para casos de urgencia toxicológica, en el cual, a partir del producto tóxico, nos informan del *antídoto específico o pauta médica a seguir*.

La mejor actuación de primeros auxilios, en caso de intoxicación grave, es administrar el antídoto o contraveneno específico y evacuar al accidentado.

No siempre esto es posible, por tanto, mientras se realiza la evacuación podemos aplicar las siguientes medidas:

Identificar el tóxico, neutralizarlo, eliminarlo y efectuar tratamiento sintomático de las complicaciones.

Procedimiento de actuación

- Mantener el mínimo tiempo posible el tóxico o el veneno en contacto con el organismo.
- En la superficie de la piel o en las mucosas se elimina mediante lavado.
- Si es una picadura o mordedura, por torniquete (ver apartado específico).
- Cuando es por ingestión, se debe inducir el vómito.

Métodos de inducción del vómito

- Estimulo faríngeo, después de haber administrado agua, colocando a la víctima hacia delante (titilación de la campanilla).
- Ingestión de agua caliente, café o tisana, con sal.
- Cualquier otra maniobra que se conozca y produzca el efecto deseado.

- Mantener las vías aéreas permeables y controlar el pulso y nivel de conciencia.
- Colocar a la víctima en posición de recuperación.
- Evacuación urgente a un centro hospitalario.
- En caso de ingestión de sustancias *cáusticas o corrosivas* y de productos *derivados del petróleo*, no se debe provocar nunca el vómito, pues hay gran riesgo de complicaciones.
- En todos los accidentes por sustancias no cáusticas, si la víctima está consciente o no presenta cuadro convulsivo, lo ideal es *provocar o inducir el vómito*.

Métodos de neutralización del tóxico

- Ingestión de carbón vegetal activado: indicado en salicilatos (aspirinas), barbitúricos, raticidas, etc., absorbe el tóxico, aunque no lo elimina, esto lo logramos con el vómito.

- Agua albuminosa: diluir varias claras de huevo en 1 litro de agua.

- La leche (no indicada en caso de venenos liposolubles).

- Ingestión de líquidos cáusticos o corrosivos:

Ácidos: como el sulfúrico, nítrico, clorhídrico, etc., administrar si está consciente un antídoto de carácter básico, por ejemplo, solución diluida de bicarbonato, leche con claras de huevo, leche magnesiada.

Bases: como sosa cáustica, potasa, lejía, gasolina, amoníaco, aguarrás, etc., administrar un ácido débil diluido, como por ejemplo, jugo puro de limón o de naranja, y vinagre diluido en agua.

Recuerda

Quemaduras: son lesiones producidas por la acción directa o indirecta del calor, sustancias químicas, electricidad o radiaciones.

Se clasifican en: quemaduras de 1° grado (eritema); 2° grado (flictena) y 3° grado (escara)

– Picaduras: están producidas por garrapatas, avispas, abejas, insectos y arañas. Producen síntomas sobre el punto de lesión y en ocasiones shock anafiláctico.

– Mordeduras: están producidas por animales domésticos y/o por el ser humano. Producen lesiones locales (heridas y desgarros) con riesgo de hemorragia e infección.

– Intoxicación y envenenamiento: producen alteraciones locales y de todo el organismo, por la acción del tóxico o del veneno.

Las pautas de actuación deben ir dirigidas a: identificar el tóxico, neutralizarlo, efectuar tratamiento sintomático.

Ejercicios

10. Elaboración de un esquema que refleje el porcentaje de superficie corporal quemada, según Wallace, y las pautas de actuación ante un «quemado».

11. Investiga, entre personas que conozcas, sobre los accidentes sufridos por picaduras o mordeduras. Anota en un cuadro los síntomas que tuvieron y las pautas de actuación que les aplicaron.

6 Vendajes y botiquín de urgencia

6.1. VENDAJES

Venda, es todo tipo de tira de gasa o de lienzo, de longitud variable, que se utiliza para sujetar apósitos o cubrir una zona del cuerpo.

Pueden ser elásticas y no elásticas, adhesivas y no adhesivas, generalmente vienen en rollo para facilitar su manipulación.

Vendaje, es el resultado que se obtiene al envolver o sujetar apósitos con una tira de gasa o de otro material, adaptándose a la forma del cuerpo.

Tipos de vendajes

Teniendo en cuenta la disposición adoptada y el material utilizado para realizar el vendaje, los podemos clasificar:

Tipos de vendajes. Con vendas	
<i>Circulares</i>	Perpendiculares al eje de la zona que se quiere vendar. Cada vuelta cubre a la anterior.
<i>Oblicuos</i>	Los circulares aplicados oblicuos al eje de la zona.
<i>Espirales</i>	Cada vuelta cubre únicamente media venda del giro anterior.
<i>Cruzados</i>	El vendaje regresa al lugar de inicio. También llamado recurrente.
<i>En ocho</i>	En zonas como tobillo o la mano, donde se producen cambios bruscos de grosor.
Tipos de vendajes. Con pañuelos	
<i>Triangulares</i>	Con pañuelos o charpas.
<i>Corbatas</i>	Con telas rectangulares o triangulares, dobladas una o varias veces sobre sí mismas.
Vendajes de materiales varios	
<i>Gasa tubular</i>	Elástica o no. Se encuentra en varios tamaños y formas para cualquier zona del cuerpo. Se corta a la medida.
<i>En T</i>	En zonas del periné. Dos bandas paralelas que se unen, transversalmente, a otra banda a modo de cinturón.

En zonas del periné. Dos bandas paralelas que se unen, transversalmente, a otra banda a modo de cinturón.

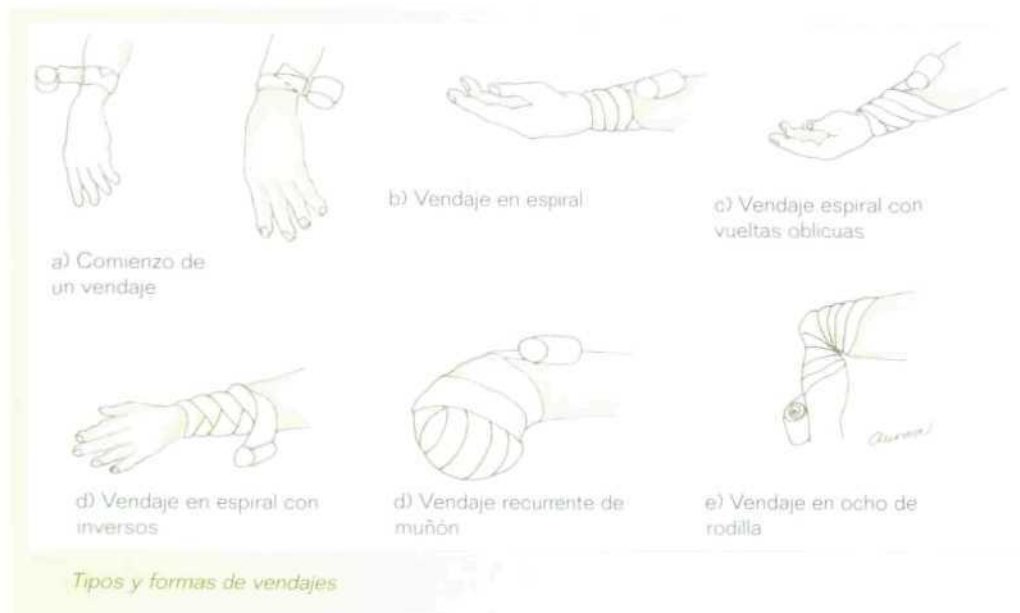
¿Cómo debe realizarse un vendaje?

Procedimiento

- No utilizar vendas húmedas, puesto que al secarse se encogen y comprimen excesivamente la zona lesionada.
- Elegir el tamaño de venda adecuado a la zona anatómica que se quiere vendar.

Dedos: 2,5 cm Mano: 4-5 cm	Cabeza: 5-6 cm Pie: 5-6 cm	Antebrazo: 5-6 cm Pierna: 8-10 cm	Muslo: 8-10 cm Brazo: 8-10 cm	Hombro: 10 cm Tronco: 15 cm
-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

- Ponerse de pie, delante de la víctima, en el lado que se quiere vendar. Los vendajes de la cabeza se aplican desde atrás.
- Colocar la zona a vendar en la posición anatómica.
- Colocar la parte externa de la venda sobre la zona a vendar (la «bola» hacia arriba).
- Vendar de izquierda a derecha para los diestros y viceversa para los zurdos.



- Empezar con una vuelta oblicua, superponiendo una esquina de la venda sobre la primera vuelta, para aumentar la tensión del vendaje.
- Cubrir con cada vuelta dos tercios de la vuelta anterior.
- Vendar de la parte anatómica de menor diámetro a la de mayor diámetro (según tipo de vendaje).
- En extremidades desde dentro hacia fuera.
- Rematar el vendaje con vueltas circulares, anudando al final, con tela engomada o similar, cuidando que no molesten a la víctima si descansa sobre el vendaje.
- Para retirarlo, proceder en modo inverso; o cortándolo por la zona opuesta a la lesión.

6.2. BOTIQUÍN DE URGENCIAS

Aunque es conveniente disponer de un mínimo de materiales para atender las posibles urgencias, hay que tener en cuenta que el botiquín no debe convertirse en el cajón «sin fondo» al que vayan a parar todos los restos de medicamentos y/o materiales de cura.

Se necesita tener un cierto grado de experiencia para manejar adecuadamente ciertos útiles sanitarios, así como tener formación médica o sanitaria para el uso de fármacos.

En todo botiquín de urgencias debe haber un manual de primeros auxilios, el teléfono del centro hospitalario más próximo, el del médico titular, de un servicio de transporte y evacuación de heridos, los bomberos, la policía local, así como el teléfono de información nacional en caso de intoxicación o envenenamiento (91.262.04.20).

Los componentes mínimos aconsejables que debería tener un botiquín de urgencias son los siguientes:

<p>Material de curas</p>	<p>Agua oxigenada. Pinzas largas, rectas y curvas. Solución antiséptica. Suero fisiológico. Tijeras de punta aguda y roma. Tira de goma o compresor. Varias jeringuillas desechables. Varios rollos de esparadrapo de papel y de tela, de varios tamaños. Vendajes adhesivos. Vendajes elásticos. Vendajes triangulares. Vendas de tamaños y longitudes varias. Alcohol de 70° y 90°. Algodón hidrófilo. Amoniaco o ácido acético. Antídoto universal. Apósitos autoadhesivos. Apósitos grasos de varios tamaños. Bicarbonato. Crema hidratante. Gasas estériles. Guantes desechables.</p>
<p>Medicamentos</p>	<p>Antihistamínico en pomada. Antitérmico/antiálgico no salicílico. Crema hidratante. Laxante de glicerina en supositorios.</p>
<p>Otros</p>	<p>Ambú. Bolsas de hielo químico. Linterna. Manta grande. Termómetros. Charpa o cabestrillo. Férulas.</p>

Las medicinas de uso cotidiano (enfermos crónicos) o casuales (procesos agudos) no deben ser guardadas en el botiquín, se debe disponer de un departamento dotado de llave, para alejarlas de la curiosidad de los niños y evitar riesgos innecesarios.

Recuerda

El vendaje: es el resultado que se obtiene de envolver una zona del cuerpo con una tira de gasa o una venda; se clasifican teniendo en cuenta el material utilizado y la disposición adoptada por el propio vendaje.

– Botiquín de urgencia: debe contener al menos los siguientes materiales:

- Material de curas, medicamentos y otros materiales de uso diverso.
- Debe contener un manual de primeros auxilios y teléfonos que pueden ser de interés en caso de asistencia a accidentados.

Ejercicios

12. Utilizando cualquier elemento alargado y circular, o bien con la colaboración de otra persona, realiza las distintas técnicas de vendaje.

13. Si tienes botiquín en tu casa, revisalo y compara su contenido con los que debe contener un botiquín de urgencias.



7 Prevención de accidentes en la infancia

Cualquier actuación sobre uno de los tres factores que componen la cadena de producción del accidente puede evitar que éste ocurra.

En el caso de los accidentes infantiles de la primera infancia, la corta edad del huésped, hace que debamos centrar nuestra actuación preventiva sobre el factor medio: escuela, hogar, calle, etc. para romper la cadena a éste nivel.

Por otra parte, la actuación ha de ser orientada hacia la protección.

Se trata, por tanto, de conseguir un medio lo más seguro posible, sin caer en un excesivo proteccionismo y sin recortar la necesaria libertad de movimiento, que se precisa en la infancia para ir descubriendo el mundo que le rodea, con sus riesgos y sus peligros.

En definitiva, nuestro objetivo final debe ser el de ayudar poco a poco al niño/a a que logre la autonomía suficiente para que sea capaz de afrontar o esquivar los peligros por sí sólo.

7.1. NORMAS DE PREVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ACCIDENTES

Diferenciaremos entre las normas a tener en cuenta en niños menores de 1 año y niños mayores de 1 año.

Menores de 1 año

A esta edad los accidentes más frecuentes se deben a: quemaduras, atragantamientos y asfixias.

- Cuidar la temperatura del agua del baño para que no esté demasiado caliente.
- Cuidar la temperatura del biberón.
- No dejar a su alcance ningún objeto pequeño que pueda tragar: botones, cerillas, etc.
- No ponerle en el cuello cadenas, cintas, baberos, etc., que pueden ahogarle.
- Debe dormir sin almohada hasta que cumpla 2 años.

- No dejar que juegue con bolsas de plástico, **podría asfixiarse**.
- No dejarle nunca sólo en la **bañera**.
- No dejarle nunca sólo sobre un objeto en **alto** (cama, cambiador, etc.), para evitar las caídas.
- Proteger las esquinas, salientes y cristal **de muebles bajos**, con los que pueda golpearse.
- En general, cuando el niño está aprendiendo a caminar, **habrá que enseñarle poco a poco para que él mismo llegue a superar los riesgos**, ayudándole a mejorar sus reflejos y su **sentido del equilibrio**.

Mayores de 1 año

Las principales causas de accidente son: **las caídas**, las **intoxicaciones** y otros traumatismos.

Caídas y traumatismos

Para evitar que se produzcan accidentes **de este tipo hay que tener en cuenta una serie de normas válidas para el hogar y la escuela infantil en relación con:**

- Escaleras: deben tener escalones bajos (**de menos de 5 cm**) y profundos (más de 25 cm.), una buena **iluminación**, **barandilla fuerte** y pasamanos.
- Ventanas: deben ser inaccesibles para **el niño**. Altas (1,50 m al alféizar como mínimo). El alféizar será **estrecho para que el niño no pueda situarse de pie, encima del mismo**.
- Terrazas, azoteas y balcones: deben tener **barandillas altas** y barrotes con separación de 10 cm como máximo.
- Muebles: evitar salientes, aristas y pies **o bases largos**.
- Alfombras: deben estar ajustadas a sus **bordes** o sujetas **sin que puedan resbalar**.
- Suelos: no se deben usar **abrillantadores**.
- Bañera: debe tener el suelo antideslizante y comprobar **que la altura sea suficiente para que no pueda caerse**. **No dejarle nunca solo**.
- No dejar a su alcance objetos cortantes **o punzantes** (tijeras, cuchillos, agujas, etc.), aunque se debe enseñar **poco a poco a los niños más mayorcitos el uso de este tipo de objetos**, utilizando **aquellos poco cortantes, pensados con este fin**.

- Desechar los juguetes rotos
- Tener mucho cuidado cuando haya que utilizar objetos de vidrio (vasos, botellas, frascos, etc.)
- Cuidado con las cremalleras. Al vestir y desnudar al niño, pueden producirse desgarros muy dolorosos. Es mejor utilizar en niños muy pequeños juntas adhesivas o botones, en lugar de cremalleras.

Intoxicaciones

- Guardar siempre los medicamentos bajo llave, en su envase original y fuera del alcance de los niños
- No decirle al niño que el medicamento es un caramelo con el fin de que se lo tome. Ese engaño puede acarrear serias consecuencias.
- Seguir la misma conducta con los productos de limpieza: dejarlos bajo llave, fuera del alcance del niño y en su envase original. En ningún caso utilizar envases que le resulten atractivos.
- Tener mucho cuidado con el uso de insecticidas y plaguicidas ya que pueden producir intoxicaciones por inhalación, y también por contacto con la piel. Son extremadamente venenosos.
- Guardar también fuera de su alcance, y si es posible bajo llave, los productos como pegamentos, líquidos de revelado fotográfico, cosméticos, colonias, etc.
- Cuidado con los muebles y juguetes antiguos, con pinturas o barnices con sales de plomo (en la actualidad las pinturas y barnices sintéticos no ofrecen riesgo de intoxicación, pero los antiguos sí pueden producirla).

Quemaduras

Normas a tener en cuenta sobre todo en las cocinas, por ser el lugar donde con mayor frecuencia se producen este tipo de accidentes:

- Evitar que los niños entren a la cocina y se acerquen al fuego.
- Los utensilios deben disponer de un sistema de fijación para evitar su caída.
- El mango de los utensilios debe estar colocado siempre hacia dentro del fogón.
- Colocar el horno en alto, y si es bajo poner un protector.
- Instalar un termostato para que la temperatura del agua no sea superior a 54° centígrados.

- Instalar grifos con única salida (agua caliente y fría mezclada).
- Abrir siempre primero el grifo del agua fría.
- No dejar nunca encendida una plancha eléctrica.
- Cerciorarse de que el niño está lejos si se tienen que trasladar recipientes con agua, líquidos o alimentos calientes de un lugar a otro.
- Proteger la piel de la exposición al sol directo durante los primeros días de sol, en el campo, playa o piscina.

Electrocuciones

- Instalar protectores en todas las tomas de electricidad.
- No utilizar alargaderas, porque podría olvidarse el desenchufarlas.
- En el baño las llaves deben situarse fuera y si hay enchufes, que estén a 1,5 m respecto al nivel del suelo como mínimo.
- Conservar siempre secos los mandos de electricidad.
- Enseñar a los niños a no tocar nunca los interruptores con las manos o pies mojados.

Asfixias

Suelen estar producidas por atragantamiento, inmersión o ahogamiento y sofocación.

- No dejar que juegue con objetos pequeños.
- Impedir que maneje bolsas de plástico.
- Alejarlo de los braseros de carbón.
- Enseñarle a nadar lo antes posible.
- Antes del baño, respetar un tiempo de seguridad para la digestión de la comida.
- No darle mal ejemplo introduciéndonos objetos en la boca.

Accidentes de tráfico

Habrà que adoptar las siguientes normas preventivas, según sea el niño:

Peatón:

No deberá cruzar la calle solo hasta que tenga más de **6 ó 7 años** de edad.

Pasajero de un vehículo:

- No deberá viajar nunca en el asiento delantero del **automóvil**.
- Hasta los 5 años debe ir en sillas especiales con cinturón **de seguridad**.
- Comprobar que las puertas estén cerradas con **seguro**.
- No dejar que el niño asome la cabeza o los brazos **fuera**.
- No dejar nunca a un niño en un coche con las llaves **puestas**.
- Hasta los 8-9 meses deben ir en cunas especiales **pegadas al chasis**.

Conductor de bicicletas:

- Debe existir una buena política urbanística y una **correcta educación vial**.
- En la escuela infantil debe potenciarse la **educación vial del niño**, para evitar todo tipo de accidentes.

7.2. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA ESCUELA INFANTIL

Además de las normas de conducta a seguir ya mencionadas **para la prevención de caídas, quemaduras, intoxicaciones, electrocución, asfixias, etc.**, la escuela infantil debería cumplir una serie de **requisitos** específicos en lo referente a:

- Puertas de clase que se abran hacia afuera.
- Ventanas con cierres altos.
- Muebles con esquinas romas.
- Termostato para el agua caliente en aseos. No debe **superar los 54°C**.
- Sistemas de seguridad en el servicio que impidan **quedarse encerrados**.
- Existencia de una verja o valla de 1,5 m de altura como **mínimo**.
- Instalación de una zona de tierra destinada al juego.
- Suprimir las piedras en el patio.
- Los toboganes deben llegar a ras del suelo, ser de una **sola pieza en la parte descendente** y tener barandillas altas laterales.



Patio de recreo con niños jugando

- Los columpios deben tener barrotes para que no se puedan acercar otros niños cuando uno se columpie. Los asientos serán blandos.
- Distribución de los patios en zonas de juegos rápidos y lentos, para que aquí puedan jugar los más pequeños.
- Instalación de cristales de seguridad en las zonas donde pueda chocar un niño.
- Vigilancia estrecha de instalaciones y aparatos de gas y electricidad.
- Existencia de salidas de emergencia.

- Establecimiento de normas de seguridad en el transporte escolar.
- Existencia de un botiquín de urgencia bien dotado y con alguien encargado de su mantenimiento.

Los incendios

Este tipo de accidentes pueden producirse en el hogar por muchos motivos: cigarrillos encendidos o mal apagados, cortocircuitos, estufas o braseros, sartenes, etc. Los niños, además de ser víctimas pueden provocarlos, al jugar con cerillas y encender fuego.

En la escuela infantil deben existir extintores que permitan apagar un fuego, y que estén fuera del alcance de los niños.

Por otra parte en la escuela debe realizarse, al menos una vez al año, un simulacro de incendio para ensayar un plan de evacuación rápido y ordenado.

Recuerda

La prevención de los accidentes infantiles ha de ir orientada hacia la protección. Se trata de conseguir un medio lo más seguro posible.

El objetivo final debe ser el de ayudar al niño para que poco a poco logre la autonomía suficiente para llegar a ser capaz de afrontar o esquivar los peligros por sí solo.

No se puede dejar nunca solo al bebé sobre un objeto en alto (cama, cambiador, etc.), ni siquiera un momento porque puede caerse.

Para evitar posibles intoxicaciones hay que guardar siempre los medicamentos y productos tóxicos bajo llave, en su envase original y fuera del alcance de los niños.

Algunas normas de seguridad para las zonas de recreo de la escuela infantil son:

Existencia de una verja o valla de 1,5 m de altura como mínimo, instalación de una zona de tierra destinada al juego y supresión de las piedras en el patio.

Los toboganes deben llegar a ras del suelo, ser de una sola pieza en la parte descendente y tener barandillas altas laterales; los columpios deben tener barrotes para que no se puedan acercar otros niños cuando uno se columpie. Los asientos serán blandos.

Ejercicios

14. Elaborar un esquema donde queden recogidas las normas de prevención a tener en cuenta en los distintos tipos de accidentes.

15. Observa detalladamente la cocina de tu casa y especifica con qué medidas de seguridad cuenta y qué factores pueden considerarse de riesgo.

16. Haz una relación de las recomendaciones que debe seguir una familia en su casa para evitar intoxicaciones en los niños pequeños.



8

El educador infantil en la prevención de accidentes

El educador infantil juega un papel fundamental en la prevención de los accidentes infantiles, sobre todo en relación con:

- La protección del entorno que rodea al niño
- Su labor educativa y su relación con los padres, para conseguir los objetivos relacionados con la prevención de accidentes

8.1. PREVENCIÓN TÉCNICA. PROTECCIÓN DEL MEDIO

Implica un conocimiento de los riesgos potenciales y la puesta en marcha de las medidas preventivas oportunas. Los edificios, las instalaciones y los materiales de enseñanza deben cumplir todas las normas de seguridad que establece la ley.

La protección del niño, cuando éste es muy pequeño y por tanto no responsable, debe ser total. Según vaya creciendo y aumentando su grado de autonomía, el educador deberá tratar de conseguir ese equilibrio inestable entre protección y concesión de la libertad que el niño requiere para crecer.

En esta tarea deben colaborar estrechamente el educador, los padres y los profesionales sanitarios implicados en ella.

¿Cómo debe llevarse a cabo este proceso de forma coordinada?

El educador infantil debe ante todo situarse en la realidad social del medio familiar. Conocer el nivel socio-cultural, los recursos económicos, y dónde se desenvuelve el niño, pues todo esto le permitirá llevar a cabo una adecuada estrategia para la consecución del objetivo deseado, es decir, la prevención de los accidentes infantiles

Así pues, el educador deberá, en unos casos, establecer el cauce oportuno para mantener la comunicación necesaria con los padres en relación con la situación, dificultades y avances del niño en sus dos medios más importantes: el hogar y la escuela. De este modo podrá asegurarse que el trabajo de los padres se lleva a cabo en la misma línea que el realizado en la escuela, reforzándose mutuamente, sin interferencias. En otros casos, de mayor desinformación de los padres respecto a este

problema, deberá adoptar una actitud **más** activa, desempeñando una labor educativa diferente. Este proceso **requiere** la participación de los padres a fin de *motivarles*, de *ayudarles a identificar* cada uno de los puntos y situaciones de peligro para **el niño** en el hogar, y para que *reflexionen* sobre la forma de *modificarlos*.

Este trabajo puede llevarse a cabo en **el marco** de las reuniones ya establecidas con los padres y, en su **caso**, **requiriendo** la colaboración de asistentes sociales, profesionales **sanitarios**, etc.

Conviene recordar que los padres, **ante todo**, deben buscar también el equilibrio entre la sobreprotección del **niño y** la negligencia ante el riesgo.

Insistimos en la necesidad de una **colaboración** estrecha entre todos los adultos implicados en esta tarea. De **aquí** se deduce la importancia de una buena coordinación interna, con **el resto** de los educadores de la escuela y con los padres, y de una **coordinación** externa, con los centros sanitarios más cercanos, que **garantice** el funcionamiento de las tareas educativas y asistenciales (**obtención** de información, material didáctico, exámenes de salud, **consejo y** atención en situaciones de urgencia).

8.2. LABOR EDUCATIVA

Esta última tarea del educador deberá **ir** cobrando mayor peso a medida que avance la edad del niño, **igual que** ocurre en otras áreas.

El educador infantil, haciendo uso **de sus** conocimientos didácticos, deberá integrar en las diferentes áreas de aprendizaje del niño (áreas de identidad y autonomía personal, del **medio** físico y social, etc.), una serie de objetivos para trabajar con ellos **la** prevención de los accidentes infantiles.

Estos objetivos podrán agruparse **según** los centros de interés del niño para poder así incorporarlos al **trabajo cotidiano**:

- Prevención de accidentes en la **casa**.
- Prevención de accidentes en el **barrio**.
- Prevención del accidentes en la **escuela** infantil.

Por otra parte, el educador deberá **definir** estos objetivos teniendo en cuenta que el grado de **consecución** **será** diferente según la edad del niño, siendo posibles algunos de **ellos solamente** en el final del segundo ciclo (5-6 años). Dichos **objetivos** podrían ser los siguiente para cada área:

Prevención de accidentes en la casa

El niño deberá:

- Saber los peligros que conlleva el acercarse al fuego y de las sustancias u objetos calientes.
- Reconocer los beneficios y peligros de los aparatos eléctricos.
- Diferenciar los alimentos y bebidas que pueden tomar.
- Saber que los medicamentos deben tomarse siempre bajo supervisión médica.
- Reconocer objetos y situaciones que puedan resultar peligrosos.

Prevención de accidentes en el barrio

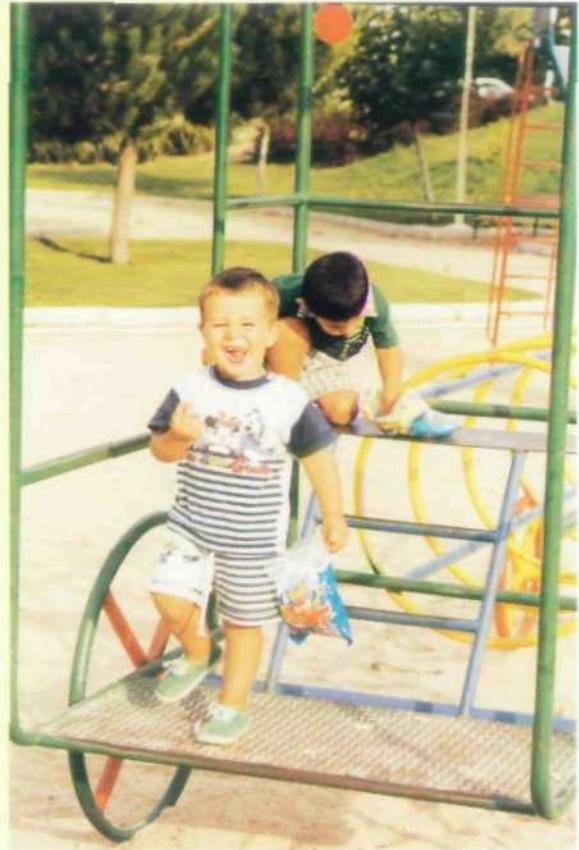
El niño en relación con la seguridad vial, parques, seguridad personal en la calle, deberá:

- Identificar las señales de tráfico más elementales.
- Cumplir las normas de circulación del peatón: andar por las aceras, conocer los colores del semáforo, cruzar la calle por lugares con semáforo, paso de cebra o guardia y, por fin, cruzar las calles sin señalización correctamente.
- Cumplir las normas de seguridad al viajar en el autobús (no levantarse mientras circula, no sacar la cabeza por la ventanilla, bajar agarrado a la barandilla, no distraer al conductor... etc.).
- Identificar los riesgos del uso indebido de las instalaciones de recreo en parques públicos.
- Saber el peligro que conlleva aceptar invitaciones de desconocidos.
- Conocer los riesgos que llevan asociados el trato con animales desconocidos.
- Saber a quién dirigirse en caso de pérdida.

Prevención de accidentes en la escuela

El niño deberá identificar y saber:

- Los peligros de escaleras, puertas, cerrojos... etc.
- El peligro de las peleas, riñas... etc.



Niños jugando en un parque infantil

- El peligro de meterse objetos en la boca.
- Reconocer y cuidar el entorno.
- La necesidad de seguir las instrucciones del educador en caso de emergencia.
- Explicar al educador lo que le pasa cuando se encuentra enfermo.
- Dónde está el botiquín de urgencias

Recuerda

El educador infantil ha de proteger el medio, lo que implica un conocimiento de los riesgos potenciales y la puesta en marcha de las medidas preventivas oportunas.

Es absolutamente necesaria una colaboración estrecha entre todos los adultos implicados en la tarea de prevenir los accidentes infantiles. De aquí se deduce la importancia de una buena coordinación interna, con el resto de los educadores de la escuela y con los padres, y de una coordinación externa, con los centros sanitarios más cercanos.

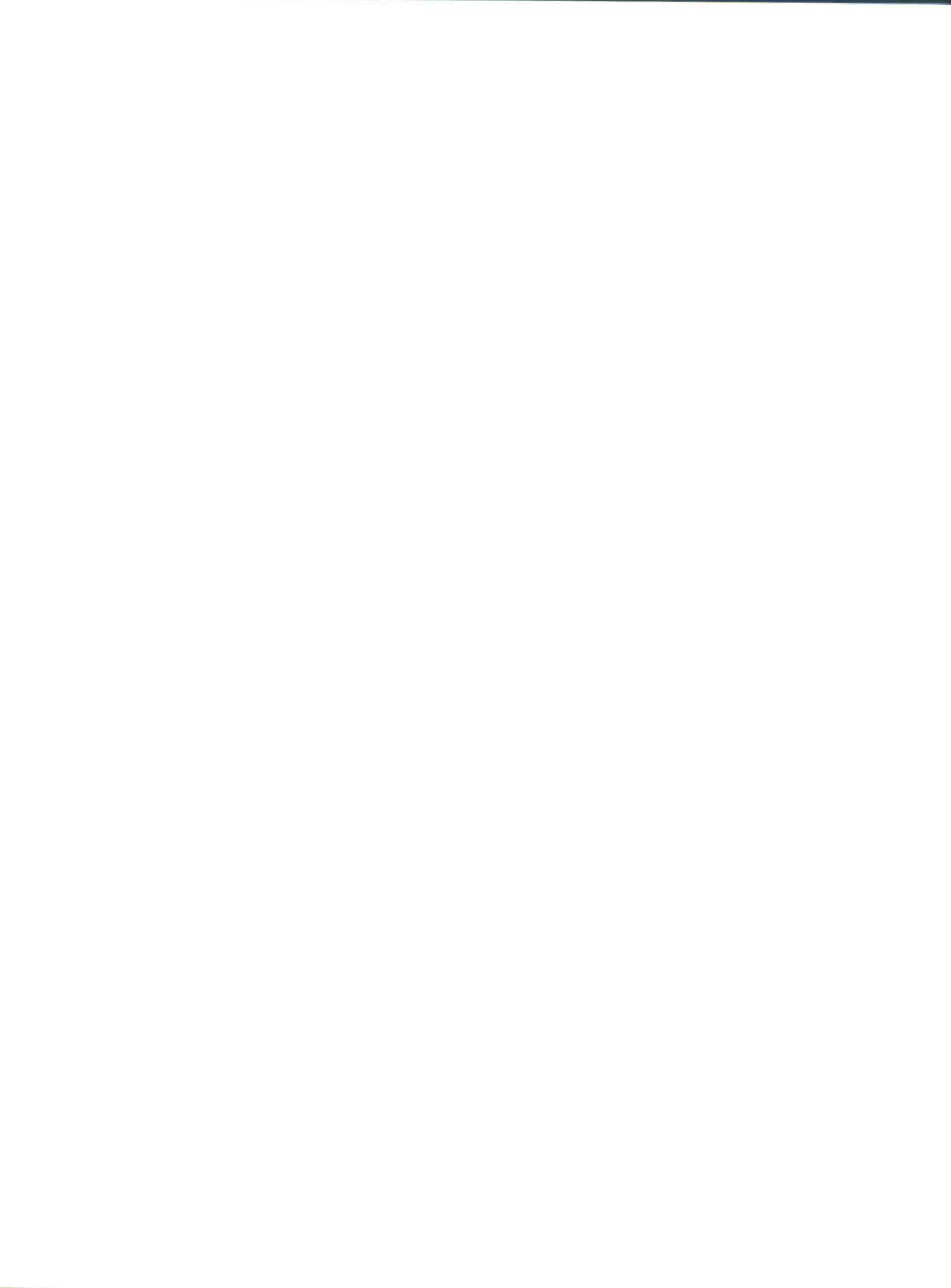
El educador infantil deberá integrar en las diferentes áreas de aprendizaje del niño una serie de objetivos para trabajar con ellos la prevención de los accidentes infantiles. Estos objetivos podrán agruparse según los centros de interés del niño para poder así incorporarlos al trabajo cotidiano.

Ejercicios

17. Describir la relación de recomendaciones que debe seguir una familia en su casa para evitar cualquier tipo de accidentes.
18. Explica cómo crees que debe coordinarse el educador infantil con los padres para evitar que se produzcan accidentes en la escuela y en el hogar.

Prueba de Autoevaluación

- 1 ¿Por qué son más frecuentes los accidentes en los niños pequeños?
- 2 En primeros auxilios ¿qué conlleva el garantizar la seguridad del accidentado y del personal que presta el auxilio?
- 3 Según los datos estadísticos, los accidentes en la escuela se producen con menor frecuencia que en la casa o en la calle. ¿Qué razones hay para que entre estos tres datos el más bajo corresponda a la escuela infantil?
- 4 Explica en qué consiste la posición de recuperación, después de atender a un accidentado.
- 5 Cita los aspectos más significativos de la reanimación cardiopulmonar (RCP)
- 6 ¿Cómo debe actuarse ante un accidentado que presenta una hemoptisis?
- 7 ¿Cuál es el procedimiento de actuación en el caso de una luxación?
- 8 ¿Qué debe hacerse ante una quemadura producida por sustancias químicas?
- 9 ¿Cómo se lleva a cabo la inducción del vómito?
- 10 Enumerar 5 ó 6 normas de prevención de accidentes en niños menores de 1 año de edad.
- 11 ¿Con qué requisitos debe contar la escuela infantil para prevenir los accidentes infantiles?
- 12 ¿Qué debe saber el niño para poder evitar en lo posible los accidentes en el entorno donde vive? Hacer referencia sobre todo a su barrio.





FONDO
SOCIAL
EUROPEO

