

# LA SALUD DE TU HIJO PASO A PASO

MÁS DE CIENTO PREGUNTAS  
MÁS DE CIENTO PROFESIONALES TE RESPONDEN



GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

# LA SALUD DE TU HIJO PASO A PASO

MÁS DE CIENTO PREGUNTAS  
MÁS DE CIENTO PROFESIONALES TE RESPONDEN

**Coordinación de los textos:**

Antonio Redondo Romero  
Luis Santos Serrano

**Fotografía:**

Kim Castells Benosa  
Olga-Esther Adín Ximénez (estilismo y decoración)

**Diseño gráfico:**

Escuela de Artes y Superior de Diseño de Valencia.  
Departamento de Diseño Gráfico

**Coordinación:**

Mercedes Moreno Sánchez  
Javier Mestre Beltrán

**Diseño:**

Angela Olmeda Montoya  
David Martínez Peñarrubia

**Coordinación de la edición:**

Servicio de Salud Infantil y de la Mujer  
(Dirección General de Salud Pública)  
Consuelo Calvo Mas  
M<sup>a</sup> Luisa Carpio Gesta  
Ana Fullana Montoro  
Pilar Momparler Carrasco  
M<sup>a</sup> Piedad Moreno Alonso  
M<sup>a</sup> Jesús Redondo Gallego

**Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat**

©de la edición: Generalitat Valenciana, 2005

©de los textos: los autores

©de las fotografías: Kim Castells Benosa

I<sup>a</sup> edición: octubre 2005

ISBN: 84-482-3664-5

Depósito legal: V-607-2004

Imprime: Kolor Litógrafos, S.L.



# LA SALUD DE TU HIJO PASO A PASO

MÁS DE CIENTO PREGUNTAS  
MÁS DE CIENTO PROFESIONALES TE RESPONDEN



## AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Marina Alta de Dénia

A la Concejalía de Deportes del Ayuntamiento de Dénia

A la Escuela Infantil Giorgeta de Valencia

A la Ciudad de las Artes y de las Ciencias de Valencia

A todas las personas que han colaborado de forma  
desinteresada en la realización de este libro



# presentación

## PRESENTACIÓN

El origen de este libro lo constituyen diversos artículos periodísticos escritos por pediatras y otros profesionales sanitarios, con la intención de responder a las preguntas que suelen plantearles los padres en la consulta y así ayudarles en la crianza de sus hijos.

En esta obra se ha pretendido aglutinar los aspectos más relevantes para el cuidado de la salud infantil y que interesan y preocupan a los padres, abordando cada tema con el espíritu de brevedad y sencillez del artículo de divulgación periodística.

Hemos de agradecer a todos y cada uno de los más de 100 autores de los artículos, profesionales de reconocido prestigio, el esfuerzo que han realizado para acercar la información más importante de cada tema en pocas y claras palabras a los lectores de esta obra, los padres. Sin lugar a dudas, ha sido esencial el papel de los coordinadores de los textos, Antonio Redondo y Luis Santos, para que el libro en su conjunto tenga la coherencia interna y la armonía que exigen el rigor científico y la cercanía al lenguaje no científico que requiere una obra de este tipo. A ellos va dirigido mi agradecimiento.

Hacer atractivo este libro no ha sido simplemente una cuestión de estética. La imagen tiene la función esencial de atraer hacia la lectura y llamar la atención sobre los aspectos más relevantes. Hemos confiado las fotografías a Kim Castells que, a través del objetivo de su cámara, nos ha dado una visión viva y entrañable de la infancia y nos demuestra, una vez más, que la fotografía es mucho más que técnica, es Arte.

El diseño gráfico, con la difícil misión de combinar textos, fotografías, espacios, colores..., para que cada padre o madre que lo tenga entre las manos disfrute de él, ha sido brillantemente resuelto por la Escola d'Arts i Superior de

Disseny de València, con la que esta Conselleria de Sanitat tiene la satisfacción de mantener una estrecha colaboración desde 1997.

No nos cabe duda de que estas páginas servirán de ayuda a muchos padres y que tendrán, por tanto, una influencia positiva en la mejora de la salud de la población infantil y adolescente de nuestra Comunidad.

VICENTE RAMBLA MOMPLET  
Conseller de Sanitat



# prólogo

---

## PRÓLOGO

Cuidar la salud de los hijos e hijas, desde que nacen hasta que tienen suficiente madurez para hacerlo por sí mismos, constituye un reto para los padres. Produce momentos de profunda satisfacción, pero también momentos de inquietud y de duda en los que se preguntan: “¿Qué es lo que debo hacer?”.

La respuesta a esta pregunta no es simple. El cuidado de la salud en la infancia es complejo, y abarca muchos y diferentes aspectos, tan diversos como la alimentación, la higiene, los juegos y juguetes o la conducta a seguir ante la fiebre. Es más, el rápido proceso de cambio, crecimiento y desarrollo durante estos primeros años de la vida, hace que debamos adecuar el tipo de cuidado a cada una de las etapas por las que atraviesa cada niño y niña desde que nace hasta que finaliza su adolescencia.

Los padres cuentan para esta función de crianza con el apoyo imprescindible de pediatras y de enfermería pediátrica, que les asesoran y dan los consejos de salud más adecuados a la situación de cada niño o niña, los vacunan y atienden cuando tienen un problema de salud.

Los profesionales sanitarios escuchan día a día las preguntas de los padres. Estas páginas son fruto de esta larga experiencia, y del deseo de un grupo amplio de estos profesionales de acercar a las familias un mejor conocimiento de estos temas.

Los temas que ofrece esta guía son muy diversos, como diversas son las preguntas y preocupaciones de los padres sobre el cuidado de la salud de sus hijas e hijos a lo largo de toda la infancia y adolescencia.

Esperamos que la ilusión, el esfuerzo y la experiencia que han vertido los autores en cada tema convierta estas páginas en un apoyo efectivo a los padres en el cuidado de la salud de sus hijas e hijos.

MANUEL ESCOLANO PUIG  
Director General de Salud Pública

## ÍNDICE DE AUTORES

- ALIÓ Y SANZ, JORGE. Catedrático de Oftalmología. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- ANIZ Y MONTES, ELFIDIA. Dermatóloga. Hospital Internacional Medimar. Alicante.
- ARENAS HERNÁNDEZ, NICOLÁS. Pediatra. Consultorio General Espartero. Alicante.
- ASÍN LLORCA, MANUEL. Dermatólogo. Centro Dermatológico Estético. Alicante.
- AUSINA GÓMEZ, AMPARO. Pediatra. Centro de Salud La Florida. Alicante.
- BENLLOCH MUNCHARAZ, MARIA JOSÉ. Pediatra. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.
- BENAC PREFACI, MERCEDES. Pediatra. Hospital de Sagunto. Valencia.
- BESLER SOTO, BEATRIZ. Pediatra. Neurología Infantil. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.
- BOLUFER VIGRANA, NATIVIDAD. Médico psicoterapeuta. Alicante.
- BORRAJO GUADARRAMA, EMILIO. Catedrático de Pediatría. Universidad de Murcia.
- BOSCA BERGA, JAIME. Pediatra. Centro de Salud Salvador Allende. Valencia.
- CALABUIG SÁNCHEZ, MIGUEL. Pediatra gastroenterólogo. Hospital General Universitario de Valencia.
- CALERO SARRIÓ, ANA. Alicante. Higienista dental. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante.
- CALVO RIGUAL, FERNANDO. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyis. Játiva. Valencia.
- CAMPOS GIMÉNEZ, GUILLERMINA. Técnico Plan Drogodependencias. Ayuntamiento de Alicante.
- CANALS BAEZA, ALEJANDRO. Pediatra. Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento. Alicante.
- CARBONELL NADAL, JOAQUÍN. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy.
- CARRATALÁ MARCO, FRANCISCO. Neuropediatra. Hospital de San Juan. Alicante.
- CASANI MARTÍNEZ, CARMEN. Pediatra. Centro de Salud. Burjasot. Valencia.
- CASAS RIVERO, JOSÉ. Pediatra. Especialista en Medicina del Adolescente. Hospital La Paz. Madrid.
- CASTELLANO BARCA, GERMÁN. Pediatra. Centro de Salud Torrelavega. Cantabria.
- CASTELLS CUIXART, PAULINO. Psiquiatra infantil y juvenil. Universidad Internacional de Cataluña. Universidad Abat Oliba-CEU. Barcelona.
- CHIPONT BENAVENT, ENRIQUE. Oftalmólogo. Clínica Oftalmológica. Alicante.
- CLAVERA ROGER, M<sup>a</sup> DEL MAR. Pediatra y Psiquiatra infantil. Alicante.
- COLOMER REVUELTA, JULIA. Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universitat de València.
- CORNELLÀ I CANALS, JOSEP. Pediatra. Medicina del adolescente. Girona.

CORTINA ORTS, HÉCTOR. Radiólogo. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

CUADRADO MARTINEZ, PASCUAL. Pediatra. Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Valencia.

DALMAU SERRA, JAIME. Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

DE LA CRUZ AMORÓS, EUGENIO. Pediatra. Consultorio Torrellano-L'Altet. Alicante.

DE TERESA PARREÑO, CARLOS. Médico de Familia. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante.

DÍEZ DOMINGO, JAVIER. Pediatra. Instituto de Vacunas de Valencia (VIVA). Centro de Salud Nazaret. Valencia.

EBRI MARTÍNEZ, JOSÉ RICARDO. Pediatra. Traumatólogo. Instituto Valenciano de Ortopedia Infantil. Valencia.

ESTIVIL SANCHO, EDUARD. Clínica del Sueño. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona.

FERNÁNDEZ FEIJOO, AMPARO. Pediatra. Barcelona.

FERRIOL CAMACHO, MANUEL. Pediatra. Alergología. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

FLORES SERRANO, JOSÉ. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General de Alicante.

GARCÍA RUBIO, M<sup>a</sup> LUISA. Directora de la Escuela Infantil Nido. Alicante.

GARCÍA-SALA VIGUER, FERNANDO. Pediatra. Centro de Salud de Ruzafa. Valencia.

GARDE GARDE, JESÚS. Alergólogo Pediatra. Hospital General de Elche. Alicante.

GARNELO GARCÍA, ERNESTO. Pediatra. Valencia.

GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, PABLO. Pediatra. Centro de Salud Carrús-Oeste "El Toscar". Elche.

GOBERNA BURGUERA, FERNANDO. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante.

GONZÁLEZ TRAPOTE, LUIS. Pediatra. Hospital San Rafael. Barcelona.

GONZÁLEZ DE DIOS, JAVIER. Pediatra. Hospital San Juan. Alicante.

GRACIA ANTEQUERA, MIGUEL. Alergólogo pediatra. Hospital Dr. Peset. Valencia.

GRAS ALBERT, JUAN RAMÓN. Jefe Servicio ORL. Hospital General de Alicante.

GRIECO BURUCUA, MARIO. Pediatra. Denia. Alicante.

GUTIÉRREZ ROBLES, ELVIRA. Pediatra. Centro de Salud de Mutxamel. Alicante.

HIDALGO VICARIO, INÉS. Pediatra. Centro de Salud de Barrio del Pilar. Madrid.

JAVALOYES SANCHÍS, AUXILIADORA. Psiquiatra infantil. Unidad Salud Mental Infantil. Alicante.

JIMÉNEZ COBO, BARTOLOMÉ. Jefe de Servicio de Neonatología. Hospital General de Alicante.

JOVER CERDÁ, JENARO. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital de Elda. Alicante.

JUSTE RUIZ, MERCEDES. Pediatra. Gastroenterología infantil. Hospital San Juan. Alicante.

LANDA RIVERA, LEONARDO. Pediatra. Centro de Salud de Pedreguer. Alicante.

LÓPEZ SÁNCHEZ, FÉLIX. Catedrático de Psicología de la Sexualidad. Universidad de Salamanca.

LORENTE ALEDO, JUANA. Logopeda. SPEA-10. Novelda. Alicante.

LUCAS ABAD, MARIA LUISA. Pediatra. Centro de Salud de Jávea. Alicante.

LLEDÓ BERTOMEU, JOSÉ. Pediatra Centro de Salud de Jávea. Alicante.

LLOBAT ESTELLES, TERESA. Pediatra Centro de Salud Ondara. Alicante.

LLUSENT GUILLAMET, ALEX. Médico. Programa Salut i escola. Girona.

MANRIQUE MARTÍNEZ, IGNACIO. Pediatra. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

MARTÍN ARENÓS, JOSE MANUEL. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General. Castellón.

MARTORELL ARAGONÉS, ANTONIO. Pediatra alergólogo. Hospital General Universitario. Valencia.

MATEO MORALEDA, M<sup>a</sup>. JOSÉ. Pediatra. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante.

MATTOS BLANCO, LILIANA. Neuropediatra INVANEP. Valencia.

MAYORDOMO GEA, ISABEL. Psicóloga. Clínica de psiquiatría y psicología. Alicante.

MIRA NAVARRO, JESÚS. Cirugía Infantil. Hospital General de Alicante.

MORAL GIL, LUIS. Pediatra. Hospital de la Vega Baja. Orihuela. Alicante.

MORCILLO SOPENA, FRANCISCO. Jefe de Sección de Neonatología. Hospital La Fe. Valencia.

MOYA BENAVENT, MANUEL. Catedrático de Pediatría. Universidad Miguel Hernández de Elche. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital San Juan. Alicante.

MULAS DELGADO, FERNANDO. Jefe de Neuropediatría. Hospital Infantil La Fe. INVANEP . Valencia.

NOTARIO HERRERO, FELIX. Pediatra. Albacete.

ORELLANA ALONSO, ARACELI. Psicóloga. Unidad de Salud Mental. Denia. Alicante.

ORTÚN ELIZONDO, OLGA. Odontopediatra. Unidad de Odontología Preventiva. Alicante.

PALAZÓN AZORÍN, INMACULADA. Psicóloga Unidad Salud Mental Infantil. Alicante.

PAREDES CENCILLO, CARLOS. Jefe de Neonatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

PARICIO TALAYERO, JOSÉ MARÍA. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

PÉLACH PANIKER, RAIMON. Pediatra. Centro de Salud Barañain. Navarra.

PERELLÓ CASTELLANO, ROSA. Pediatra. Centro de Salud de Jávea. Alicante.

PÉREZ MARÍN, TRINIDAD. Pediatra. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante.

PIN ARBOLEDAS, GONZALO. Pediatra. Unidad Valenciana del Sueño. Clínica Quirón. Valencia.

PRANDI FARRÁS, FRANCISCO. Presidente de Honor de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Barcelona.

QUILES IZQUIERDO, JOAN. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. Dirección General de Salud Pública. Valencia.

RABASCO ALVAREZ, M<sup>a</sup> DOLORES. Jefa del Servicio de Pediatría. Hospital de Vinaroz. Castellón.

RAMÍREZ BOSCA, ANA. Dermatólogo. Centro Dermatológico Estético. Alicante.

REDONDO ROMERO, ANTONIO MANUEL. Pediatra. Centro de Salud Cabo Huertas . Alicante.

RICO LLORCA, EVA. Psicóloga. Clínica de psiquiatría y psicología. Elche. Alicante.

ROMÁN MACIÁ, PASCUAL. Dermatólogo. Alicante.

ROMERO ESCOBAR, HELENA. Psiquiatra infantil. Unidad Salud Mental Infantil. Alicante.

ROS RAHOLA, ROSA. Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat. Barcelona.

SALINAS ALEMANY, ELÍAS. Farmacéutico del Departamento de Salud I7. Alicante.

SANANTONIO VALDEARCOS, FELICIDAD. Pediatra. Centro de Salud de Pego. Alicante.

SÁNCHEZ PALOMARES, MARTA. Pediatra. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

SÁNCHEZ RÍOS, JUANA CRISTINA. Técnico Plan Drogodependencias. Ayuntamiento de Alicante.

SANTOS SERRANO, LUIS. Pediatra. Endocrinología infantil. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

SASOT LLEVADOT, JORDI. Psiquiatra Infanto-Juvenil. Clínica Teknon. Barcelona.

SERRANO TRONCOSO, EDUARD. Psicólogo clínico infanto-juvenil. Barcelona.

SEPULCRE GONZÁLEZ, BEATRIZ. Médico de Familia. Alicante.

SISAMÓN RODRÍGUEZ, NOEMÍ. Psicóloga. Alicante.

SOLER MARCOS, CONCEPCIÓN. Directora de la Escuela Infantil Peques. Sant Joan. Alicante.

TOMÁS VILA, MIGUEL. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Francisco de Borja. Gandía. Valencia.

VALDÉS RODRÍGUEZ, JOSÉ. Pediatra. Alicante.

VALDÉS BOLUFER, PAULA. Fisioterapia infantil. Alicante.

VARGAS TORCAL, FERNANDO. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital General de Elche. Alicante.

VITORIA MIÑANA, ISIDRO. Pediatra. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia.

# índice general

## LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS NIÑOS

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 001. ¿Qué importancia tiene la atención sanitaria en la vida de un niño? por <i>F. Prandi Farrás</i> ..... | 20 |
| 002. ¿Por qué hay que acudir a los exámenes de salud? por <i>A. Redondo Romero</i> .....                   | 22 |
| 003. ¿Qué puedo hacer cuando mi hijo está enfermo? por <i>L. Santos Serrano</i> .....                      | 24 |
| 004. ¿Cuándo tengo que llevar a mi hijo a urgencias? por <i>I. Manrique Martínez</i> .....                 | 26 |

## EL RECIÉN NACIDO

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 005. ¿Cómo son los primeros días de vida de mi bebé? por <i>C. Paredes Cencillo</i> .....           | 30 |
| 006. ¿Qué cuidados necesita un recién nacido? por <i>T. Pérez Marín</i> .....                       | 32 |
| 007. La lactancia materna ¿qué ventajas tiene? por <i>J.M. Paricio Talayero</i> .....               | 34 |
| 008. ¿Cómo crecerán los niños alimentados al pecho? por <i>L. Landa Rivera</i> .....                | 35 |
| 009. ¿Cómo alimentar a mi hijo con biberón? por <i>F. Goberna Burguera</i> .....                    | 36 |
| 010. Afecto y caricias ¿qué papel juegan en la salud de mi bebé? por <i>P. Valdés Bolufer</i> ..... | 38 |
| 011. Prematuros: una mejora constante por <i>F. Morcillo Sopena</i> .....                           | 40 |
| 012. Mi bebé ha sido prematuro y ya viene a casa ¿qué debo hacer? por <i>B. Jiménez Cobo</i> .....  | 41 |

## LA PRIMERA INFANCIA

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 013. ¿Cómo va a ir creciendo mi hijo en los primeros años de vida? por <i>J. González de Dios</i> ..... | 44 |
| 014. ¿Qué habilidades va a adquirir en su primera infancia? por <i>J. Jover Cerdá</i> .....             | 46 |
| 015. ¿Por qué llora mi bebé? por <i>E. Garnelo García</i> .....                                         | 48 |
| 016. Vacunas ¿por qué son un buen seguro para su salud? por <i>J. Díez Domingo</i> .....                | 50 |
| 017. ¿Qué zapatos le compro? por <i>L. González Trapote</i> .....                                       | 52 |

## ALIMENTACIÓN

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 018. ¿Qué alimentos debo darle en el primer año de vida? por <i>R. Pélach Paniker</i> .....      | 56 |
| 019. ¿Cómo debe ser su alimentación en el segundo año de vida? por <i>M. Moya Benavent</i> ..... | 58 |
| 020. En la edad escolar ¿debo insistir en el desayuno? por <i>J. Quiles Izquierdo</i> .....      | 60 |
| 021. ¿Qué papel tiene la alimentación en su salud? por <i>A. Ausina Gómez</i> .....              | 62 |
| 022. ¿Mi hijo no me come nada! ¿Qué debo hacer? por <i>J. Colomer Revuelta</i> .....             | 64 |
| 023. El agua ¿es necesaria para los bebés? por <i>I. Vitoria Miñana</i> .....                    | 66 |
| 024. ¿Qué beben nuestros hijos? por <i>M.J. Benlloch Muncharaz</i> .....                         | 67 |
| 025. ¿Qué importancia tiene el exceso de peso en la infancia? por <i>F. Vargas Torcal</i> .....  | 68 |

## LA FAMILIA

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 026. ¿Por qué es difícil la comunicación con nuestros hijos? o ¿Cómo mejorarla? por E. Serrano Troncoso ..... | 72 |
| 027. ¿Cómo ejercer de padres y no perecer en el intento? por P. Castells Cuixart .....                        | 74 |
| 028. ¿Cómo hablamos de sexualidad con nuestros hijos? por R. Ros Rahola .....                                 | 76 |
| 029. ¿Podemos prevenir la drogodependencia desde la familia? por G. Campos Giménez y J.C. Sánchez Ríos .....  | 78 |
| 030. ¿Es conveniente dar dinero a nuestros hijos? por J. Boscá Berga .....                                    | 80 |
| 031. ¿Es aconsejable tener mascotas en casa? por M.D. Rabasco Álvarez .....                                   | 82 |

## LA ESCUELA

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 032. ¿Cómo elegir la escuela infantil? por M.L. García Rubio .....                                  | 86 |
| 033. Es la primera vez que va al colegio ¿cómo debo actuar? por C. Soler Marcos .....               | 88 |
| 034. ¿Qué debemos hacer si nuestro hijo tiene dificultades escolares? por J. Valdés Rodríguez ..... | 90 |
| 035. Niños superdotados ¿cómo actuar? por M.M. Clavera Roger .....                                  | 92 |

## JUEGO, OCIO Y DEPORTE

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 036. ¿Cuáles son los mejores juegos y juguetes para mi hijo? por N. Arenas Hernández .....     | 96  |
| 037. ¿Hay una forma adecuada de usar la televisión? por F. Notario Herrero .....               | 98  |
| 038. Sobre el móvil y otras tecnologías ¿cómo utilizarlos bien? por A. Llusent Guillamet ..... | 100 |
| 039. El deporte ¿qué beneficios tiene? por P. Cuadrado Martínez .....                          | 102 |

## SOBRE HÁBITOS Y CONDUCTAS

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 040. ¿Podemos favorecer la autoestima de nuestro hijo? por N. Bolufer Vigrana .....  | 106 |
| 041. ¿Cómo establecer límites y a la vez educar con amor? por I. Mayordomo Gea ..... | 108 |
| 042. Hijos rebeldes... ¿con o sin causa? por E. Rico Llorca .....                    | 110 |
| 043. Llega un hermano ¿tendrá celos? por H. Romero Escobar .....                     | 112 |
| 044. Querer y no sobreproteger ¿cómo se hace? por M. Benac Prefaci .....             | 114 |
| 045. Tiene un tic, ¿qué hago? por B. Beseler Soto .....                              | 115 |
| 046. ¿A qué tienen miedo los niños? por A. Orellana Alonso .....                     | 116 |
| 047. ¿Por qué mi hijo no puede estar quieto? por A. Javaloyes Sanchís .....          | 118 |
| 048. Las primeras palabras ¿cómo puedo ayudarlo? por J. Lorente Aledo .....          | 120 |
| 049. ¿Qué es la dislexia? por J. Sasot Llevadot .....                                | 122 |
| 050. La lectura ¿cómo puedo fomentarla? por R. Perelló Castellano .....              | 124 |
| 051. ¿Hay que educarlo en el consumo? por N. Sisamón Rodríguez .....                 | 126 |
| 052. ¿Cómo influye el tabaco en su salud? por E. De La Cruz Amorós .....             | 128 |
| 053. ¿Cuándo le podremos quitar los pañales? por I. Palazón Azorín .....             | 130 |

## LOS DIENTES

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 054. ¿Cómo le podemos ayudar a cuidar sus dientes? por A. Calero Sarrió ..... | 134 |
| 055. ¿Necesitará aparato para los dientes? por O. Ortún Elizondo .....        | 136 |



## EL DESCANSO Y EL SUEÑO

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 056. Mi niño no duerme ¿qué puedo hacer? por <i>G. Pin Arboledas</i> .....                      | 140 |
| 057. La siesta, ¿una actividad imprescindible en los niños? por <i>E. Estivill Sancho</i> ..... | 142 |

## PROBLEMAS FRECUENTES DE SALUD

|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 058. Tiene fiebre ¿qué hago? por <i>J. Flores Serrano</i> .....                                                | 146 |
| 059. La convulsión febril ¿qué es y cómo debo actuar? por <i>T. Llobat Estelles</i> .....                      | 148 |
| 060. Catarros, anginas, otitis ¿cómo se tratan? por <i>M.J. Mateo Moraleda</i> .....                           | 150 |
| 061. ¿Qué debo hacer si mi hijo no crece? por <i>E. Borrajo Guadarrama</i> .....                               | 152 |
| 062. ¿Qué hacer si tiene diarrea? por <i>J. Carbonell Nadal</i> .....                                          | 154 |
| 063. ¿Por qué se produce el estreñimiento? por <i>A. Canals Baeza</i> .....                                    | 156 |
| 064. ¿Las regurgitaciones en el bebé necesitan tratamiento? por <i>M. Calabuig Sánchez</i> .....               | 158 |
| 065. Cuando el dolor abdominal se repite ¿qué debo hacer? por <i>M. Juste Ruiz</i> .....                       | 160 |
| 066. Los parásitos intestinales ¿qué son? por <i>J.M. Martín Arenós</i> .....                                  | 162 |
| 067. ¿Cómo cuidar el codo? por <i>J. Lledó Bertomeu</i> .....                                                  | 163 |
| 068. Los dolores de piernas ¿son por el crecimiento? por <i>B. Sepulcre González</i> .....                     | 164 |
| 069. ¿Cuáles son los problemas esqueléticos más frecuentes en la infancia? por <i>J.R. Ebri Martínez</i> ..... | 166 |
| 070. ¿Qué es la anemia? por <i>F. Calvo Rigual</i> .....                                                       | 168 |
| 071. ¿Pueden tener los niños el colesterol elevado? por <i>J. Dalmau Serra</i> .....                           | 170 |
| 072. Mi hijo moja la cama ¿qué puedo hacer? por <i>L. Moral Gil</i> .....                                      | 172 |
| 073. ¿Debo preocuparme si le duele la cabeza? por <i>F. Mulas Delgado y L. Mattos Blanco</i> .....             | 174 |
| 074. ¿Qué es el autismo? por <i>F. Carratalá Marco</i> .....                                                   | 176 |
| 075. ¿Cuáles son los problemas menores que requieren cirugía? por <i>J. Mira Navarro</i> .....                 | 178 |
| 076. ¿Qué debo saber de las enfermedades con manchas en la piel? por <i>M. Tomás Vila</i> .....                | 180 |
| 077. Piojos ¿qué debo hacer? por <i>F. Sanantonio Valdearcos</i> .....                                         | 182 |
| 078. ¿Es conveniente la automedicación? por <i>L. Salinas Alemany</i> .....                                    | 184 |
| 079. Exploraciones con rayos X ¿por qué tantas preocupaciones? por <i>H. Cortina Orts</i> .....                | 186 |

## ALERGIA

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 080. Las alergias en la infancia por <i>J. Garde Garde</i> .....                            | 190 |
| 081. Los alimentos ¿pueden producir alergia? por <i>A. Martorell Aragonés</i> .....         | 192 |
| 082. ¿Qué son los ácaros y por qué dan alergia? por <i>M. Gracia Antequera</i> .....        | 194 |
| 083. Mi hijo es asmático ¿puede hacer ejercicio físico? por <i>M. Ferriol Camacho</i> ..... | 196 |

## VISTA Y OIDO

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| 084. ¿Ve bien mi hijo? por <i>J. Alió y Sanz</i> .....           | 200 |
| 085. ¿Qué es el estrabismo? por <i>E. Chipont Benavent</i> ..... | 202 |
| 086. ¿Mi hijo oye? por <i>J.R. Gras Albert</i> .....             | 204 |

## LA PIEL

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 087. ¿Qué cuidados hay que dar a la piel del niño? por <i>A. Ramírez Boscá</i> .....  | 208 |
| 088. ¿Qué es la dermatitis atópica? por <i>E. Aniz y Montes</i> .....                 | 210 |
| 089. ¿Cómo puedo proteger del sol la piel de mi hijo? por <i>M. Asín Llorca</i> ..... | 212 |

## LOS RIESGOS

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 090. Accidentes en casa ¿cómo evitarlos? por <i>C. Casani Martínez</i> .....                    | 216 |
| 091. ¿Qué debo hacer si toma por accidente algún tóxico? por <i>F. García-Sala Viguer</i> ..... | 218 |
| 092. Picaduras de animales ¿cómo actuar? por <i>A. Fernández Feijoo</i> .....                   | 220 |
| 093. ¿Cómo prevenir los accidentes pirotécnicos? por <i>P. Giménez Fernández</i> .....          | 221 |
| 094. ¿Qué debo hacer si se da un golpe en la cabeza? por <i>M. Sánchez Palomares</i> .....      | 222 |
| 095. La calle ¿es segura? por <i>M. Grieco Burucua</i> .....                                    | 223 |
| 096. Viajar en coche, ¿qué precauciones hay que tomar? por <i>C. De Teresa Parreño</i> .....    | 224 |

## CUANDO LLEGA LA ADOLESCENCIA

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 097. La adolescencia ¿es una etapa tan difícil? por <i>J. Cornellà i Canals</i> .....                | 228 |
| 098. ¿Cómo cambiará su cuerpo con la pubertad? por <i>M.L. Lucas Abad</i> .....                      | 230 |
| 099. La nutrición ¿corre más riesgos durante la adolescencia? por <i>I. Hidalgo Vicario</i> .....    | 232 |
| 100. Anorexia y bulimia ¿son problemas importantes? por <i>J. Casas Rivero</i> .....                 | 234 |
| 101. El despertar de la sexualidad por <i>F. López Sánchez</i> .....                                 | 236 |
| 102. Acné en la adolescencia ¿qué se debe hacer? por <i>P. Román Maciá</i> .....                     | 238 |
| 103. Alcohol, tabaco, adolescentes por <i>G. Castellano Barca</i> .....                              | 240 |
| 104. ¿Qué aconsejar si quiere hacerse un tatuaje o un piercing? por <i>E. Gutiérrez Robles</i> ..... | 242 |



La atención sanitaria a los niños

ión  
n8s



## ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA VIDA DE UN NIÑO?

### *Queridos padres:*

Sean bienvenidos a los gozos y a los retos universales de la paternidad. Cuando llega un bebé, y desde el primer momento en que los padres lo tienen en sus brazos, nace en ellos una serie de nuevos sentimientos, que van desde la más profunda alegría hasta la confusión o incluso el temor, por la responsabilidad que supone. Y no sólo al nacer, sino a lo largo de toda su vida, por las diferentes cuestiones que van surgiendo sucesivamente en las diferentes edades, cuando es un bebé, cuando es un párvulo, cuando es un escolar y cuando es un adolescente.

Si nos circunscribimos al ámbito de la salud, estas preocupaciones pueden ser motivo de angustia y desazón, y pueden plantearles interrogantes a los que tendrán que buscar la respuesta más adecuada para el cuidado de la salud de sus hijos.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfer-

medades, y para los padres el mantenimiento de la salud de sus hijos es una responsabilidad personal e intransferible. Afortunadamente, para esta tarea los padres pueden recurrir a un valioso e insustituible aliado. Este excelente aliado es el pediatra.

El pediatra se ha especializado en curar las enfermedades de los niños y de los adolescentes. Cuando su hijo presente síntomas o molestias, que le hagan pensar que está enfermo, lo llevarán al pediatra, que podrá hacer el diagnóstico de la enfermedad y aplicar el correspondiente tratamiento.

Actualmente esta pediatría curativa, que atiende a los niños y niñas cuando están enfermos, se ha ampliado para abarcar la atención de su salud también cuando están sanos, incluyendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estas actividades constituyen la pediatría preventiva y completan la atención integral de la salud del niño.

El pediatra es el profesional formado para vigilar la salud de su hijo. Para ello sigue unas determinadas normas definidas en forma de “programas” o “guías” de “supervisión de la salud” o de “seguimiento del niño sano”. Estas normas han incorporado visitas programadas a determinadas edades, desde el nacimiento hasta la adolescencia, para poder detectar y así tratar lo antes posible determinadas anomalías y problemas de salud, administrar las vacunas que le protegerán de ciertas enfermedades infecciosas, vigilar su crecimiento, su desarrollo psicológico, su comportamiento, su visión y su audición.

Asimismo el pediatra, en colaboración con otros profesionales del centro sanitario, será siempre el mejor consejero para la salud. Orientará a los padres en la lactancia y en la alimentación complementaria y ulteriormente en las dietas recomendables en cada edad. También les ayudará en la prevención de accidentes en el hogar y fuera de él, y les ilustrará respecto a los hábitos del sueño, al llanto excesivo, al control de la defecación y de

la micción, al juego, a la higiene de los dientes, al deporte, a la educación sexual, al uso y abuso de la televisión, internet y videojuegos, etc.

En el actual sistema sanitario, pues, la pediatría curativa y la pediatría preventiva se entrelazan y proporcionan a los padres una ayuda científica imprescindible. La importancia de la atención sanitaria en la vida de un niño es, pues, extraordinaria.

Acepten finalmente mis mejores deseos de que gocen de la paternidad durante estos maravillosos años, y estén seguros de que el pediatra será el defensor idóneo de la salud de sus hijos desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia.

## ¿PORQUÉ HAY QUE ACUDIR A LOS EXÁMENES DE SALUD?

Los exámenes de salud sirven para asegurarse de que el niño tiene un desarrollo normal y para identificar problemas de salud evidentes o que puedan pasar desapercibidos, tanto sean de origen físico, psicológico o social.

Son muy útiles también para conocer si existe algún factor de riesgo, confirmar que se ha realizado la detección precoz de distintas anomalías (hipotiroidismo, fenilcetonuria, sordera...) y que está siguiendo de forma adecuada el calendario de vacunaciones.

Al no existir la “tensión” de las otras visitas que se realizan por un problema de salud, permiten una comunicación más fluida y distendida con el médico y facilitan la confianza mutua, que es un factor esencial en la relación pediatra-familia-paciente.

### ¿ Cuándo hay que acudir al pediatra ?

Después del alta en la maternidad, se recomienda acudir con el recién nacido al pediatra de tu centro de salud antes de los 5 días de vida para realizarle la prueba del talón (fenilcetonuria), y concertar la cita para el examen de salud de los 15 días .

A partir de entonces, el equipo de pediatría le irá indicando la frecuencia de las próximas visitas, según las necesidades individuales de cada caso. En condiciones de normalidad, durante el primer año de vida las revisiones son más frecuentes, espaciándose a partir de esa edad. No olvide seguir acudiendo a las revisiones durante la edad escolar y la adolescencia, sigue siendo muy importante para el cuidado de su salud.

### ¿ En qué consiste el examen de salud ?

Es un instrumento excelente para vigilar la salud del niño. Incluye la entrevista a los padres sobre diferentes aspectos de la salud de su hijo, la exploración clínica, la medición del crecimiento y el asesoramiento a los padres sobre los cuidados necesarios según la edad y características del niño.

El examen de salud comienza con una **entrevista** detallada.

En el primer examen de salud, durante la entrevista le preguntarán los datos importantes relacionados con la salud de su hijo y de su familia, incluyendo cómo fue su embarazo y parto y los conservarán en la historia clínica.

ca. En los siguientes exámenes la entrevista incluirá preguntas sobre su crecimiento, desarrollo psicomotor; si ha tenido enfermedades anteriores, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas. También se interesarán por sus hábitos de vida, de higiene y alimentarios, y por su estado vacunal. La información de las circunstancias familiares, o la problemática de padres y hermanos también son de gran trascendencia.

En la edad escolar se hará hincapié en el rendimiento escolar; la práctica deportiva y las actividades extraescolares que desarrolla. Cuando sea un adolescente se profundizará en la relación padres-adolescente, debiendo conocer también su entorno de amigos y las situaciones de riesgo a que se puede exponer.

Luego se realiza una **exploración** general.

En los recién nacidos se vigilará la evolución de peso, talla y perímetro cefálico y se descartarán problemas que no hayan sido detectados con anterioridad (soplos, malformaciones, cataratas...). Se debe confirmar que se le ha hecho la “prueba del talón” y la detección de problemas auditivos, a la vez que se controlará que lleve una alimentación y vacunación adecuadas.

En la etapa de lactante, además de la exploración y el control del crecimiento, se prestará atención al desarrollo psicomotor (cuando se mantiene sentado, dice las primeras palabras, da los primeros pasos...).

En los escolares se ampliará con la exploración de la audición y la visión, tan necesarios para un adecuado rendimiento escolar.

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia es fundamental seguir el crecimiento y la maduración sexual, que incluye datos sobre la primera regla en las chicas.

Al final de la consulta le **informarán** de si han encontrado algún problema y la forma de solucionarlo. También le ofrecerán una “guía anticipatoria de salud” para que conozcan cómo se espera que se desarrolle su hijo y puedan desarrollar estilos de vidas saludables (promoción de lactancia materna, alimentación, vacunaciones, higiene general y bucodental, prevención de accidentes, toxicomanías, instauración de normas, educación en valores...).

Por último, cuando su hijo sea un adolescente, lo estimularemos para que se vaya responsabilizando de su propia salud.



## ¿QUÉ PUEDO HACER CUANDO MI HIJO ESTÁ ENFERMO?

Todos deseamos que nuestro hijo crezca sin problemas, pero lo cierto es que a lo largo de su desarrollo va a estar expuesto a diversos riesgos para su salud que pueden producirle enfermedades. En estas situaciones cuentas con la ayuda de los profesionales sanitarios. Es conveniente que, desde el principio, conozcas cual es tu centro de salud, tu pediatra y la forma de contactar con ellos cuando lo necesites.

Aunque como padres, vuestros conocimientos sobre el cuidado de la salud os hacen capaces de tomar una decisión inicial (tratar la fiebre, hidratar, valorar el estado general, etc.), conviene que consultéis con el pediatra si tenéis alguna duda.

El mejor lugar para que el pediatra atienda a vuestro hijo es la consulta en el centro de salud, donde tiene a mano los medios materiales necesarios y la ayuda de otros profesionales si la precisa. Hay muy pocas razones que motiven la atención de un niño en su domicilio.

### **Cuando voy con mi hijo enfermo al centro de salud ¿qué tengo que llevar?**

Para que el médico conozca lo mejor posible la situación de vuestro hijo, es importante decirle los síntomas que

habéis observado en él (fiebre, etc.), si le habéis dado algún medicamento y las circunstancias que penséis que pueden haber influido en la aparición de la enfermedad (comidas, traumatismos, etc.). Llevarlo escrito ayuda a evitar olvidos. También conviene recordar si ha tenido con anterioridad padecimientos similares.

Hay que llevar la cartilla de salud infantil, y los documentos que aporten datos de interés sobre su salud (vacunaciones, alergias, enfermedades padecidas, informes de alta hospitalaria, resultados de pruebas de laboratorio, etc.).

### **¿Hay otros datos de interés?**

El pediatra también debe conocer algunos datos sobre la familia y el entorno en que vive. Edades y tipo de trabajo que realizan los padres, quién cuida al niño en su ausencia, si existen peligros potenciales en la casa (tóxicos, pinturas, pegamentos, insecticidas, escaleras, barandillas o pozos), el estado de salud de los convivientes en el domicilio y horario o régimen de vida que lleva el niño. Si son mayores o adolescentes les preguntaremos por tabaco, alcohol e incluso relaciones amorosas.

Como veis, la orientación del estado de salud abarca campos que se salen de lo aparentemente físico; muchas



veces la enfermedad se explica por el análisis del entorno o hábitos de vida equivocados.

### **La relación de confianza**

Una relación de confianza mutua de los padres y del niño con el pediatra, facilita la solución de los problemas.

No nos cansaremos nunca de insistir sobre lo nocivo de amenazar al niño con la visita al pediatra, pinchazos, etc. para conseguir que tome algo más de comida. La angustia y el miedo que se le crea en relación a unas visitas que van a ser imprescindibles, no se justifica en ningún caso.

Desde el momento en que vuestro hijo pueda comprender, es bueno explicarle en que consiste la visita al médico con naturalidad. No hay que mentirles, ellos aprenden enseguida cuando se les engaña y cuando no. Todos los niños saben que cuando se les dice “esto no hace daño”, es que hace. Bastará con hablarles con naturalidad sobre la necesidad de una vacuna o una exploración, evitando pronunciar las palabras mágicas de “pinchar” o “dolor”. El niño entenderá fácilmente la necesidad de la visita con la finalidad de curarse, cuando está enfermo.

## ¿CUÁNDO TENGO QUE LLEVAR A MI HIJO A URGENCIAS?

Actualmente es frecuente que ante cualquier enfermedad se acuda directamente a un servicio de urgencias. De hecho sólo entre el 11 y el 15% de los niños que acuden a urgencias lo hacen remitidos por un médico. Esto ha generado un hecho de todos conocido, la masificación de los servicios de urgencias.

### ¿Por qué se acude tanto a “urgencias”? ¿Podemos evitar su masificación?

Aunque pueda resultar extraño, no siempre se acude a “urgencias” por la sospecha de una enfermedad grave. En una encuesta a padres, éstos reconocen que sólo en el 28% de los casos acuden a urgencias por encontrar grave a su hijo.

Según datos del Instituto Valenciano de Pediatría, el 64% del total de urgencias son por enfermedades benignas, por lo que los pacientes son remitidos a su domicilio con medidas conservadoras (antitérmicos, suero fisiológico, líquido de rehidratación, etc.). Del 36% restante, sólo necesitará ingreso hospitalario entre el 5 y el 7%.

Esto indica que en una gran mayoría de ocasiones llevamos a nuestro hijo a urgencias sin que sea realmente necesario.

### ¿Realmente qué debemos hacer cuando nuestro hijo está enfermo?

Contactar con **su pediatra habitual**. Es quien conoce a su hijo y mejor podrá evaluar la gravedad del proceso.

Si no fuera posible contactar con él, y Vd. considera que la enfermedad es importante, acuda al **servicio de urgencias de atención primaria más cercano** a su domicilio, en donde será explorado y si fuera necesario remitido a un hospital (sólo el 4% de estos niños precisaron ser remitidos posteriormente a un centro hospitalario).

Si no es posible acudir a atención primaria, acuda a un **servicio de urgencias pediátricas hospitalario**. En general, se recomienda utilizar este servicio en las siguientes situaciones:

- Ante cualquier cuadro de fiebre en un lactante menor de 3 meses.
- Cuando se ha producido un traumatismo craneoencefálico.
- Cuando aparecen convulsiones o si se aprecia pérdida de conciencia.
- Cuando hay gran dificultad para respirar (respiración rápida, dificultad para hablar o llorar, se marcan las costillas al respirar, tos de perro).
- En caso de dolor abdominal fijo en la zona próxima a la ingle derecha o de abdomen muy duro o hinchado. También si hay dolor en el testículo sin un golpe previo.
- Cuando el niño tiene fiebre elevada acompañada de manchas de color rojo oscuro en la piel o de dolor de cabeza intenso o con vómitos.

- Cuando se producen vómitos repetidos y es incapaz de tolerar ningún tipo de líquido oral.

En caso de intoxicación contacte con el **Centro Nacional de Toxicología (Tel: 915620420)**, en servicio las 24 horas del día, y siga sus instrucciones.

En caso de enfermedad vital para su hijo o accidente grave, contacte inmediatamente con el **teléfono 112**, antes de tomar una decisión precipitada.

Confío en que estas recomendaciones generales puedan servirle de ayuda, para saber cuándo no es preciso acudir a urgencias y para hacerlo sin dilación en las crisis importantes.

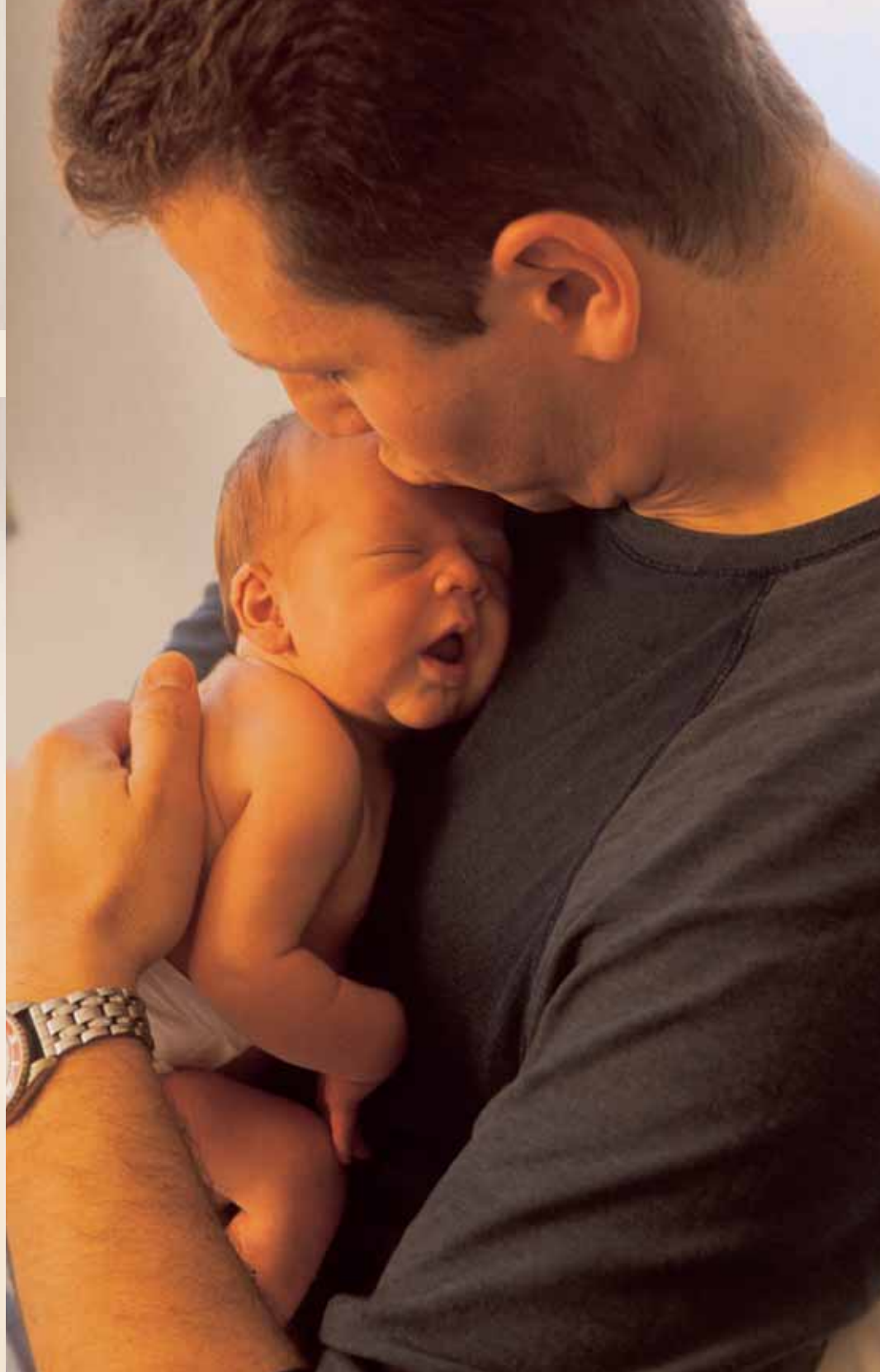
Si utilizamos los recursos de forma correcta, evitamos la masificación y la atención podrá ser la adecuada en los casos realmente necesarios.

Recuerde también que, aunque no sea sanitario, dispone de algo muy importante que debe de tener siempre en cuenta al acudir a urgencias: su sentido común y su instinto. ¡En qué pocas ocasiones cuando unos padres notan a su hijo realmente enfermo, este “diagnóstico” es erróneo!.



# El recién nacido

El recién nacido







## ¿CÓMO SON LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA DE MI BEBÉ?

El nacimiento es un momento clave de una vida que ya tiene nueve meses cuando ocurre el parto. La estancia en la maternidad de la madre y de su hijo, ha de servir para continuar la educación sanitaria recibida durante el embarazo.

Desde la sala de partos, el recién nacido estará atendido. Se iniciará su identificación, toma de medidas y aplicación de las primeras medidas preventivas (cuidado de los ojos para evitar conjuntivitis y vitamina K para evitar enfermedad hemorrágica). Su temperatura tendrá que adaptarse a la que le rodea.

En estos días, como madre, tendrás el apoyo de los profesionales sanitarios. Te ayudarán a dar el pecho, insistiendo en lo que ya sabías. Recuerda que el recién nacido debe ser puesto al pecho lo antes posible tras el parto.

Cuando no es posible la lactancia materna, se recurre a la artificial. Es muy importante la correcta preparación del biberón, con adecuada higiene y correcta proporción de polvo y agua. El pediatra te recomendará el tipo de leche y la cantidad que precise tu bebé.

El cordón umbilical ha de lavarse como parte del baño diario, hasta su caída que tiene lugar entre los 5-15 días de vida. Debe ser secado tras el baño y luego cubierto con una gasa estéril empapada con alcohol de 70°, lo que

se repetirá tras cada cambio de pañal. No utilices polvos, ni fajas.

La ropa debe ser amplia, que permita el movimiento fácil del bebé. Evita lazos, cordones y prendas de angorina. La ropa de la cuna debe ser ligera de peso y permitir el movimiento. El bebé no debe estar excesivamente arropado y debe acostarse boca arriba.

En las primeras 24 horas, orinará y luego, mojará el pañal unas 6 veces por día, como prueba del buen funcionamiento de sus riñones. También el intestino empieza a funcionar y durante las primeras 24-48 horas, las deposiciones suelen ser negras y espesas ("meconio"); los días siguientes se van haciendo verdes-amarillentas y por último son amarillas. El número de deposiciones al día es muy variable, desde una al día hasta una después de cada toma y, si toma el pecho, las cacas pueden ser casi líquidas. No te preocupes por ello. Recuerda también, que el estornudo y el hipo son normales y no necesitan tratamiento.

En estos primeros días de la vida, los pechos de los niños, pueden aumentar de tamaño, e incluso segregar unas gotas de leche. Nunca debes exprimirlos y en las niñas puede ser normal que aparezca una pérdida hemorrágica vaginal (pseudo-menstruación) o un flujo blanquecino que cede en pocos días sin hacer nada.



Las vacunaciones se inician en la maternidad, donde se le pondrá la vacuna frente a la Hepatitis B, que no provoca reacción. Te lo anotarán en la Cartilla de Salud Infantil, que te entregarán al alta. Sigue rigurosamente el calendario de vacunas que verás en su interior y cuídala con esmero, el pediatra te rellenará en ella las visitas que realices.

Le practicarán unas pruebas, pinchándole en el talón, para asegurarse que no padece enfermedades, como el hipotiroidismo y la fenilcetonuria, que se pueden conocer con este simple análisis y tratar precozmente. Igualmente, le realizarán unas pruebas para descartar problemas de audición (otoemisiones acústicas).

Es normal que los recién nacidos se pongan algo amarillos (ictericia) durante los primeros días de vida. Si tienes alguna duda consulta con tu pediatra.

Antes del alta, el pediatra revisará a tu hijo/a y te dará los últimos consejos sobre la alimentación e higiene.

Como ves, el tiempo en el hospital se aprovecha al máximo, porque todos los que allí trabajan valoran extraordinariamente un hecho fundamental: ha nacido un niño ¡Tu hijo! ¡Felicidades!.





## ¿QUÉ CUIDADOS NECESITA UN RECIÉN NACIDO?

Cuando un recién nacido llega a una familia lo más importante es cuidar la relación afectiva más íntima: la que se establece entre padres e hijo desde el mismo momento del parto, o incluso antes. La participación activa de otros miembros de la familia también es fundamental para el desarrollo del bebé.

El recién nacido necesita toda la tranquilidad posible. Hay que respetar su descanso, su sueño y el tiempo de las tomas. Aprovechar los escasos momentos de vigilia para acariciarle y hablarle suavemente. Moderar las visitas.

El recién nacido distingue sombras. Identifica a su madre por la vista, también por el oído, por el olor y por el tacto. El llanto es la única forma que tiene de atraer la atención de sus padres y, poco a poco, éstos podrán reconocer la causa de ese llanto (llora como si tuviera hambre, como si le doliera algo....).

### ¿Y la higiene de mi hijo ?

Hasta que se caiga, el cordón umbilical debe mantenerse limpio. Hay que desinfectarlo con alcohol de 70 ° dos o tres veces al día y cubrirlo con una gasa estéril seca.

El baño se puede dar a cualquier hora del día, pero se recomienda por la tarde para que el bebé se relaje y duerma mejor. Ha de ser corto, con agua tibia (sobre

34°C) y un jabón neutro especial para bebés. Se puede bañar aunque no se haya caído el cordón umbilical.

El secado de la piel se realizará sin friccionar. En casos de piel muy seca se emplearán aceites vegetales. No aconsejamos perfumes.

Los cuidados de la región de glúteos y genitales se limitarán al cambio frecuente de pañales, limpieza cuidadosa con jabón y secado adecuado. En caso de enrojecimiento se aplicarán cremas hidratantes, nunca polvos de talco.

Los ojos se limpiarán con una gasa empapada en suero fisiológico desde el ángulo interno hacia el externo, y las orejas con una torunda de algodón o toalla, sin introducirla en los conductos auditivos.

Las uñas largas se pueden cortar con unas tijeras especiales para bebés.

### ¿Cuál es el ambiente más saludable para mi hijo?

La habitación del recién nacido debe tener pocos muebles y estar a unos 22°-24°C . Se ventilará cada día, evitando corrientes de aire y ambientes contaminados, especialmente por humo de tabaco.

Las paseos diarios son enriquecedores para el bebé.

Las cunas y los colchones deben resultar seguros para el bebé (colchón duro, barandilla con barrotes con separación menor de 7 cms, etc.). Se debe evitar el uso de almohadas.

Para la prevención de la muerte súbita, se recomienda que el niño duerma boca arriba, nunca boca abajo; mejor sobre superficies duras y nunca en la misma cama que los padres. Se evitará el excesivo calor ambiental o arropamiento. Nadie debe fumar dentro de casa. La lactancia materna también protege frente a algunas enfermedades.

No dejar nunca al bebé sólo en lugares sin protección, ni con animales domésticos o con otros niños. Hay que prestar especial atención al riesgo de caídas llevando al niño en brazos, o cuidando que algún objeto pueda caer sobre él.

En el coche se utilizarán sillitas o cuco-cuna homologados.

### **¿ Lo llevo muy abrigado ?**

En general, el bebé llevará el mismo número de prendas de vestir que las personas que convivan con él. Debe ser ropa fácil de colocar; con pocos botones, amplia y de fibras naturales, evitar cintas o lazos. Para su lavado no deben utilizarse sustancias irritantes.

Hay que evitar el uso de cadenas de adorno, pulseras, anillos, imperdibles, y pendientes de aro.



## LA LACTANCIA MATERNA ¿QUÉ VENTAJAS TIENE?

Si usted ha tenido un hijo y ha decidido alimentarlo al pecho, ha tomado una buena decisión: la alimentación más segura y mejor para el recién nacido y para su mamá es su leche.

La lactancia materna es la alimentación natural. Es la mejor durante los 6 primeros meses de vida de modo exclusivo y como complemento a otros alimentos los primeros años de vida.

El amamantamiento protege de enfermedades a niños y madres, facilita el vínculo afectivo y el vivir momentos entrañables en familia.

El pecho funciona a demanda: cuanto más veces lo ofrezca a su hijo, más leche producirá. Si se lo pone pocas veces producirá poca leche. Se puede alimentar muy bien a gemelos al pecho.

### **Recomendaciones para una lactancia feliz y duradera:**

- Empiece lo antes posible tras el parto, incluso en caso de cesárea si las circunstancias se lo permiten.
- Olvide el reloj: el pecho no tiene horario, ni en tiempo ni en frecuencia:
  - Dé de mamar a su hijo siempre que lo pida, sin horario rígido, pero intente las primeras semanas darle más de 7-8 veces al día.
  - Deje a su hijo al pecho todo el tiempo que quiera.

- Su hijo sólo necesita su leche: no es aconsejable darle agua, zumos ni infusiones.
- No necesita chupete ni biberones y podrían perjudicarlo.
- Su pecho no precisa higiene especial, sólo la ducha diaria.
- Coma variado y beba sin pasar sed. Si no le gusta la leche no se fuerce. Es mejor no consumir alcohol o de modo moderado u ocasional. No fume, pero si no puede evitarlo, hágalo fuera de casa, lejos de su hijo y sobre todo no interrumpa la lactancia.

Si tiene dudas o problemas con la lactancia consulte a profesionales sanitarios o a grupos de madres expertas.





## ¿CÓMO CRECERÁN LOS NIÑOS ALIMENTADOS AL PECHO?

La comunidad científica internacional y las organizaciones relacionadas con la salud infantil, como OMS, UNICEF, Asociaciones Española y Asociación Americana de Pediatría, coinciden en que la lactancia materna debe ser el patrón de alimentación para los niños al menos hasta los 2 años de edad, y de manera exclusiva los primeros 6 meses.

La lactancia materna proporciona al bebé protección frente a muchas enfermedades, especialmente frente a ciertas enfermedades infecciosas y alérgicas. En la madre contribuye a disminuir la hemorragia después del parto y favorece la recuperación del peso corporal. Además, la lactancia materna favorece el establecimiento del vínculo

afectivo entre la madre y su hijo, contribuyendo a su desarrollo armónico. También es beneficiosa para la economía familiar y para el medio ambiente.

Los bebés criados al pecho crecen más deprisa los primeros 2 a 3 meses que los criados con biberón, por ello necesitan alimentarse muy frecuentemente, incluso por la noche. Durante los meses siguientes crecen más despacio, de manera que al año suelen pesar y medir un poco menos. Esta diferencia desaparece hacia los 2 años. Los niños de pecho autorregulan la producción materna de leche succionando más o menos frecuentemente según necesiten.

### **¿Cómo saber si toma suficiente durante las 6 primeras semanas de vida?**

Aumenta unos 20 gramos diarios.

Sus heces son amarillas líquido-grumosas, 3 ó 4 diarias.

Moja más de 3 pañales diarios.

Suelta espontáneamente el pecho y se queda dormido.

La ganancia de peso del bebé será vigilada por el pediatra, y no deberá ser motivo de angustia para los padres. En general, desde las 6 semanas hasta los 4 meses se considera normal un aumento de 113 - 225 gramos semanales y hasta 6 meses de 85 - 142 gramos semanales.





## ¿CÓMO ALIMENTAR A MI HIJO CON BIBERÓN?



Los avances logrados durante los últimos años, han tenido una gran repercusión en la nutrición infantil. Actualmente disponemos de recomendaciones precisas para la composición de alimentos sustitutivos de la leche humana, así como para su utilización durante la primera época de la lactancia.

Consideramos *lactante*, a los niños por debajo de los 12 meses de edad, y *fórmula para lactante*, aquellos productos destinados a su alimentación mediante biberón y que cubren sus necesidades nutricionales.



### Existen dos tipos de leches para lactantes:

Fórmulas de **iniciación**, que son las que después de reconstituídas según las instrucciones del fabricante, satisfacen por sí solas las necesidades nutricionales del lactante durante los primeros 4-6 meses de vida, aunque pueden ser utilizadas, junto a otros alimentos infantiles, hasta la edad de un año. Suelen llamarse “leches 1”.

Fórmulas de **continuación**, que son las destinadas a ser utilizadas a partir de los 4-6 meses de vida. También conocidas como “leches 2”.

### **Pautas de alimentación del lactante.**

Dado que cada niño tiene sus propios requerimientos y que hay grandes diferencias entre ellos, sólo podemos enunciar las recomendaciones en términos de valores medios, calculados a partir de observaciones sobre cantidades ingeridas de forma espontánea en un amplio grupo de niños sanos, que llevan a la conclusión de que un **aporte diario aproximado de 150 cc por kg de peso**, podría considerarse un valor que cubre sus necesidades, recomendaciones que se aproximarán a lo que toman con una alimentación **a demanda**. La frecuencia de las tomas de biberón varían según la apetencia del niño. Si duermen plácidamente no es aconsejable despertarles para darles un biberón aunque hayan transcurrido más de 3 horas.

Aproximadamente, durante el primer mes, toman 7 veces al día. En meses posteriores, bajará su frecuencia a 5 ó 6 tomas al día. Conviene respetar la amplia variabilidad de cada niño en este aspecto, si se queda con hambre nos lo hará saber. No se preocupe si las cantidades que toma su hijo no se ajustan a lo indicado en los botes.

### **Técnica de preparación de biberones**

Se recomiendan biberones alargados de cristal, siempre muy limpios. Para reconstituir la leche en polvo, si el agua del grifo de nuestra población no es adecuada, escoger agua mineral poco mineralizada siguiendo indicaciones de su pediatra. Ahora también hay aguas para biberón de venta en farmacia.

Es fundamental prepararlos en la concentración, agua/leche en polvo, adecuada, lo que significa por cada 30 cc de agua, un cazo raso de polvo, de los que llevan los envases de leche (**cada marca lleva el propio, y no se pueden cambiar**): 60 cc de agua serían 2 cazos; 90cc, 3 cazos, etc.

La cantidad por toma la prepararemos según la apetencia del niño y las indicaciones anteriores sobre la cantidad diaria aproximada.

La mejor guía para saber que estamos alimentando suficientemente al niño, además de su grado de satisfacción, es su curva de peso, que en general se aproximará a una ganancia de 150 g por semana en los primeros meses de vida, aunque también ésto es variable.

En la actualidad la industria nos garantiza la calidad en las leches infantiles, por lo que no es recomendable cambios de la misma ante cualquier contrariedad, consulte antes con el pediatra los problemas y el niño crecerá sano y bien nutrido.

## AFECTO Y CARICIAS ¿QUÉ PAPEL JUEGAN EN LA SALUD DE MI BEBÉ?

Los primeros meses de vida son decisivos en el desarrollo del bebé. Es frecuente que en estos primeros meses los padres tengan dudas sobre si deben o no tocar con frecuencia a su hijo, o sobre como calmar su llanto persistente.

Su desarrollo armónico depende en gran medida de la interacción con el mundo que le rodea. Su entorno más cercano lo forman sus padres, que le proporcionan lo necesario para su crecimiento personal, especialmente el afecto, que le hace tanta falta como el alimento.

Una forma de conocer a su propio hijo, contactar con él y aprender a interpretar sus necesidades es a través del masaje. Este masaje puede aportar grandes beneficios al bebé:

- En primer lugar le dará una sensación de **seguridad**, el contacto con sus padres le hará sentirse aún más querido, fomentando su confianza.
- **Bienestar general.** El masaje es una terapia relajante y ayudará en el empeño por aplacar su llanto. Disminuye el dolor, porque al ejercerse una presión sobre la piel se estimula la producción de endorfinas (que son analgésicos naturales del organismo).
- **Crecimiento físico.** El masaje aumenta el conoci-

to del cuerpo, tonifica la musculatura y mejora la flexibilidad, al tiempo que evita contracturas o problemas posturales producidos por posiciones mantenidas. Por ello, es muy beneficioso para niños prematuros o de bajo peso, que pasan gran parte del tiempo aislados en una incubadora.

- **Habilidades sociales.** Mediante el masaje se potencia la comunicación no verbal, que mejorará su relación afectiva. Aprenderá a explorar su propio cuerpo y el entorno en el que se desenvuelve.

### Mitigar problemas frecuentes:

- *Piel seca:* si el bebé tiene la piel enrojecida o muy seca, su pediatra le recomendará la crema adecuada y, a través del masaje penetrará mucho mejor.
- *La erupción de la dentición,* suele ser molesta porque las encías a menudo se inflaman. El masaje con la presión sobre las encías alivia este malestar.
- Un recién nacido puede tener cólicos y sufrirlos a diario hasta los 3 meses. Este dolor abdominal es difícil de aliviarse y puede prolongarse durante largos períodos. Con los gases, ocurre igual. Ciertos movimientos del masaje pueden aliviar el cólico temporalmente o ayudar a expulsar los gases.
- Es probable que su hijo tenga dificultad para defecar o



que las heces sean duras. Darle un masaje en la región abdominal puede favorecer el tránsito intestinal, aliviar el dolor abdominal y prevenir el *estreñimiento*.

El masaje infantil es un método fácil de aprender y su práctica proporciona beneficios no sólo al niño, sino también a sus padres.

El masaje debe ser algo fluido y agradable, sin olvidar ninguna parte de su cuerpo. Para evitar darle impresión de frío póngase la crema en las manos, frotándolas y calentándolas antes de tocarlo.

Si en alguna ocasión los padres están nerviosos o tienen prisa por terminar, no deben realizar el masaje ya que transmitirían esa tensión al niño. Cantándole o hablándole lo tranquilizarán.

Si lo realizan después del baño, deberán espaciarlo de la toma al menos una hora, ya que, si tiene hambre, sólo querrá su comida.

Al dar masajes al niño se interactúa con él, aumentando su relación. Aprenderá a conocerle observando sus reacciones, perderá el miedo a manejarlo, y aumentará su confianza.





## PREMATUROS: UNA MEJORA CONSTANTE.

En los últimos años estamos asistiendo a un aumento del número de nacimientos de niños prematuros, es decir, de niños nacidos antes de las 37 semanas de edad gestacional. Este incremento se debe al aumento de la natalidad, a la aparición de nuevas poblaciones de riesgo y al impacto que sobre la prematuridad tienen las técnicas de reproducción asistida (los antaño llamados bebés probeta).

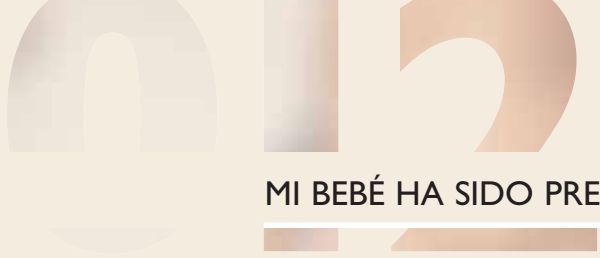
Afortunadamente el cuidado perinatal (atención a la embarazada y al recién nacido) está mejorando día a día,



gracias al esfuerzo de muchos profesionales y a la regionalización de la asistencia perinatal. Esto significa mejor dotación de medios materiales y humanos para estas unidades situadas en hospitales comarcales.

La mortalidad ha descendido y lo que es más importante, se están consiguiendo cada vez más supervivencias sin secuelas en los prematuros extremos (menores de 28 semanas de gestación).

Las unidades neonatales han evolucionado notablemente. Los avances en medicamentos y avances tecnológicos, suponen una cualificada ayuda en la atención de estos pequeños pacientes. Además, los profesionales que trabajamos en ellas nos interesamos por el ambiente que rodea al niño (disminución de ruidos y luces excesivas, protocolos de manipulación mínima, no limitaciones al acceso de los padres facilitando el contacto, método canguro y potenciación de la lactancia materna, participación de los padres en tareas como la alimentación o el aseo, etc.). Intentamos que la estancia sea lo más confortable para el niño y sus padres dado que un niño con peso al nacimiento menor de 1000 gramos estará en el hospital una media de 90 días.



## MI BEBÉ HA SIDO PREMATURO Y YA VIENE A CASA ¿QUÉ DEBO HACER?

Cuando su hijo alcance alrededor de los 2 kg. de peso, tenga más de 35 semanas de edad gestacional y se alimente adecuadamente, estará en condiciones de irse a casa.

Los días previos deben dedicarlos a aclarar las dudas respecto a las enfermedades que ha padecido y, supervisados por las enfermeras, asumir el cuidado de su hijo: “hacer para aprender”.

Sepan que va a necesitar entre 15 y 20 horas de sueño al día, que aún no tiene aprendido el ritmo noche-día. Acueste al niño boca arriba o de lado en colchón rígido y no lo abrigue en exceso.

Si llora estando recién comido, con el pañal limpio y no tiene fiebre, actúe con calma: abrácelo, háblele despacio y cadenciosamente (el viejo recurso de las nanas). Ahora no se preocupe por un exceso de mimo.

A la hora de alimentarlo mantenga un estrecho contacto visual con él. Le recomendarán, si no ha podido mantener la lactancia materna, una leche especial que ha de mantener, al menos, hasta las 44 semanas de edad post-concepcional.

Si le amamanta, recuerde que no hay horario: el ritmo lo marca el niño.

En la primera semana tras darle el alta debe acudir a su pediatra. Llévelo el informe de alta. Tomará un complejo vitamínico y unas gotas de hierro; tendrá indicaciones específicas de vacunas. Todo ello, junto con la alimentación, será dirigido por su pediatra.

Algunos prematuros necesitarán ser protegidos en época invernal, en los primeros meses de su vida del Virus Respiratorio Sincitial. Si es el caso, se le indicará qué debe hacer.

Afecto, cariño y amor son fundamentales para el desarrollo psico-emocional de su hijo. Existen algunas técnicas (masaje, estimulación precoz) que pueden ayudarle. Apréndalas sin angustia; úselas, eligiendo un momento en que el niño esté tranquilo. Son una herramienta más.

Lo importante es crear un entorno socio-afectivo tranquilo y seguro que ayude a la maduración intelectual y emocional de su hijo y haga de él una persona con autoestima, solidaria, responsable y FELIZ.



# La primera infancia

La primera infancia

a  
a



¿CÓMO VA A IR CRECIENDO MI HIJO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA?



El crecimiento y el desarrollo en la infancia no sigue una marcha uniforme. Se pueden distinguir cuatro períodos: primera infancia, período preescolar, período escolar y adolescencia. Aquí analizaremos los tres primeros.

En todos los exámenes de salud, y desde el nacimiento, el pediatra controlará el crecimiento y el desarrollo físico de su hijo, junto con su estado de nutrición, proporcionándole información al respecto.

#### **Primera infancia** (2 primeros años):

Es un período de crecimiento rápido, que se va desacelerando desde el nacimiento.

El peso medio al nacer de los niños es de 3.200 g y de las niñas de 3.000 g (+/- 200 g). En la primera semana de vida se puede perder hasta un 10% del peso. Generalmente se dobla el peso al nacimiento hacia los 4 meses de edad, y se triplica hacia el año. La ganancia de peso en los primeros 6 meses es de unos 4-5 kg, en los 6 meses siguientes de unos 2,5 kg, y durante el segundo año también de unos 2,5 kg, aunque puede ser muy variable.

La talla media al nacer de los niños es de 51 cm y de las niñas de 50 cm (+/- 2 cm). El aumento de talla es de 10 cm en los 3 primeros meses, de 6 cm en el segundo trimestre y algo más de 1 cm en cada uno de los 6 meses siguientes, alcanzando al año entre 74 y 76 cm. En el segundo año el crecimiento es ligeramente menor: de 0,5 a 1 cm mensual.

El perímetro craneal al nacer es de unos 35 cm, con una variación de 1 cm más o menos. Aumenta 5 cm en los primeros 3 meses, 3,5 cm en los 3 meses siguientes, 2,5

cm en los 6 meses siguientes, y durante el segundo año unos 2,5 cm.

La erupción de los dientes temporales (de leche) se suele iniciar a partir de los 6 meses de edad.

#### **Período preescolar** (tercer a quinto año, ambos inclusive):

Es un periodo de crecimiento lento y uniforme.

El peso aumenta aproximadamente unos 2 kg al año, y la talla alrededor de unos 6-8 cm anuales.

Se produce un alargamiento de los miembros inferiores, lo que unido a la disminución de la grasa subcutánea confiere al niño un aspecto más esbelto.

Hay progresos importantes en la adquisición de nuevas funciones en el área motora, del lenguaje y desarrollo intelectual.

#### **Periodo escolar** (de seis años a inicio de la pubertad):

Es un periodo de crecimiento lento y uniforme.

El peso aumenta aproximadamente unos 3 a 3,5 kg, y la talla alrededor de unos 5 a 6 cm al año.

Durante este periodo el niño se estiliza progresivamente, y es frecuente que se corrijan los ligeros problemas ortopédicos de piernas (ej. pies, rodillas...), pero conviene vigilar que no se adquirieran posiciones viciosas en la espalda que pueden originar actitudes escolióticas.

Hay un rápido desarrollo de los huesos de la cara y aparecen los dientes permanentes.



## ¿QUÉ HABILIDADES VA A ADQUIRIR EN SU PRIMERA INFANCIA?

Cuando hablamos de desarrollo psicomotor nos referimos a las habilidades que adquiere un niño a lo largo de toda la infancia. Para ello es necesario que sus órganos (cerebro, médula, nervios y músculos) maduren de forma adecuada. Cualquier agresión (antes, durante o después del nacimiento), que interfiera en su maduración, puede originar una alteración en su desarrollo. Conocer las etapas de desarrollo facilita que los padres puedan seguir y disfrutar de los logros de su hijo.

### ¿Qué valoramos para poder decir que su desarrollo es el adecuado?

**Motricidad gruesa:** Sostiene la cabeza (1-2 meses). Se sienta (6-9 meses). Se mantiene de pie (9-12 meses). Anda solo (10-18 meses). Algunos niños empiezan a caminar hacia los 17 meses y no pasan por la fase de gateo. Este hecho puede preocupar a sus padres, pero puede ser normal. Son niños que se desplazaban por sí solos de otras formas antes de comenzar a caminar, como arrastrarse con las nalgas pegadas al suelo, arrastrando los pies, rodando sobre sí mismos o reptando. Los niños, que hacen esto, suelen caminar más tarde que los demás. Probablemente a alguno de sus padres le ocurrió lo mismo. Además, hasta un 30-40 % de niños caminan de puntillas, y un 7% de niños pasan directamente de

mantenerse sentado a mantenerse en pie, y de ahí a caminar sin gateo previo. Todo esto son variaciones normales del desarrollo.

**Motricidad fina:** Dirige la mano a un objeto (4-6 meses). Coge objetos entre el pulgar y la cara lateral del índice (6-8 meses). Cambia los objetos de mano (6-8 meses). Realiza la pinza pulgar-índice con la punta de los dedos (9-12 meses). Algunos niños hacen la pinza con los dedos índice y corazón, ésto también es una variación normal del desarrollo. Hace una torre de 3 cubos por imitación (18-21 meses).

**Desarrollo del lenguaje:** Hace gorgoritos (2-4 meses), balbuceos (6 meses), dice papá-mamá inespecífico (8 meses), dice papá-mamá apropiado (10 meses), tiene jerga abundante y dicción de 3 palabras (14-15 meses), obedece una orden verbal (12-18 meses), usa el NO (14-18 meses), combina 2 palabras diferentes (18-24 meses).

El desarrollo del lenguaje junto a la adquisición de la motricidad fina, y la interacción con el entorno social, representa un parámetro importante para predecir la inteligencia futura del niño.





**Desarrollo social:** Llanto (nacimiento). Sonríe a la madre (2 meses). Ríe a carcajadas (4 meses). Persigue un objeto con la vista 180° (3 meses). Dirige su mirada a la voz (3-4 meses). A los 4 meses le gusta mirar su entorno y un poco más tarde se gira ante un ruido, mostrando su interés hacia el mismo (6-8 meses). A los 6 meses reconoce a los extraños. Cuando tiene 9 meses es capaz de realizar órdenes simples acompañadas de un gesto como decir adiós y además le gusta explorar a su alrededor. A los 12 meses acude cuando se le llama y le gusta ayudar a vestirse. Imita a los adultos en su juego a partir de los 18 meses (hacer comiditas, dar de comer a los muñecos). A los 2 años hará juego en paralelo con otros niños y a los 3 empezará el juego compartido. A los 4 años

cuenta cuentos, acepta las reglas de los juegos y le gusta ayudar en casa. Todos estos eventos indican que el niño manifiesta interés e interactúa de forma positiva con su entorno.

Cualquier situación que se aparte de la adquisición normal de esos parámetros de desarrollo, debe alertar a los padres, pedir consejo a su pediatra y asegurarse un diagnóstico precoz.

## ¿POR QUÉ LLORA MI BEBÉ?



# 015

El llanto es el lenguaje del bebé, una de las pocas formas de relacionarse con su entorno. Frecuentemente les produce a los padres una gran angustia, que a su vez ellos transmiten al bebé, desencadenando así un circuito de difícil control. Conocer el llanto ayudará a los padres a relacionarse con su hijo.

La mayoría de los bebés sanos, entre las 2 a 6 semanas de vida, lloran diariamente casi 3 horas. A los 3 meses, el promedio se reduce a 1 hora diaria.

Cuando el bebé llora, los padres se preguntan por la causa de su llanto, y se plantean si es un llanto normal o no.

Lo primero que suelen pensar es que “tiene hambre o sed”. Pero el llanto también puede ser por calor; por frío, o por aires o gases. La irritación de la zona del pañal, por usar ropas de lana o por contacto de prendas de fibras artificiales, es otra causa de llanto. Al igual que la dentición.

El bebé llora cuando quiere que se le “saque” de la cuna. Y cuando las personas que le atienden tienen un estado de ánimo agitado, el bebé puede reaccionar llorando, lo mismo que cuando hay un excesivo ruido ambiental, discusiones, presencia de caras extrañas, movimientos bruscos, etc. A partir de los 6 meses, manifiestan con lloros el miedo o temor a la oscuridad.

Pero muchas veces la causa es desconocida y no hay forma de saber por qué.

Lo que más les preocupa entonces a los padres es saber si su hijo llora porque está enfermo. Sin embargo, es raro que el llanto sea la única expresión de una enfermedad. Habitualmente, se suele acompañar de otras manifestaciones, como rechazo al alimento, vómitos, fiebre, manchas en la piel, etc.

### **¿Qué es el cólico del lactante?**

Se habla de cólico cuando un lactante sano, de modo súbito presenta episodios de intranquilidad y llanto excesivo, que se repiten con las mismas características. Se inicia alrededor de las 2 semanas de vida, y remiten al 3<sup>er</sup> o 4<sup>o</sup> mes.

Suelen iniciarse después de las tomas de alimento. Junto con las muestras de malestar (cerrar fuertemente los puños, enrojecimiento de la cara y flexión de las rodillas sobre abdomen), el lactante hace a menudo movimientos de succión y parece buscar el alimento.

Habitualmente las crisis suceden por la tarde. Entre las crisis, el lactante está tranquilo y se alimenta sin problemas incluso con demasiada avidez.

### **¿Cuál es la causa?**

En unos lactantes podemos achacarlo a inmadurez del aparato digestivo, a una predisposición constitucional a los espasmos, a errores dietéticos o a alergia a determinados componentes de la leche.

### **¿Cómo se pueden prevenir?**

Mantener la lactancia materna.

Revisar la técnica de la alimentación: colocar al lactante en posición erguida y procurar la expulsión del aire del estómago (eructar).

Si toma biberón, asegurarse de que el orificio de la tetina sea lo suficientemente grande.

Evitar la sobrealimentación

### **¿Tiene tratamiento?**

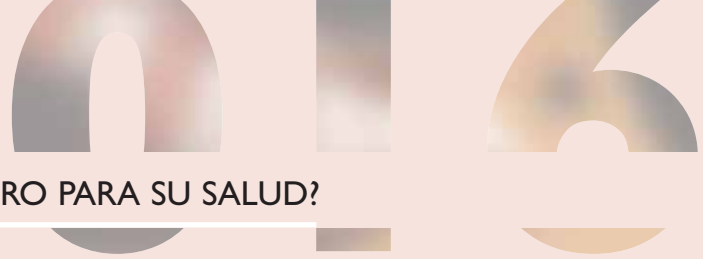
El cólico del lactante es un proceso de duración limitada, que se resuelve en unos meses.

Conviene tranquilizar el entorno familiar (padres, abuelos, tíos...)

Buscar la colaboración de otras personas de confianza que cuiden al lactante durante unas horas, para que la madre y el padre puedan descansar y tranquilizarse.

Pueden ser útiles los masajes, los paseos, la música suave. Lo que no se debe hacer nunca es administrar ninguna medicación ni cambiar de leche sin haber consultado antes con el pediatra.

No interrumpir nunca la lactancia materna. A la madre se le puede limitar el consumo de leche de vaca.



## VACUNAS ¿POR QUÉ SON UN BUEN SEGURO PARA SU SALUD?

Las vacunas son la herramienta de prevención de la enfermedad más eficaz utilizada por los médicos. Su misión es estimular el sistema inmune (sistema de defensa del organismo) para que cuando un microorganismo infecte el cuerpo, sea fácilmente atacado por nuestras defensas y así evitar la enfermedad.

La efectividad de las vacunas en general es indudable. Gracias a ellas se han erradicado enfermedades muy graves, como la viruela o la poliomielitis, y se han controlado otras infecciones antes frecuentísimas como el sarampión, las paperas o la tosferina.

Las vacunas presentan al organismo aquellas partes del microorganismo sobre las que puede hacer defensas fácilmente y con gran efectividad, por ello en algunos casos la vacuna consiste en una parte estructural del microorganismo a atacar, sin vida, que es imposible que provoque la enfermedad (por ejemplo la vacuna de la hepatitis B), otras son virus vivos, pero que en el laboratorio se les ha quitado la agresividad, y la capacidad de producir la enfermedad (por ejemplo el sarampión), y otras veces son sustancias que producidas por el microorganismo son capaces de producir enfermedad (toxinas), pero que también se modifican en el laboratorio para quitarles la agresividad.

Hoy en día las vacunas que están disponibles en España son muy seguras, dando escasos efectos secundarios (reacciones vacunales), que generalmente son leves y suelen ser locales (dolor o enrojecimiento en el punto de inyección) o generales (fiebre, dolor de cabeza o llanto en los bebés). Muchas veces se han relacionado, equivocadamente, con otros problemas más graves, pero hasta ahora nunca se ha demostrado que la causa de estos problemas sean las vacunas. No obstante, hay sistemas oficiales de registros de efectos adversos de las vacunas nacionales e internacionales que permitirían detectar estas relaciones.

El mundo de las vacunas ha evolucionado mucho en los últimos años, y esto se refleja en que se incorporan nuevas vacunas al calendario vacunal. La explicación de los cambios es por dos motivos. El primero es que el comportamiento de la enfermedad en la población (epidemiología) se va modificando, en gran medida gracias al efecto de la utilización de vacunas. Por otro lado aparecen nuevas vacunas capaces de prevenir nuevas enfermedades, por ejemplo varicela o neumococo, o que tienen una mejor tolerancia.

Los calendarios vacunales, son decisiones de las autoridades sanitarias donde se tiene en cuenta el tipo de vacu-

na, la seguridad de la vacuna y la epidemiología de las enfermedades de las que se va a proteger.

El seguimiento del calendario vacunal de una comunidad es importantísimo, ya que permite no sólo proteger al niño que se vacuna, sino además hacer una protección del resto de la sociedad, ya que se puede controlar la circulación de los microbios.

Hay muy pocas contraindicaciones de las vacunas. Hoy en día, con las vacunas tan seguras que tenemos, únicamente se debe contraindicar una vacuna cuando:

- Haya habido una reacción alérgica grave, con peligro para la vida, por cualquier componente de la vacuna (huevo, antibióticos, o antígenos vacunales).
- Cuando haya habido una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna.
- Cuando el niño a vacunar presente una enfermedad grave en el día de la vacunación.

Por tanto, se puede vacunar cuando un niño está algo acatarrado, o tiene una enfermedad leve, o está recibiendo antibióticos.

CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL

|       |    |                                                                                                                    |
|-------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MESES | 0  | HEPATITIS B                                                                                                        |
|       | 2  | DIFTERIA · TÉTANOS · TOS FERINA · POLIO INYECTABLE<br>HEPATITIS B · HAHEMOPHILIUS INFLUENZAE TIPO b<br>MENINGOCOCO |
|       | 4  | DIFTERIA · TÉTANOS · TOS FERINA · POLIO INYECTABLE<br>HAHEMOPHILIUS INFLUENZAE TIPO b · MENINGOCOCO                |
|       | 6  | DIFTERIA · TÉTANOS · TOS FERINA · POLIO INYECTABLE<br>HEPATITIS B · HAHEMOPHILIUS INFLUENZAE TIPO b<br>MENINGOCOCO |
|       | 15 | SARAMPIÓN · RUBEOLA · PAROTIDITIS                                                                                  |
| AÑOS  | 18 | DIFTERIA · TÉTANOS · TOS FERINA · POLIO INYECTABLE<br>HAHEMOPHILIUS INFLUENZAE                                     |
|       | 6  | DIFTERIA · TÉTANOS · TOS FERINA · SARAMPIÓN<br>RUBEOLA · PAROTIDITIS                                               |
|       | 12 | HEPATITIS B (3 Dosis)                                                                                              |
|       | 14 | *DIFTERIA (Adultos) · *TÉTANOS<br>*Revacunar cada 10 años.                                                         |

## ¿QUÉ ZAPATOS LE COMPRO?

# 017

“El pie es el que anda. El calzado sirve para proteger el pie de las inclemencias del tiempo y de las anfractuosidades del terreno” (A.Viladot, 1969).

La importancia del calzado como protector del pie y como ayuda para conseguir una marcha adecuada, nos hace tener en cuenta los siguientes requisitos según la edad de los niños:

**LACTANTE.** Únicamente precisa calor, que se obtiene con unos calcetines que abriguen suficiente o unos patucos. De utilizar algún tipo de calzado habrá de ser del llamado “zapato sin suela”, absolutamente flexible en todos los sentidos y de tamaño suficientemente grande para que no presione ninguna de las estructuras del pie.

**GATEADOR.** El calzado deberá proteger del frío y de los posibles traumatismos. En estas edades la suela será flexible, con un grosor de unos tres milímetros. Son útiles las protecciones en talón y puntera .

**PRIMEROS PASOS.** El contrafuerte será firme como también la suela hasta la zona del antepié, donde será muy flexible. La suela tendrá un grosor de alrededor de cuatro milímetros y el tacón tendrá una altura de seis a

nueve milímetros. No se recomienda la bota. El tacón debe ser normal, evitando los tacones con una prolongación en su parte interna, que en la marcha actúa como un pivote, obligando al pie a realizar una rotación interna, por lo que habrán de ser reservados para aquellos niños que andan con los pies en rotación externa exagerada (en Charlot).

Andar de puntillas se considera una variación de la marcha normal en muchos niños cuando empiezan a caminar. Luego pasan a una marcha talón-dedos en tres a seis meses. No precisa otra actuación que mantener la tranquilidad. La edad límite de normalidad se establece en los dieciocho meses. Si la marcha de puntillas se prolonga más allá de los dos años de edad deberíamos considerar la posibilidad de ciertas alteraciones, igual que ante la presencia de un pie cavo, tales como las de tipo muscular y/o nervioso.

**CALZADO A PARTIR DE LOS TRES AÑOS.** Similar al calzado de los primeros pasos, pero aumentando simplemente la altura del tacón según la edad:

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Hasta los 3 años: | 0.6 - 0.9 cms. |
| Hasta los 6 años: | 0.9 - 1.3 cms. |
| Más de 6 años:    | 1.3 - 2.5 cms. |





Los zapatos irán cambiándose a medida que se queden pequeños.

### **Consejos prácticos**

No debe calzarse al niño que no ande.

Cuanto más sencillos sean los zapatos durante la infancia, mejor. El niño muestra su desacuerdo con el zapato o la botita ortopédicos quitándoselos con frecuencia.

El calzado deportivo de calidad es totalmente aceptable durante la adolescencia. Debe tenerse en cuenta: suelas gruesas y flexibles, material transpirable, diversificar modelos, higiene cuidadosa.

Recordemos que al pasar de la descarga al apoyo el pie aumenta dos tallas en anchura y media talla en longitud. Los zapatos deben comprarse por la tarde, ya que el pie puede llegar a aumentar un 4 % de volumen, aproximadamente, de la mañana a la noche.

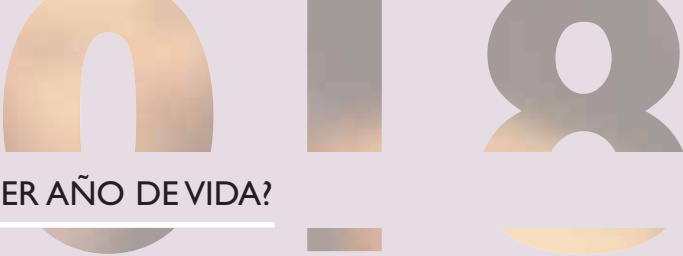
Los zapatos han de ser cómodos desde el primer momento. Es un error pensar que con el tiempo nos iremos acostumbrando.

Los zapatos deben probarse en el pie más grande. Es preferible adquirir un calzado realizado con materiales transpirables y pieles flexibles.



# Alimenta ción





## ¿QUÉ ALIMENTOS DEBO DARLE EN EL PRIMER AÑO DE VIDA?

La alimentación debe garantizar el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños y niñas. Durante el primer año de vida es más compleja si consideramos las características especiales del lactante, por ello hay que seguir las recomendaciones del pediatra y comentarle las incidencias que vayan surgiendo con respecto a la alimentación de nuestro hijo.

**Durante los 4 a 6 primeros meses de vida** su único alimento debe ser la leche materna o la leche de fórmula para lactantes.

**A partir del 4° al 6° mes**, deberá empezar con otros alimentos (papillas, fruta, verdura, etc.), y la leche dejará de ser un elemento exclusivo, aunque sí básico. El hecho de introducir primero un alimento y luego otro dependerá de las indicaciones de su pediatra, de los gustos del niño y de las costumbres familiares y culturales.

Toda introducción de alimentos nuevos debe ser progresiva, dejando entre 10 y 15 días de diferencia entre los nuevos alimentos.

Lo primero que podemos introducir son los cereales o las frutas. La papilla de cereales tiene que ser “sin gluten”

(arroz o maíz), porque el gluten introducido de forma precoz puede lesionar el intestino. Se prepara añadiendo los cereales a la leche que habitualmente toma el niño. Hasta el 8° mes deberán utilizarse este tipo de cereales sin gluten.

La papilla de frutas es preferible que sea natural (plátano, pera, manzana y zumo de naranja). A partir del 8° mes, con la introducción de cereales con gluten, podrán añadirse azúcar, galletas...

La composición del puré de verduras se basa en patata, zanahoria y verduras del tiempo (evitando espinacas y alcachofas), preparándolas en olla a presión porque al acortar el tiempo de cocción y hacerlo con poca agua conserva mejor las propiedades del alimento.

A este puré de verduras se le añadirá hacia el sexto mes, primero pollo sin piel (muslo o pechuga) y con posterioridad ternera, en una cantidad aconsejada de 40-50 g.

Puede ocurrir, y sin razón aparente, que algunos niños rechacen la introducción de frutas o verduras de forma sistemática. No conviene forzar, pero sí insistir varios días,

y si resulta imposible se puede introducir otro grupo de alimentos y volver a intentarlo un mes más tarde.

**Entre el 7º y 9º mes** se puede introducir el pescado. La yema de huevo, siempre cocida, se retrasará hasta el 9º mes por su facilidad de provocar alergias, y el huevo entero (yema y clara) hasta el año de vida.

Los yogures pueden introducirse de forma progresiva desde los nueve meses; mejor, los naturales, evitando todo aquello que requiera saborizantes o colorantes artificiales. Los quesos y mantequillas no conviene darlos hasta el año de vida.

### **¿Cuándo se puede introducir la leche de vaca entera?**

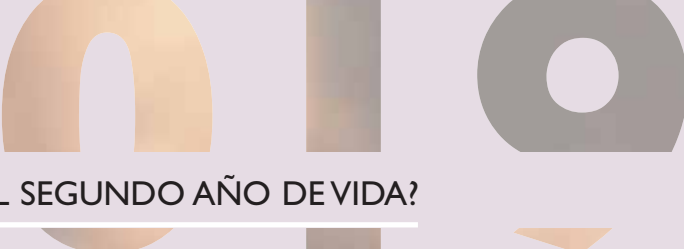
Antes del año de vida la leche de vaca puede producirle problemas para el futuro, aun cuando haya niños que aparentemente la toleran. Por eso debe introducirse a partir del año de edad. Actualmente algunos estudios indican la conveniencia de tomar la llamada leche de crecimiento (leche 3, no leche 2 de continuación) a partir del año de edad.

Recuerda:

En alimentación evita la rigidez y procura tener unas ideas elementales sobre nutrición.

Y a partir del año de vida el niño puede “sentarse a la mesa con los padres”.





## ¿CÓMO DEBE SER SU ALIMENTACIÓN EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA?

Durante el segundo año de vida la velocidad de crecimiento disminuye mucho respecto a la del primer año y, por ello, el niño necesita comer menos. Esto es algo que todos debemos conocer y aceptar. Si además su hijo ha aprendido a manejar la cuchara y, sobre todo, decide “qué” quiere comer y “cuándo” quiere comer, entonces surgen problemas a la hora de la alimentación que los padres no esperaban, pero que es normal que se den.

Con respecto a la cantidad total de alimentos, el primer principio es el de respetar la sensación de saciedad del niño. Cuando él no quiere más no se le debe forzar a terminar el plato con la ración que nosotros, adultos, hemos decidido. Este principio es válido sólo cuando estamos ante un niño sano, que crece y engorda normalmente.

Los **carbohidratos**, o “féculas” en el lenguaje coloquial, deben constituir una base primordial en la alimentación. Lo saludable es que el 50% de la energía que aportan los alimentos sea en esta forma. Hay que elegir los carbohidratos no refinados (granos, harinas, legumbres, verdu-

ras) y evitar los azúcares (sacarosa, dextrinomaltosa, fructosa) que forman parte de los dulces, helados y zumos de frutas, etc.

En cuanto a las **proteínas** hay que señalar que en nuestro país, al igual que ocurre en todos los países desarrollados, su ingesta en general es excesiva. Las proteínas con mayor índice de digestibilidad y mayor riqueza de aminoácidos esenciales son la carne, el pescado, el huevo y la leche. Debe tenerse en cuenta que con la ingesta de medio litro de leche y un filete pequeño de carne o mediano de pescado, las necesidades diarias de proteínas quedan cubiertas.

Con respecto a las **grasas**, que tan importantes son durante el primer año, por el aporte de ácidos grasos poliinsaturados (omega 3), en esta edad dejan de tener tanta importancia, aunque existe una propaganda poco científica en su favor. El problema lo plantean las grasas saturadas (carnes rojas, mantequillas y aceites), que normalmente ingerimos en cantidades excesivas y a la larga





predisponen a la arteriosclerosis o cardiopatía isquémica. La sustitución de la carne por pescado (especialmente por los no grasos) o la utilización de determinados aceites, son una excelente y deseable protección para la vida futura del niño.

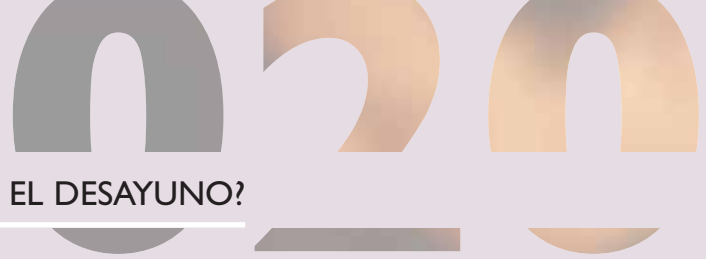
Por último, **¿qué actitudes son deseables para una buena alimentación a partir del segundo año de vida?**

- Consiga una atmósfera familiar relajada a la hora de las comidas
- Varíe todo lo que pueda la dieta
- Los almuerzos y meriendas deben excluir al máximo los azúcares y grasas

- No aportar más calorías de las necesarias y distribuidas adecuadamente a lo largo del día
- No confundir el valor del pseudo-zumo de frutas y no permitir que desplace a la leche

Si todas estas actitudes son continuadas, el chico las incorporará y las transmitirá a su vez a sus hijos.

Según una magnífica encuesta del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, en los doce últimos años, la alimentación en España no ha mejorado.



## EN LA EDAD ESCOLAR ¿DEBO INSISTIR EN EL DESAYUNO?

### **¿Es importante realizar un buen desayuno por la mañana?**

Después de 8 ó más horas de sueño y ayuno, el cuerpo necesita recuperar fuerzas para estar en forma toda la mañana. Este papel del desayuno como fuente de energía es la cualidad mejor conocida por todos, debiendo aportar entre el 10 y el 30% de las necesidades nutricionales diarias.

### **¿Qué ventajas tiene realizar un buen desayuno?**

Un buen desayuno contribuye a establecer una situación corporal más favorable, y así permite poder desempeñar las actividades físicas e intelectuales con resultados más satisfactorios. Incluso la obesidad parece ser menos frecuente entre las personas que habitualmente realizan un desayuno que en quienes no desayunan.

### **¿Y si no desayunan?**

No desayunar pone en peligro las cantidades mínimas diarias que necesitamos de ciertos nutrientes como son el hierro, el calcio, el magnesio, el zinc, vitaminas A y B6, que no suelen compensarse con el resto de las raciones. Hemos de tener en cuenta que si el cerebro “pasa hambre” el niño estará más irritable y menos vital, disminuyendo su atención en las actividades de la mañana.

### **¿Realizamos un adecuado desayuno?**

Tradicionalmente en los países del sur de Europa, la ración del desayuno no ha constituido una comida importante del día. El desayuno en los países del área mediterránea, bastante frugal, está compuesto principalmente por leche, pan, galletas o bollería. Es de lamentar que un 8% de la población infantil no desayune todos los días, y que este hábito se pierda conforme aumenta la edad, de tal forma que a partir de los 14 años no desayuna el 12% de los adolescentes.

### **¿Qué consideramos un buen desayuno?**

Un buen desayuno debe aportar entre un 20-25% de la energía que necesitamos cada día, es decir, entre 400-500 kcal. Es importante que sea completo y variado, que tenga un poco de todo, con lo cual será más probable que contenga los diferentes nutrientes que necesitamos.

Desde el punto de vista de alimentación, ser completo significa que debe incluir: lácteos (leche, yogur, cuajadas o queso), cereales (pan, galletas, repostería casera o cereales para el desayuno) y fruta (fruta fresca, macedonia o zumos).

También es interesante diversificar sus componentes, una dieta variada es una dieta más agradable, sorprendente



para los niños y divertida. Para ello podemos cambiar las presentaciones y las texturas. El tiempo empleado es otro aspecto importante del desayuno. Muchos escolares no desayunan adecuadamente por falta de tiempo. Por eso es importante que los niños se levanten con tiempo suficiente para poder reservar 15-20 minutos para desayunar; sentados a la mesa, de forma tranquila y preferiblemente en compañía.

### **Algunas opciones para el desayuno**

La opción más conocida es la de tomar leche y pan (integral o tostado) con mantequilla y mermelada. La leche puede completarse con cacao soluble, la mantequilla puede alternarse con margarinas y la mermelada puede sustituirse por fruta natural. Cuando no se tolera bien la leche, puede sustituirse por un yogur y medio o por 120 g de queso fresco.

Otra alternativa puede ser un zumo natural de naranja, pan con aceite y tomate ("a la catalana") y yogur; o si se prefiere un tazón de leche con cereales de desayuno (no azucarados) y una pieza de fruta. Es muy saludable cambiar de desayuno a menudo.



## ¿QUÉ PAPEL TIENE LA ALIMENTACIÓN EN SU SALUD?

El objetivo de una buena nutrición en los niños es garantizar su crecimiento y desarrollo óptimo. Además actualmente se plantea cómo prevenir desde la infancia, por medio de una correcta nutrición, determinadas enfermedades que harán su aparición en la edad adulta. Una óptima nutrición desde niños es una inversión a largo plazo en salud y calidad de vida.

Los hábitos dietéticos comienzan a establecerse hacia los 3-4 años, por lo que es muy importante favorecer desde estas edades hábitos alimentarios saludables persistentes.

La amplia y variada oferta dietética disponible en los países desarrollados puede llegar a ser peligrosa si no se utiliza correctamente. Actualmente la dieta de los niños y adolescentes en nuestro medio contiene un exceso de carnes, embutidos y alimentos manufacturados de alta densidad energética (como bollería, *snacks* y bebidas carbonatadas), y un bajo contenido de alimentos naturales y frescos como frutas, verduras, legumbres y cereales. Esta dieta contribuye a desarrollar obesidad, que se asocia a hipertensión arterial, diabetes, y a las enfermedades cardiovasculares en el adulto. También facilita el desarrollo de arteriosclerosis, proceso que se inicia en la infancia con el depósito de grasa en las arterias, apareciendo sus

complicaciones en el adulto (infartos, trombosis, hemorragias).

No toda la grasa es perjudicial. Los ácidos grasos presentes en el aceite de oliva, en pescados y aceite de soja, ejercen un papel protector contra la arteriosclerosis. En cambio los ácidos grasos saturados presentes en los alimentos de origen animal (vísceras, yema de huevo, carnes rojas, piel de aves, leche entera, quesos y mariscos) pueden ser dañinos. También son saturados los aceites vegetales de palma y coco, muy utilizado en repostería y bollería industrial.

Las dietas con exceso de grasa se relacionan con el cáncer de colon, próstata y mama; y el abuso de alimentos ahumados y adobados con el cáncer gastro-esofágico. Por el contrario, los alimentos ricos en fibra protegen del cáncer de colon y los ricos en vitaminas A, E, C, tienen un papel protector frente a diferentes tipos de cáncer.

El calcio tiene un papel esencial en el desarrollo de los huesos y para prevenir la osteoporosis, es decir la desmineralización ósea en el adulto.

### 10 Consejos nutricionales para una dieta saludable:

- Potenciar la lactancia materna, durante los primeros 4-6 meses de vida.



- Las proteínas deben proceder tanto de fuente animal como vegetal. Potenciar el consumo de cereales y legumbres (aumentar la cantidad de los primeros platos y guarniciones, disminuyendo el tamaño del filete o pescado).
- Evitar el consumo de grasa visible en la carne (piel del pollo, grasa de cordero). Aumentar el consumo de pescado (2-3 veces / semana).
- No tomar más de 2-3 huevos por semana. Evitar la bollería industrial.
- Potenciar el uso del aceite de oliva y otros (maíz, girasol y soja) frente a mantequillas y margarinas.
- Evitar el “picoteo” entre comidas y el consumo de calorías vacías (chucherías, refrescos).
- Evitar las comidas rápidas y precocinadas. Es preferible cocinar los alimentos al horno, hervidos o al vapor y evitar fritos.
- Asegurar el aporte de leche o derivados como fuente principal de calcio. En general, a lo largo de toda la infancia se necesita medio litro de leche entera al día (2 vasos). Un vaso de leche equivale a dos yogures, o a 50 g de queso tipo bola, o a 125 g de queso fresco.
- Consumir diariamente frutas (2 piezas) y verduras.
- Moderar el consumo de sal, no añadir sal en la mesa.

Los principios básicos de una **dieta saludable** se resumen en 3 palabras: **moderación, variedad y equilibrio**; es decir, comer de todo, pero con moderación.



## ¡MI HIJO NO ME COME NADA! ¿QUÉ DEBO HACER?



La inapetencia infantil es un motivo común de preocupación para padres y madres por temor a que cause problemas en el crecimiento de sus hijos o les haga caer enfermos. Son muy frecuentes las consultas por este motivo.

Sin embargo, la mayor parte de los “niños que no comen”, en realidad presentan un peso y talla dentro de lo normal, de manera que el problema no es que “no comen”, sino que sus hábitos a la hora de comer son improcedentes o no cumplen las expectativas de sus padres, lo que crea malestar ambiental.

Por supuesto, también hay algunos niños que comen menos de lo que necesitan, pero se distinguen de los niños que no quieren comer en que los primeros pierden peso o están por debajo del peso normal mientras los segundos no.

Hay una serie de aspectos relacionados con el apetito infantil que deben tenerse en cuenta para no confundir estas situaciones:

- Cada niño/a es diferente. Algunos siempre están dispuestos a aceptar un poco más de comida mientras que otros se satisfacen con poca.

- La velocidad de crecimiento varía a lo largo de la infancia y con ella las necesidades en alimentos. Esta situación es la que explica que, desde los 18 meses y especialmente entre los 2 y 5 años, muchos niños puedan ser etiquetados de inapetentes, cuando en realidad se trata de una disminución normal de su apetito para adaptarse a sus menores necesidades, como consecuencia de la desaceleración fisiológica de su crecimiento. A partir de esta edad la constitución y los hábitos de alimentación condicionan el buen o mal apetito.
- En ocasiones se trata de “falsas inapetencias” ya que si se analiza todo lo que comen a lo largo del día se comprueba que sólo rechazan determinados alimentos, ingiriendo importantes cantidades de otros (leche, petit-suisse, yoghurt...) o que sólo les gustan determinados alimentos (salchichas, hamburguesas, patatas fritas, bollería industrial...) o que comen entre horas (zumos, bebidas azucaradas, golosinas, aperitivos...) cubriendo sus necesidades calóricas con ellos.
- De forma natural y transitoria el apetito de los niños disminuye cuando tienen enfermedades agudas (faringitis, otitis, diarrea...) y en relación a factores psicológicos (celos, escolarización, cambios en la dinámica familiar...).

Una mala estimación por parte de los padres de estas situaciones, acaba por condicionar un ambiente de ansiedad en el entorno que revierte en forzar al menor a

comer y/o permitirle ciertos caprichos. El acto de comer se convierte así en desagradable y traumático para toda la familia.

La solución a largo plazo debe centrarse en cambiar los hábitos de la familia (del niño, los padres ...y abuelos) ante la comida y la aceptación de la situación, sin considerarla una enfermedad que requiera tratamiento (estimulantes del apetito, vitaminas, etc.).

Debe tenerse presente que el acto de comer debe ser agradable: el olor, la presentación, el sabor y variedad de los alimentos, así como la compañía y la atmósfera emocional son determinantes. Es importante fijar ciertas reglas mínimas: fijarse un tiempo razonable para su duración tras el cual los alimentos no comidos deben retirarse sin comentarios y sin dar otros en sustitución y huir de las maniobras tradicionalmente utilizadas “para que coma” como castigos, promesas, premios, televisión...

Debe consultarse al pediatra ante dudas sobre el estado físico de su hijo/a o si aprecia síntomas como diarrea, vómitos o dolor persistente en relación con su pérdida de apetito, si está bajando de peso o si tiene otras preguntas o preocupaciones. Será también quien le ayude a establecer la mejor forma de resolver estas situaciones.

## EL AGUA ¿ES NECESARIA PARA LOS BEBÉS?

# 023

El bebé tiene unas necesidades de agua proporcionalmente mayores que el adulto, ya que hasta el 70% de su cuerpo está formado por agua. El agua es la “bebida ideal” en las comidas de nuestros niños, en vez de las bebidas de refresco que pueden solicitar, a medida que se van haciendo mayores.

**SI ESTÁ TOMANDO PECHO:** El bebé que toma lactancia materna no precisa de agua suplementaria salvo que haya un elevado calor ambiental o pérdidas excesivas de líquidos (diarrea, fiebre...).

**PARA PREPARAR UN BIBERÓN:** Para preparar el biberón se puede utilizar el agua potable. Basta con hervir el agua durante un minuto desde el momento en que se inicia la ebullición en la superficie. Se recomienda añadir un minuto más por cada 1.000 metros de altitud sobre el nivel del mar. El agua de bebida envasada no precisa hervirse pues, por definición, está exenta de virus, bacterias y parásitos.

Si adquirimos aguas embotelladas para preparar un bibe-

rón, debemos fijarnos en su contenido en sodio, flúor y nitratos.

**a) Sodio :** Mientras utilicemos leche de tipo 1, el agua debe contener idealmente menos de 25 mg/l de sodio. Cuando empleemos la fórmula tipo 2 (lactantes mayores de 4 – 6 meses), el agua puede tener más sodio (idealmente menos de 50 mg/l) pues el riñón del niño mayor es más maduro.

**b) Flúor:** El agua debe tener menos de 1 mg/l de flúor para lograr una efectiva prevención de la caries en el niño. Si contiene más flúor puede provocar fluorosis a largo plazo.

**c) Nitratos:** El nivel máximo tolerable de nitratos en las aguas de consumo humano es de 50 mg/l. La mayoría de las aguas envasadas tienen menos de 15 mg/l. En el caso de las aguas potables, el pediatra conoce la concentración existente de nitratos en el municipio y le indicará su idoneidad para preparar el biberón.



Nuestros hijos cada vez consumen más las llamadas bebidas blandas, es decir, zumos y bebidas refrescantes (colas, lima, limón, bebidas isotónicas...). En España, en la última década, este incremento ha sido del 41.5%, siendo mayor conforme aumenta la edad y sobre todo en adolescentes.

El consumo excesivo de estas bebidas favorece la obesidad, problema cada vez más importante en nuestra sociedad, al aportar azúcares añadidos y calorías extras a la dieta. También favorece la erosión del esmalte dental y el desarrollo de caries, sobre todo si se dan como “biberón tranquilizador” a los más pequeños, si se toman entre las comidas y si no se realiza después una correcta higiene dental. El tomar demasiados zumos puede causar diarrea, flatulencia y dolor abdominal, también por aporte excesivo de azúcares.

Pero lo más importante es su efecto negativo sobre la calidad de la dieta. La mayoría de las veces, el consumo excesivo de bebidas blandas se asocia a una disminución de la ingesta de leche y otros productos como frutas y

verduras, lo que ocasiona un aporte inadecuado de calcio (fundamental en ésta época de la vida), vitaminas, minerales y hierro. En este sentido, son peores los refrescos que los zumos. La adolescencia es la época de mayor riesgo.

Desde hace algún tiempo se ha popularizado el empleo de zumos y bebidas refrescantes (bebidas isotónicas) como tratamiento de la diarrea aguda. Hay que advertir que estos productos son inadecuados en ésta situación, de modo que puede resultar peor el remedio que la enfermedad. Continúen utilizando, en caso de diarrea, las soluciones de rehidratación (sueros orales), de venta en farmacias, que se ajustan a las recomendaciones científicas.

El agua y la leche deben seguir siendo las bebidas fundamentales de niños y adolescentes, mientras que las bebidas blandas deben consumirse sólo ocasionalmente dada su baja calidad nutricional.



## ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL EXCESO DE PESO EN LA INFANCIA?

Para conocer si un niño o niña es obeso se valora su peso en relación a su estatura, y se compara con unas tablas de referencia. La obesidad puede ser discreta (más del 10% del peso ideal), moderada (hasta un 25%), intensa (hasta el 50%) y extrema.

Según la OMS, cerca del 50% de los adultos de los países desarrollados sufre este problema, así como entre un 15 y un 20% de la población infantil. En España el porcentaje de niños obesos está aumentando en las últimas décadas, y alcanza el 13,9%. Y actualmente sabemos que muchos de los niños obesos lo seguirán siendo durante toda su vida.

Las **consecuencias** de la obesidad son suficientemente importantes como para considerarla un problema grave a largo plazo. Mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares por la arterioesclerosis o la hipertensión, pero también por el desarrollo de diabetes, alteraciones del metabolismo de las grasas, piedras en la vesícula, alteraciones respiratorias y trastornos psicológicos.

En los niños las complicaciones inmediatas más importantes son psicológicas, por las burlas y aislamiento que

sufren del resto de compañeros. También hay que destacar las dificultades para la práctica de deportes, las alteraciones ortopédicas en piernas y pies, las caries, la hipertensión en alguno de ellos, los problemas respiratorios y de piel y, en algunos casos, la posibilidad de desarrollar una diabetes.

Al principio, el niño necesita que otra persona le alimente para sobrevivir. Cuando la ganancia de peso es excesiva en el primer año de vida, más del 75% de las madres son obesas. Entre los motivos que alegan estas madres para sobrealimentar al niño están: el desconocimiento de las necesidades nutritivas del bebé, la administración de alimento como tranquilizante o la asociación de la idea de obesidad con buena salud.

Cuando el niño se alimenta por sí mismo el papel de la madre sigue siendo muy importante, ya que de ella depende su educación y es quien le prepara y proporciona los alimentos.

Si los padres sospechan que su hijo/a tiene un exceso de peso, es fundamental acudir al pediatra, que iniciará si es necesario el **tratamiento** adecuado a su situación.



El capítulo más importante es la **prevención**, que se hace estableciendo en los niños unos hábitos saludables, ya que casi todos los casos de obesidad infantil se deben a una alimentación inadecuada o al sedentarismo excesivo:

- Concienciarse de que es un problema serio; una enfermedad que hay que prevenir y tratar como cualquier otra para evitar sus complicaciones futuras.
- Asegurar una dieta variada y equilibrada en la familia. La educación del gusto y del estilo de comida es un capítulo importantísimo de la educación general del niño.
- Evitar alimentos industriales, tan frecuentes en la propaganda dirigida a los niños, y que suponen una erró-

nea comodidad para las madres. Ser originales en la preparación de la comida de nuestros hijos, y hacerles los menús atractivos, evitando transmitir al niño nuestras apetencias.

- Evitar la sobrealimentación. En general, comemos en exceso, pero los niños al ser un organismo en desarrollo, pasan etapas tan dispares como ingerir todo lo que pillan o no comer nada en absoluto. Debemos respetar a la naturaleza, casi siempre más sabia que nosotros, y no hacerle comer de manera forzada.
- Procurar la actividad física diaria y la práctica deportiva adecuada a la edad y características del niño.



La  
famiglia

La famiglia







## ¿POR QUÉ ES DIFÍCIL LA COMUNICACIÓN CON NUESTROS HIJOS? O ¿CÓMO MEJORARLA?

Educar a un hijo es una tarea difícil que requiere fundamentalmente de altas dosis de afectividad, respeto y comunicación. Aquí nos referiremos al papel que juega la comunicación dentro de la estructura familiar y, principalmente, entre padres e hijos.

Comunicar es, técnicamente, transmitir a otra persona información, sentimientos, pensamientos o ideas. Dicha acción necesita de un emisor que transmita el mensaje y un receptor que realice la escucha. Todo este proceso requiere de un código, “el lenguaje”, y de un canal para transferir el mensaje, pudiendo ser por vía oral, o mediante uno de los que está más de moda entre nuestros jóvenes, mensajes SMS e Internet.

Muchos padres se preguntan, sobre todo en el inicio de la pubertad y adolescencia, cuándo y en qué se equivocaron para que les resulte tan difícil comunicarse con sus hijos. La respuesta más común suele aludir a “la falta de tiempo” generada principalmente por motivos laborales. Debido a que en la actualidad se encuentran ambos padres “atrapados por el trabajo” los hijos pasan más tiempo solos, ya sea en casa o “cargados” de actividades extraescolares.

Por este y otros motivos, en muchos hogares encontramos que la comunicación con los hijos se limita a lo mínimo indispensable para la “supervivencia”. Se trata de diálogos basados en la mera transmisión de información. Por parte de los hijos la comunicación se caracteriza por la demanda (generalmente de cosas materiales) y mensajes concretos. En el caso de los padres y después de un intento de *¿Qué tal el colegio? - Bien, ¿Qué habéis hecho? - Nada, ¿Cómo que nada? - No sé, lo de siempre -;* dejan de preguntar desesperanzados e intentan evitar el “no me ralles” y se limitan a comunicarse mediante ordenes específicas, reproches o amenazas.

Tal como acontece el panorama actual, parece como si nuestros adolescentes hubieran prescindido de la comunicación con los padres por otros tipos de interacción (televisión y videojuegos) y comunicación (teléfono móvil e Internet). El resultado de esta combinación es el progresivo aislamiento del niño o adolescente y el descenso gradual de la comunicación en el ámbito familiar.

Entre las claves para mejorar la comunicación entre padres e hijos se encuentra el inicio precoz en la transmisión de valores y la creación de un clima afectivo y de



respeto mutuo que favorezca la expresión de sentimientos tanto positivos (alegría) como negativos (tristeza, rabia, miedo) en el niño y adolescente.

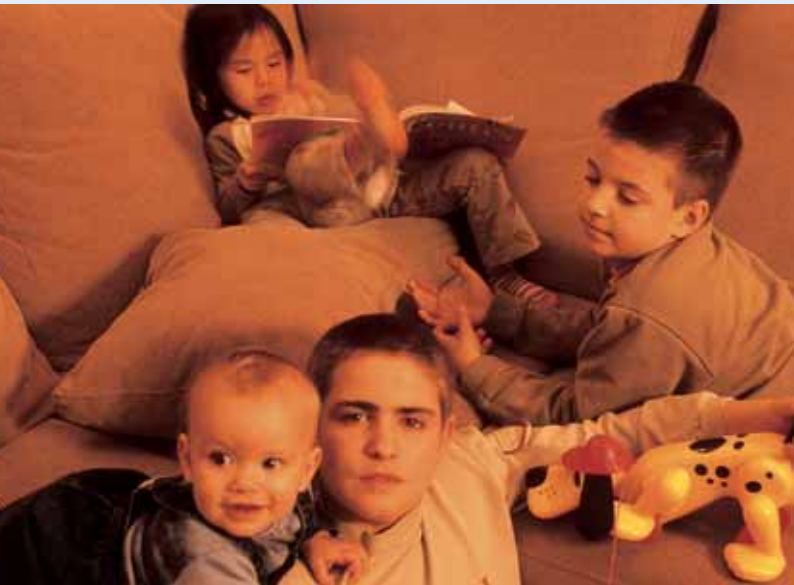
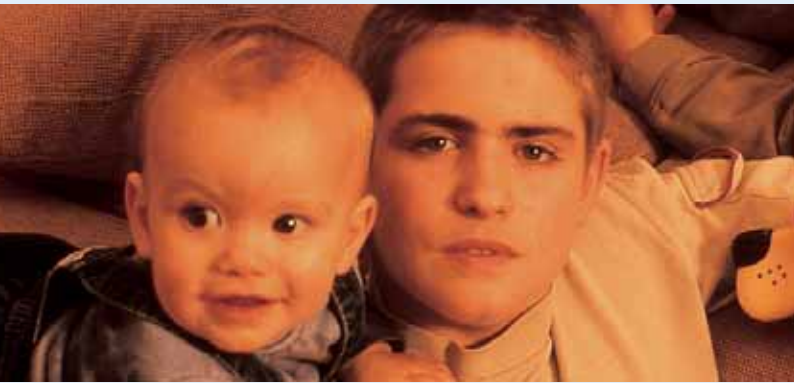
Otro aspecto importante es favorecer la comunicación *de igual a igual* y pensar que los hijos tienen cosas que enseñarnos. Por tanto, no se han de adoptar posiciones excesivamente autoritarias ni desvalorizar o tachar de absurdas sus ideas o sentimientos. También hemos de respetar su intimidad, esto implica no someter a los hijos a duros “interrogatorios” y considerar aquella información que no quieren revelarnos.

Asimismo se requieren de ciertas habilidades de comunicación en las relaciones paterno-filiales. Una de las más

importantes es la de saber escuchar (escucha activa), elemento básico para motivar la conversación. La escucha activa se caracteriza principalmente por una actitud positiva frente al mensaje del emisor; la formulación de preguntas y el sugerir respuestas. Igualmente importante es el lenguaje no verbal de la comunicación, como son la expresión corporal, facial, gestual, tono de voz, mirada, etc.

Por último, y a modo de conclusión, plantear que inexorablemente la incomunicación conduce al distanciamiento, a la incomprensión y dificulta el desarrollo y consolidación de la personalidad de los hijos. Por este motivo hemos de fomentar la comunicación mediante sus pilares básicos que son la confianza, el respeto y la tolerancia.

## ¿CÓMO EJERCER DE PADRES Y NO PERECER EN EL INTENTO?



¿Que hoy es más difícil ejercer de padres? – Ciertamente. Ahora, ejercer la paternidad responsable, con calidad y en servicio permanente, está en los mínimos.

Antes, hace unas cuantas décadas, disfrutábamos de una confabulación educativa perfecta, con una eficaz complementariedad en todos los estamentos sociales: lo que decían los padres en casa, se repetía en las escuelas. Ahora, las diversidades informativas y educativas -cuando no son clara y descaradamente “deseducativas”- hacen que sea muy complicado unificar criterios.

Todos somos conscientes que educar es difícil en los tiempos que corren. Y, si además somos sinceros, reconoceremos que hoy en día es más fácil maleducar que “bieneducar” (palabra que no contempla el Diccionario de la Real Academia).

Pero, aunque nos pese: HAY QUE EDUCAR, y sacar la oxidada autoridad del viejo baúl en donde la enterramos hace más de treinta años.

Como decía Charles Peguy: “Los grandes aventureros del siglo XX son los padres de familia”. Y hay que ser aven-



turero para entrar en el siglo XXI arrastrando tras de sí una familia tradicional con todo el bagaje cultural ancestral, chocando frontalmente con una contracultura (supuestamente “progresista”) que preconiza la tolerancia sin límites, el permisivismo total, el relativismo a ultranza y el entronizamiento del niño (¡pobrecito, que no se traumatice!).

En estas condiciones sociales, el progenitor ingresa automáticamente en las gloriosas filas de la resistencia. Se convierte en un “partisano”, pero que sabe maniobrar y sortear los obstáculos que indefectiblemente se encontrará en su objetivo parental.

### **¿Hay alguna receta para funcionar como padres?**

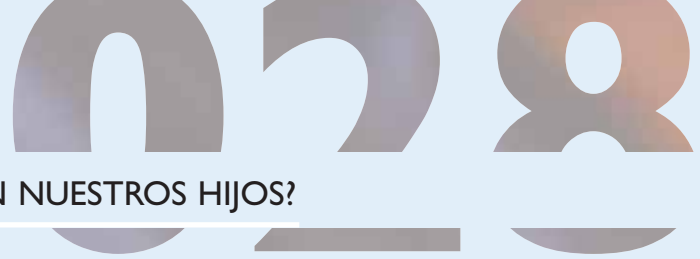
No hay receta válida, más que dejarse guiar por el sentido común, es decir, actuar con intuición, según la edad del hijo, su nivel de comprensión, su temperamento y todas sus cualidades personales e individuales que le confieren la originalidad de estar en este mundo.

Los padres no debemos empeñarnos en que nuestros hijos sean calcos idénticos hechos a nuestra imagen y semejanza, ya que no son “posesión” nuestra, en el sentido estricto de la palabra, sino un proyecto vital de futuro que ya está trazando su camino en la vida.

Tenemos que aceptar a los hijos con todas sus virtudes y sus defectos, con sus habilidades y sus limitaciones. Hay que aceptarlos “como son” y no “como nos gustaría que fuesen”. Malo si los padres se empeñan en doblegar a sus vástagos para hacerles pasar por el camino que les han

predeterminado. Después de tres décadas escuchando dramáticos informes en la consulta, estoy en condiciones de advertir a los progenitores que pretenden transformar a sus hijos/as y transmutar sus realidades personales hacia un ideal preconcebido sólo en las mentes parentales, sin ser respetuosos ante lo que nos ofrece el desarrollo natural del hijo... que lo tienen muy difícil, por no decir imposible. Y quiero añadir que tienen grandes posibilidades de “perecer” en el intento sin haber conseguido nada (únicamente amargarse en vida, arrastrando un falso sentimiento de incompetencia).

Asistir a conferencias pedagógicas y sanitarias, a cursos de Escuela de Padres, a las reuniones que convoque la escuela, leer artículos, revistas y libros de divulgación (pero con rigor científico), conversar e intercambiar puntos de vista educacionales con otros padres.... Estos son algunos de los consejos que me atrevo a darles. También aconsejarles que tengan a mano algunos libros que les sirvan de guía para apreciar los cambios madurativos que acontecen desde la cuna hasta que alcanzan la edad adulta.



## ¿CÓMO HABLAMOS DE SEXUALIDAD CON NUESTROS HIJOS?



Cuando aparece el tema de la sexualidad en casa, muchos padres piensan: “ya hablaremos de ello cuando sea el momento, cuando tenga edad”. Pero, ¿cuál es este momento?, ¿debemos esperar a que nuestros hijos comiencen a compartir su sexualidad o hayan vivido las primeras situaciones de riesgo?

Es importante reconocer que **“la sexualidad es algo más que la genitalidad y las relaciones sexuales”**. La sexualidad está ligada al cuerpo y a su aceptación, al contacto, al placer; a la identidad, al afecto, a la ternura y a la intimidad, y contiene una amplia dimensión simbólica y de fantasía.



A menudo los padres, frente a las diferentes expresiones de la sexualidad de los hijos e hijas durante el crecimiento, se sienten confusos, les surge la duda sobre lo que está bien y lo que no está bien, y hasta donde se puede considerar normal lo que observan.

Al mismo tiempo, las preguntas de los niños y niñas referentes a la sexualidad causan muchas veces sorpresa o pudor. Se tiene la sensación de no estar preparado para responderlas. Incluso sabiendo lo que se quiere responder, no se sabe muy bien cómo decirlo.

Algunos pueden pensar que responder la verdad o dar información sobre la sexualidad puede despertar en los

hijos más curiosidad, o incitarlos a una sexualidad precoz. Hay estudios que confirman que no es así. El “saber” da tranquilidad y ayuda a reconocer la propia realidad sexual y sus límites. Es necesario preparar a las personas para poder enfrentarse a los riesgos con conocimiento y criterio.

La gran mayoría de padres son perfectamente conscientes de la necesidad de una educación sexual que sea clara, positiva y adecuada a cada edad y momento evolutivo. Es decir, tratar este tema con la máxima normalidad posible.

También hemos de tratar con naturalidad las relaciones sexuales coitales y la manera de protegerse de un posible embarazo no deseado o de una enfermedad de transmisión sexual como el sida, dándoles a conocer los medios de prevención (preservativo masculino, femenino, otros anticonceptivos...). Está en juego su salud.

Cuando la información llega desde casa con normalidad, se convierte más rápidamente en conocimiento y fundamenta las bases de una futura capacidad crítica y de gestión del riesgo.

Los niños, desde muy pequeños, captan la esencia de la sexualidad a través de las relaciones más próximas. **Las vivencias cotidianas de amor, ternura, atenciones, etc.**, van dando sentido a la sexualidad del niño.

Desde los primeros contactos con el niño, en la lactancia, en la comunicación y en las caricias, es cuando

comienza a constituirse una sexualidad positiva ligada al placer y no al sufrimiento.

El primer paso siempre es difícil, pero las primeras palabras serán esenciales. Las primeras cuestiones casi siempre son alrededor de su propia identidad –de dónde vienen y cómo han sido hechos-. Ello da pie para hablar de las relaciones sexuales, del amor y de la reproducción. Si se contesta la primera pregunta, la curiosidad queda cubierta, mientras que si no se contesta o se disimula, esta curiosidad se acentúa creando confusión, y dejando pocas ganas de seguir preguntando. Probablemente buscarán las explicaciones por otras vías.

Se trata de que, de acuerdo con vuestros propios valores morales, sensibilicéis progresivamente y de manera objetiva y sencilla a vuestros hijos sobre todos estos temas, desde muy pequeños, **con las palabras adecuadas a cada edad**. Nunca es demasiado pronto para empezar, ni tampoco demasiado tarde.

En todo caso, si alguno de los sentimientos o conductas de vuestros hijos os hacen sufrir y no sabéis como afrontarlos, solicitad ayuda a un experto.



## ¿PODEMOS PREVENIR LA DROGODEPENDENCIA DESDE LA FAMILIA?

Desde que el niño nace, los padres le inculcamos valores que determinan su personalidad y su forma de vivir. Con la educación aprenden qué comportamientos son adecuados o no.

Vale la pena repasar pautas educativas conocidas por todos, pero que el ritmo de vida que llevamos favorece que se olviden o dificulten su cumplimiento.

### 1.- COMUNICACIÓN:

Debe ser sincera, respetuosa, tolerante, permitiendo al otro expresarse sin sentirse sancionado o juzgado. Las opiniones de nuestros hijos/as pueden ser contrarias a las nuestras; si les reprimimos cuando intentan comunicárnoslas, terminarán por no contarnos nada.

Expresemos sentimientos positivos. Normalmente suelen llamar más la atención sus conductas negativas. Si caemos en este error, fomentaremos su baja autoestima. Antes de criticar, mejor pararnos y pensar. Sirve para ser más constructivos y aportar soluciones que posibiliten el cambio. Limitarnos a criticar sólo crea mal ambiente. La crítica debe ir acompañada de propuestas de mejora; así

ayudamos a identificar comportamientos adecuados y proporcionamos seguridad.

Mejor no iniciar una conversación irritados. Podemos decir cosas improcedentes.

Negociemos: Ceder por ambas partes hasta llegar a acuerdos consensuados, conseguiremos eliminar el enfrentamiento constante. Es útil en cuestiones de horarios, dinero, estilos de diversión...

### 2.- NORMAS:

Son imprescindibles, regulan la convivencia y ayudan a nuestros hijos/as a aprender conductas sociales adecuadas. Si no son claras les estamos produciendo inseguridad, pues al desconocer cuáles son los límites, no saben identificar las conductas correctas. Si no existen, les forzamos a tomar decisiones para las que quizás no están preparados.

Sus consecuencias deben ser claras y expuestas en un ambiente de diálogo. Si se incumplen deben aparecer consecuencias. Tu hijo/a espera que lo cumplas.

No son buenas ni la rigidez, ni la permisividad, ambas limitan el crecimiento. Si les abrumamos con un marcaje de normas, no les dejamos desarrollar su autonomía y toma de decisiones. Sin normas no orientamos sus conductas adecuadas y puede parecerles que no nos importa lo que hacen.

### 3.- AFECTIVIDAD:

Exprésales tu cariño cuanto puedas.

Evita el conflicto constante. Con un adolescente es fácil caer en ello, porque lo natural en su crecimiento es separarse del adulto y esto, a veces, requiere la provocación.

Como padres debemos conocer sus momentos de crisis y afrontarlos con serenidad y paciencia.

Comparte momentos gratificantes, el tiempo libre puede ser una buena ocasión. Cuando son pequeños, los mejores juguetes son sus padres; luego les serviremos como modelos del disfrute del tiempo libre de forma saludable. En la adolescencia, se alejan de nosotros y pasan la mayor parte del tiempo con sus amigos, es fácil que nuestra casa se convierta casi en un hotel donde conviven extraños; nuestra tarea, es buscar momentos de encuentro de calidad, donde sea posible la comunicación y la afectividad.

### ¿Y ANTE LOS USOS DE DROGAS?

Ni los ignores, ni impongas normas sin diálogo previo. Habla de ello en ambiente tranquilo, no en el momento del consumo.

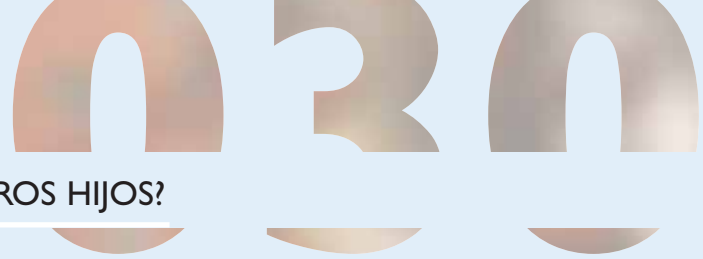


Intenta conocer las circunstancias, evitando interrogatorios, lo agobiarás y no te contará nada.

Recuerda claramente tu postura ante los consumos y las responsabilidades de los hijos (horarios, dinero, resultados escolares, colaboración en casa).

Alcanza acuerdos sobre el futuro que dificulten las conductas de uso de drogas.

A tu hijo/a le pasan cosas importantes, difíciles, conflictivas, además de los consumos de drogas. Préstale tanta atención a todos esos temas como a si se emborracha o si ha consumido alguna droga. Si te preocupa o quieres tener más información sobre el tema, puedes buscar ayuda profesional.



## ¿ES CONVENIENTE DAR DINERO A NUESTROS HIJOS?

La paga semanal es la asignación económica que los padres dan a los hijos cada semana, para lo **superfluo** u ocio.

El niño desde los 8 años ya es un consumidor muy rentable, mueve miles millones de euros (€) anuales en cosas superfluas.

La paga semanal se puede considerar como un **juego** que busca equilibrar la fantasía interior del niño (lo quiere todo) con la “realidad” exterior (todo no puede ser). Una vez acordada su cuantía, se le puede hacer reflexionar sobre su uso, siempre que los padres estén firmes y le ayuden a tener paciencia sin darle más paga “extra”, cuando “ya no queda paga”, teniendo en cuenta que la mejor es **la paga invisible** de la educación y el ejemplo.

El 54% de los niños españoles recibe paga semanal y el 46% recibe dinero para gastos. El 19% ahorra, que es otro

de los objetivos de la paga semanal. La paga semanal en España según las encuestas fue el **0,7% del salario mínimo interprofesional** tanto en 1990 (2,2 €) como en 2000 (3 €). La paga semanal europea (6-14 años) es 3,4 €.

Hay quien recomienda una cantidad fija por ser de la familia (0,5 €) y una mayor (1,5 €) por objetivos. La **paga por objetivos**: ordenar la habitación, higiene personal, tareas acabadas, evitación de insultos, fue eficaz, en adolescentes desafiantes pues estaban más felices, relajados y unidos a sus padres.

Los estudios recomiendan **restringir la paga para evitar el consumo de drogas**. Todos los niños de 15 años que consumieron cocaína en España recibían más paga semanal (20 €) que los que no se drogaban (10 €).

La opción **No paga semanal** es también saludable si el hijo comprende que lo importante es “**la paga invisible**”.





¿ES ACONSEJABLE TENER MASCOTAS EN CASA?





Tener una mascota en casa es muy educativo para los hijos, porque les ayuda a desarrollar valores como la afectividad, la preocupación por el prójimo, el respeto a los seres vivos y el sentido de la responsabilidad.

Regalar una mascota no es regalar un juguete. Es importante hacerle comprender que el animalito pasará a ser un integrante más de la familia, a quien habrá que cuidar y proteger, compartiendo juegos y diversiones.

A la hora de escoger el animal tenga en cuenta que sea el adecuado para su familia, su casa y estilo de vida, y que el niño pueda ayudar a cuidarlo.

Es importante conocer los posibles **riesgos para la salud**:

- *Alergias*: En niños alérgicos hay que evitar animales con pelo o pluma.
- *Lesiones*: Los mordiscos y arañazos de perros y gatos son las más frecuentes. La mayoría de las mordeduras ocurren en el hogar. A veces están motivadas por celos ante la llegada de un bebé a la familia. Nunca deje solo al bebé, ni a niños pequeños con un perro.
- *Infecciones*: Los animales a veces pueden transmitir gérmenes a los humanos, como:

- Salmonela: Gallinas, iguanas y tortugas.
- Rabia: Perros. Es muy rara en la actualidad.
- Enfermedad por arañazo de gato: Causa fiebre e inflamación de los ganglios linfáticos.
- Tiña: Infección de la piel, transmitida por perros, gatos, conejos...
- Toxoplasmosis: Peligrosa para embarazadas. Se contrae por contacto con excrementos de gatos.
- Psitacosis: Enfermedad parecida a la pulmonía, transmitida por loros y pájaros exóticos.

### Como evitar estos riesgos:

No bese a su mascota y evite que le lama la boca o heridas.

Lávese las manos después de jugar o atenderla.

Mantenga limpia el área de la vivienda.

Evite que coma alimentos crudos o excrementos y beba agua del inodoro.

Llévela regularmente al veterinario, desparasítela, vacúnela.



# La escuela

La escuela





Cuando nacen nuestros hijos, da comienzo una nueva etapa donde el amor y la felicidad vienen acompañados en ocasiones por grandes dudas e inseguridades como consecuencia de nuestra gran responsabilidad como padres.

Su alimentación, las vacunas, el desarrollo armónico o los periodos de sueño, constituyen algunas de esas dudas. Después, su primera escuela infantil.

Consideremos que la escuela infantil es la primera experiencia del niño con la vida escolar, donde pasa de ser el “rey de la casa” a descubrir que todo lo que le rodea no es suyo; donde compartirá juegos, juguetes, pero también

afectos; donde formará sus primeros grupos sociales, sus primeros amigos...

Descubrirá su autonomía en la alimentación, desplazamientos o control de esfínteres y pasará del balbuceo a un lenguaje claro y fluido. Donde día a día pasará de ser un ser totalmente dependiente del adulto a poder valerse por sí mismo en determinadas ocasiones.

La etapa de 0 a 6 años es fundamental en la vida del ser humano, por ello todos los adultos que rodean al niño deben tener una actitud clara en la educación del mismo, evitando que la permisividad de unos anule las actuaciones correctas de otros.



Esta primera separación suele ser en ocasiones difícil para los padres al ver llorar a sus hijos cuando se marchan.

Es recomendable seguir las pautas marcadas por el centro y hacer la integración adecuada a cada niño, ya que no todos son iguales.

### **¿Cómo seleccionarla?**

Sería interesante que, como pareja, hicierais un planteamiento serio de cómo coordinar las necesidades del niño en la etapa evolutiva en que se encuentra, y las exigencias y necesidades que vuestra vida familiar y laboral os plantea.

Debéis visitar varios centros antes de tomar una decisión. Ved las instalaciones del mismo, horarios, precios, servicios, etc.

Informaros sobre el proyecto educativo del centro, si consideráis que es el adecuado para vuestro hijo y su formación. Conoced los objetivos que se pretende conseguir y las actividades programadas con que piensan lograrlo.

Interesaros por la formación y cualificación de los profesionales que van a llevar a la práctica dicho proyecto.

Si el centro tiene servicio de comedor preguntad si la comida se elabora en el mismo, y si el menú está supervisado por el pediatra o algún especialista en nutrición.

Solicitad copia del menú y revisadlo cautelosamente, evi-

tando con ello cualquier problema de intolerancia alimenticia.

Solicitad el calendario escolar con el fin de organizar vuestras vacaciones, días libres, etc. Y preguntad por el régimen de reuniones informativas para padres.

Conoced como va a estar organizado el periodo de adaptación a la escuela infantil. Será muy útil para conseguir una buena integración.

Es importante conocer si los niños van a tener o tienen un seguimiento por un equipo de profesionales: pediatra, psicólogo, logopeda, etc.

Preguntad sobre las medidas de seguridad en la recogida de niños.

Informaros sobre la participación de los padres.

Mirad el centro con ojos de niño: ¿os sería cómodo?, ¿os gusta?, ¿cómo son los tonos que percibís? ¿dulces, cariñosos, o duros, sin afecto?

Todas estas pautas son orientativas a la hora de seleccionar una escuela infantil, pero lo más importante es que padres y educadores tengan una buena comunicación. A ambos les une un mismo objetivo: la formación y educación de los niños de hoy que serán los adultos de mañana.

## ES LA PRIMERA VEZ QUE VA AL COLEGIO ¿CÓMO DEBO ACTUAR?

El niño que se dispone a ir por primera vez al colegio pasa de un ambiente que controla, domina, y le da seguridad a otro diferente que, al principio, le puede provocar inseguridad, aislamiento y confusión.

El periodo de adaptación es el tiempo que cada alumno tarda en asimilar los cambios producidos a su alrededor. Como cada niño es diferente, cada uno necesitará su tiempo. No se le puede ayudar a la familia diciéndole los días que tardará en adaptarse, ¡ojalá!. Todo sería más fácil. Aunque sí se les puede orientar e informar de cómo sería interesante que se comportasen en este periodo.

Los recursos que usan los niños para defenderse y oponerse son:

- Algunos lloran, patalean, no comen, agreden. Todo ello encaminado a mostrar su rechazo llamando constantemente la atención.
- Otros reaccionan con el aislamiento, evitando relacionarse con compañeros y educadores. Es un error considerar que el niño ya se ha adaptado porque no llora, aquí se requiere por parte del adulto especial atención y sensibilidad.

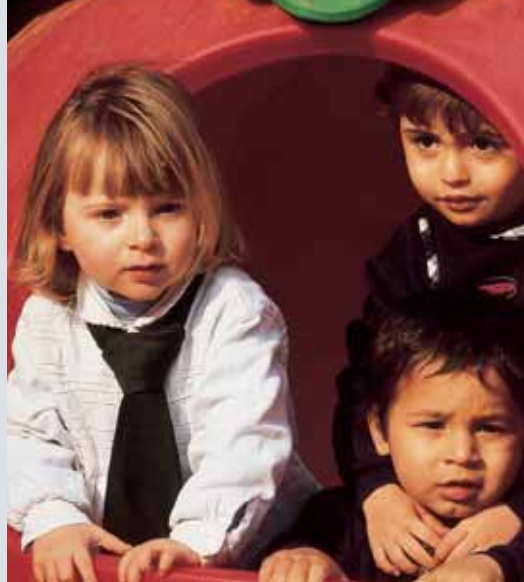
Ahora, ya sabiendo cómo reaccionará el niño, hay que resaltar la importancia de aceptar y respetar el ritmo de cada uno.

Todos los profesionales que trabajan en la educación infantil saben cómo tratar al niño en este periodo, llenándolo con grandes dosis de paciencia, apoyo, atención, afecto, y sobre todo con mucha, mucha, información a las familias.

La forma de tratarle, motivarle, escucharle, no es cuestión de simpatía personal, sino de experiencia y formación profesional.

Los adultos son un elemento de ayuda muy importante, quienes con su forma de actuar pueden conseguir que el periodo de adaptación sea menos difícil para el niño.

La correcta adaptación del hijo al centro dependerá de cual sea la actitud que muestren los padres. Es fundamental hacerle vivir la nueva situación con “expectación y alegría”, visitando el centro con él, las veces necesarias, consiguiendo que se familiarice con su nuevo ambiente. También es necesario informarle de lo que hará durante el día. Nunca se le mentirá diciéndole cosas como: “no llores, cariño que yo me quedo detrás de la puerta”, tampoco se le hace ningún favor enfocando al centro como su enemigo con comentarios como: “si no te portas bien te dejo en el cole”



El centro siempre ha de ser el amigo del niño, nunca el sustituto de la familia, y así lo debe sentir:

Si somos conscientes de que ésta es la primera escolarización vale la pena recordar lo que opina la UNESCO sobre cómo han de ser los centros infantiles, "no excesivamente grandes, para que los niños puedan encontrar el carácter de una gran familia en cuyo seno el niño se sienta seguro y pueda conocer al resto de niños y adultos. Nunca ha de estar dentro de otras instalaciones que alberguen niños o niñas mayores, para preservar su seguridad física y sobre todo psicológica. Todo ha de estar a su medida".

Una vez que las semanas vayan pasando, la familia respi-

rará relajadamente y se dirá "menos mal que no tiramos la toalla, porque valía la pena esperar".

Sólo aquellos que han tenido oportunidades de sentirse apreciados, atendidos, valorados, pueden desarrollar el gusto por la actividad (sea autónoma o cooperativa). Sólo aquel que ha comprobado sus posibilidades de actuación puede tener confianza en sí mismo y estar disponible para mantener actitudes de solidaridad, compañerismo y estima.

En estas líneas se ha querido tener presente esos primeros días de todos los alumnos "nuevos". Que éstas sirvan de ayuda para entender los momentos cruciales por los que todos tarde o temprano han de pasar.

## ¿QUÉ DEBEMOS HACER SI NUESTRO HIJO TIENE DIFICULTADES ESCOLARES?



Es evidente que las dificultades para el aprendizaje en las primeras etapas de escolarización de un niño son un motivo de preocupación. Y no sólo para sus padres. También para los maestros, a los que afecta directamente, y para el pediatra, que las considera una señal de alarma. Porque un rendimiento bajo en la escuela, independientemente de si se debe a una enfermedad física o no, puede alterar la relación de los distintos miembros de la familia, puede dificultar la integración del niño con sus compañeros de clase y, si persiste el tiempo suficiente, puede acabar produciendo alteraciones psicológicas que van a dificultar cualquier aspecto de su vida (comportamiento, apetito, sueño...).

Hacer el **diagnóstico** no es difícil. El pediatra descartará primero las causas médicas más habituales, y en caso de no encontrar nada valorable, pedirá un informe psicopedagógico para dejar claro cuáles son las capacidades del niño para el estudio. Como factores desencadenantes hay que tener en cuenta los problemas familiares (separaciones conflictivas, enfermedades... ) o una falta de adaptación del niño al nuevo colegio.

Una vez encontrada la causa, lo complejo en algunos casos, es aplicar la solución. Y lo fundamental para ello es la **comunicación** entre las partes implicadas. Los padres han de estar en contacto permanente con el tutor de su hijo, y conocer las posibilidades del centro escolar.

Maestros y profesionales de la salud deben tener un diálogo directo cuando surge un problema (lo que suele ser poco habitual), y la opinión de TODOS, tendría que valorarse para la toma de decisiones.

¿Y para qué todo ésto? Para **defender el derecho de cada niño como ser individual** (con sus cualidades y sus limitaciones), y ayudarle a tener una infancia feliz aunque tenga dificultades escolares. Si hay algo, en lo que todos debemos estar de acuerdo, es en acabar con el maltrato institucionalizado de algunos niños con déficits.

Les remito a unas hermosas palabras de Antonio Gala que merecen una profunda reflexión: "Para los mayores, el niño es un proyecto, algo sin terminar que desembocará en lo que somos... No comprendemos que es un ser completo en sí, distinto, con metas propias, necesidades propias... Quizá el fin del almendro sea la almendra, pero la flor es ya perfecta: no pide referencias a su fruto futuro, es como es: efímera, y cumple su función de heraldo de la primavera. Si queremos salvarnos, salvemos a los niños; si no, no habrá remedio".

El niño superdotado es aquel que tiene una capacidad intelectual superior a la franja media considerada como normal, es decir por encima de 120 en el test de Coeficiente Intelectual. Se considera que un 90% de las personas se hallan entre 90-120 y queda un 5% de individuos por debajo de esta cifra y otro 5% por encima.

Generalmente los padres notan ya desde que es muy pequeño, que su hijo se muestra más precoz que los demás niños en varios aspectos, como en la adquisición del lenguaje: a los 2 años suelen hablar correctamente y con expresiones maduras, son capaces de aprender a leer y escribir por sí mismos a veces antes de los 4 años, se interesan por actividades más propias de niños mayores que ellos y a menudo han adquirido una destreza o habilidad artística o manual a una edad temprana. Más adelante, se muestran preocupados por problemas del mundo adulto a los que intentan hallar solución, les gusta inventar cosas y se muestran muy creativos.

Pero no olvidemos que el ser humano se compone no sólo de capacidades, sino que los aspectos afectivos y emocionales, así como el temperamento innato, juegan un papel determinante en el crecimiento personal y en

la progresiva adquisición de un cierto equilibrio y bienestar con uno mismo. Y ahí es donde, demasiado a menudo, los que nos dedicamos a la salud mental infantil comprobamos que estos niños viven una situación de desfase entre su capacidad intelectual y esas otras capacidades emocionales que nos ayudan a adaptarnos al medio en que nos movemos. Por ejemplo, no es extraño que estos niños presenten muchas dificultades de adaptación escolar, dándose incluso la paradoja en ocasiones de que fracasen en los aprendizajes.

Hay que reconocer que para un educador es todo un reto encontrarse ante un alumno con una inteligencia superior a la media, al que parece quedársele corto el programa de aprendizajes pensado para su edad. Por otra parte a veces su agilidad mental y su iniciativa le convierten en un niño incómodo que incluso cuestiona al profesor en cuanto a su método de enseñanza. Aunque en este sentido también hay que lamentar la enorme carencia de medios y de mentalización en nuestro actual sistema pedagógico para poder llevar a cabo con estos niños un abordaje académico no discriminatorio, pero sí personalizado que permitiera el máximo desarrollo de su potencial. Incluso en casa, si el ambiente familiar no es receptivo y algo estimulante intelectual-





mente, pueden llegar a sentirse rechazados e incomprensidos por su propia familia.

También son frecuentes los problemas de relación con sus iguales, los sentimientos de tristeza, infelicidad y malestar consigo mismos derivados del sentirse “diferentes”. Muchas veces lo que el niño manifiesta son diversas dolencias físicas o una especial vulnerabilidad ante las frustraciones. Todo esto suele agravarse al llegar a la adolescencia, ya que a esa edad la necesidad de pertenecer a un grupo se intensifica, y el adolescente superdotado tiene más difícil la identificación con los demás cuando a veces lo único que comparten es la edad, pero no una misma forma de sentir, pensar o ver la vida.

Si unos padres sospechan que quizás su hijo tenga una capacidad intelectual superior a lo normal, deben comentarlo con los educadores del niño o con su pediatra. Cuanto antes se haga ésto, tanto mejor para el niño, puesto que sus características diferenciales y necesidades específicas podrán ser atendidas en beneficio de su desarrollo con una adecuada orientación, dirigida tanto al niño como a sus padres y profesores, y de este modo prevenir posibles desajustes respecto al medio que le rodea.

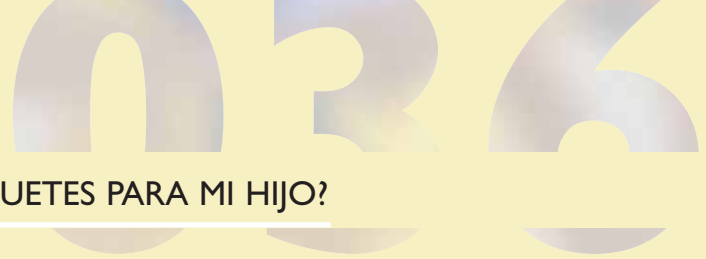


# Juego, ocio y deporte

Juego, ocio y deporte

ov  
nte





## ¿CUÁLES SON LOS MEJORES JUEGOS Y JUGUETES PARA MI HIJO?

Nadie podría definir exactamente lo que es jugar. Para cada niño es diferente, y los juguetes de hoy en día no tienen nada que ver con los que en su día disfrutamos los que hoy somos adultos. El juego ofrece al niño la posibilidad de ser y estar activo frente a la realidad. Jugar es distraerse, hacer, investigar, crear, evolucionar. El juego permite crecer, integrarse y desarrollarse. El niño juega para descubrirse a sí mismo y ser reconocido por los demás, para aprender a conocer su entorno. No podemos olvidar que para los niños, jugar es tan esencial, indispensable y básico como dormir o alimentarse.

Todos los niños desean jugar con sus padres, pero lo cierto es que no todos los padres están dispuestos siempre a ello. Aprender a jugar con los hijos puede descubrir cómo engrandecer y enternecer nuestro mundo.

La elección de un determinado juguete como regalo, tiene un primer componente de afectividad, sorpresa y alegría momentánea. Pasado este primer momento de ilusión, es cuando el juguete puede o no empezar a realizar su misión. Si el niño juega con él y obtiene entretenimiento, el regalo habrá sido un acierto; en caso contrario, es decir, si el juguete queda arrinconado, el regalo habrá sido un fracaso.

Los niños necesitan un juguete de diseño abierto, susceptible de muchos usos diferentes, de representar un gran número de papeles. No ha de ser muy realista, ni muy complicado. De los juguetes muy especializados, que nada más sirven para un uso muy concreto, se suelen cansar, no sólo por el carácter delicado del juguete y su manipulación muy complicada, sino porque su función muy delimitada no deja espacio para la imaginación. El juego del niño se ha de orientar a la participación entre todos.

La imaginación de un niño actúa en sentido proporcionalmente contrario a la sofisticación del juguete que le dan, cuanto más elaborado y perfecto es, menos tiene que ayudarle con sus ideas. Cuanto más simple, mejor actúa su mente para buscarle una razón de ser. Para que un niño encuentre satisfacción en el juguete, éste tiene que ser activo. Es necesario disponer no sólo de los denominados juguetes educativos, sino también de los tradicionales (muñecas, coches, cocinas, trenes...).

La controversia sobre los juguetes bélicos es muy antigua y se han utilizado argumentos muy diferentes para contrarrestarla. Una solución utópica sería evitar que existieran, y que el niño no los vea como práctica normal entre



los adultos. Actualmente están en decadencia y esto a pesar de que la televisión los protege demasiado, no precisamente en sus anuncios, sino en sus programas cargados de violencia. Probablemente la televisión sea el principal enemigo que tiene el juguete, quedarse fascinado delante de ella impide al niño que pueda jugar; al mismo tiempo que le reduce a un estado de pasividad que no es normal; el lado bueno es la información, pero a veces está deformada.

### La elección mas idónea

Entre los factores a tener en cuenta a la hora de elegir un juguete aportamos los siguientes:

- Construcción sencilla

- Múltiples posibilidades de utilización

- Que atraiga el interés del niño

- Materiales agradables al tacto

- Que dure y sea seguro

- Que fomente el juego en común

- Que responda a la finalidad para la que fue diseñado

Algunos de nuestros primeros y más fieles amigos, son los juguetes que teníamos cuando éramos niños. Todos deberíamos aprender a ser tan fieles como los juguetes de entonces. Y no olvides que el mejor juguete para tus hijos, puedes ser tú.



## ¿HAY UNA FORMA ADECUADA DE USAR LA TELEVISIÓN?

La televisión, ese fabuloso invento, por sus características de rapidez, simultaneidad y universalidad, es el medio de comunicación de masas por excelencia. El impacto de la televisión en la vida del niño es incuestionable, es la mayor fuente de información e influencia en su mundo. En España ver la televisión se ha convertido en la segunda actividad del niño después del sueño.

### **Programas y publicidad influyen en la salud infantil**

En algunos niños el tiempo que pasan delante de un televisor excede ampliamente al que permanecen en la escuela, superando con facilidad las 20 horas semanales. Las horas preferidas por la audiencia infantil son las primeras de la mañana, antes de iniciar su actividad escolar; a la hora de comer y, el horario estrella, al llegar a casa después de la jornada escolar; sobre todo en niños desde los 2 a los 11 años, si bien desafortunadamente muchos niños terminan viendo la tele en el horario nocturno, mal llamado familiar.

Los niños y adolescentes, según la UNESCO, son uno de los grupos más consumidores de televisión. Además son más vulnerables a sus efectos en función del tiempo que pasen viéndola por un fenómeno acumulativo, convirtiendo el mundo expuesto en televisión en su propio

mundo. El mensaje televisivo se convierte en su mundo “real”. Por eso es importante evitar que el niño pase un tiempo excesivo delante del televisor.

Esta visión del mundo que se ofrece desde la televisión, en ocasiones injusta, falsa o ampliamente distorsionada, no va a favorecer conductas ni actitudes prosociales, solidarias o positivas en el niño y adolescente.

Mensajes relacionados con la violencia en todas sus facetas y que pueden estar presentes en programaciones que van desde las teleseries a los vídeos musicales, pasando por algunos dibujos animados, etc. o mensajes relacionados con el sexo también desde la amplia oferta televisiva, son frecuentes e inadecuados y van a crear desgraciadamente patrones de conducta claramente alterados.

Un aspecto importantísimo a la hora de valorar este consumo televisivo es la influencia de los programas y especialmente de la publicidad en la salud infantil. La publicidad, hoy más que nunca, está dirigida a niños y adolescentes, ya que supone “pequeños grandes bolsillos”, y ellos son ya y serán mañana los grandes consumidores. La publicidad carece en muchas ocasiones de rigor



y veracidad y va a influir en aspectos tan importantes como la alimentación y el juego. El anuncio publicitario reúne las condiciones idóneas para sintonizar con el pequeño telespectador: imágenes condensadas, impresionantes, sincrónicas, polisensoriales, etc., en suma, una “maravilla” que no fatiga y que capta la atención del niño. Baste sólo un dato: aproximadamente el 75% de los mensajes televisivos relacionados con la salud son anuncios comerciales. La televisión va a influir de alguna manera y como dato muy importante en la dinámica familiar, en el rendimiento escolar y en el ocio del niño y del adolescente.

¿Qué hacer entonces?, ¿cómo mejorar el consumo televisivo?, ¿cómo usar mejor este sensacional invento?. En primer lugar deberíamos tener información de los riesgos psicosociales que la visión prolongada e indiscriminada pueda tener en los niños, para poder aconsejar a

nuestros hijos sobre aspectos negativos sobre la salud de la TV. Ayudar a crear en el niño una mentalidad crítica, que lo proteja en su desarrollo psicoemocional del bombardeo publicitario y de los programas que incitan a hábitos de vida poco saludables y antisociales. Y por último, padres y pediatras deberíamos influir sobre los poderes públicos para que legislen y consensúen con los entes televisivos, públicos y privados, una programación y publicidad que responda plenamente a las exigencias reales de nuestros niños y adolescentes y proteja sus derechos.



## SOBRE EL MÓVIL Y OTRAS TECNOLOGÍAS ¿CÓMO UTILIZARLOS BIEN?



El progreso de la tecnología sigue un ritmo trepidante. El avance se ha disparado en campos como los videojuegos, la telefonía móvil, y por supuesto, Internet. Muchos padres pueden verse desbordados para asimilar el progreso que se ha producido en tan pocos años. A su vez, la tarea educadora de los padres queda comprometida por los mensajes, imágenes e ideas que sus hijos reciben a diario, y sobre los que ellos sólo pueden ejercer un mínimo control.

El **teléfono móvil** ha irrumpido con fuerza, especialmente en el mundo de los adolescentes. Es frecuente oír quejarse a padres del mal uso que de él hacen sus hijos. Sin olvidarnos de lo bueno y práctico que aporta esta tecnología, hay que señalar que la adicción al móvil es una de las más destacadas en la actualidad. Según los investigadores, el perfil del adicto joven es una persona con falta de identidad personal o poca estructuración personal.

Los **videojuegos** llenan muchas horas de ocio de los niños y adolescentes. Y es frecuente que sus contenidos sean violentos. Los estudios demuestran que incrementan los niveles de agresividad en los niños durante el período de tiempo inmediatamente posterior a la exposición, y que disminuyen de forma significativa las conductas de ayuda social. Un experto afirma que las habilidades que practican los niños mientras juegan con un videojuego violento, se basan en las mismas técnicas desarrolladas por los militares que entrenan soldados para la guerra.

La conexión a **Internet** se ha universalizado, siendo el medio de comunicación que más se ha incrementado en los últimos años. La población infantil y adolescente cada vez le dedica más tiempo. Lo utilizan para sus tareas escolares, sustituyendo a las bibliotecas como fuente de información. Pero también lo utilizan para conseguir una dieta que adelgace o para comprar un determinado producto que no se atreverían a pedir en la tienda.

Muchos adolescentes han informado a través de la red sobre sí mismos, sobre sus padres, los ingresos económicos familiares, las tiendas donde compran, o sobre las actividades de ocio que practican.

La sexualidad está también presente en la red. Es fácil el acceso a la pornografía, incluida la de carácter violento, así como a las páginas de grupos racistas y neo-nazis. No existe ninguna regulación sobre la red.

El tiempo dedicado a la navegación reduce el que se puede dedicar a la vida familiar: Internet separa: menos de un 10 % de adolescentes comparten actividades online con sus padres.

### **¿Qué se puede hacer?**

Se puede realizar un buen uso del teléfono móvil, así como de los videojuegos e Internet. Por ello se debe enseñar este buen uso a los hijos.

La mejor recomendación es **COMPARTIR** el tiempo con ellos. El hecho de navegar juntos padres e hijos, e interesarse por el contenido de sus videojuegos favoritos, nos va a permitir conocer el alcance del buen o mal uso de las nuevas tecnologías.

No se trata de criticar la modernidad. Ni es útil refugiarse en la nostalgia.

El móvil, los videojuegos, e Internet son, posiblemente, instrumentos educativos, de ocio y de comunicación como jamás habíamos soñado. Si conseguimos educar para su buen uso, el impacto de ellos en niños y adolescentes será, sin duda, para enriquecer sus vidas de forma inmensurable.

## EL DEPORTE ¿QUÉ BENEFICIOS TIENE?

La educación física es “el derecho del individuo a desarrollar sus facultades físicas, intelectuales y morales” (UNESCO).

Su objetivo en los niños es que adquieran el conocimiento de ellos mismos y de los objetos que les rodean y capacitarlos para desenvolverse en el medio en que se encuentran. De este modo, los niños aprenden el dominio de su cuerpo al servicio de la voluntad y de la iniciativa.

El ejercicio físico recreativo es el verdadero motor de la salud física, mental y social. Su objetivo principal consiste en mejorar la calidad de vida. La práctica regular de actividad física ayuda a niños y jóvenes a construir y mantener huesos, articulaciones y músculos sanos, contribuye al control del peso corporal y al desarrollo funcional eficiente del corazón y los pulmones. Facilita el desarrollo de habilidades de movimiento y ayuda a prevenir y controlar sentimientos de ansiedad y depresión (Organización Mundial de la Salud).

Debemos procurar que la actividad física, si es fuente de salud, sea también fuente de placer. Su ofrecimiento será como un juego divertido que les apetezca y demuestren deseo de realizar.

Tiene relevancia el *reconocimiento previo para la práctica deportiva*, realizado por médico especialista, y la realización de *controles de seguimiento anuales*.

El movimiento corporal es importante desde los primeros meses de vida :

**A partir del sexto mes de vida**, nuestro objetivo será la *maduración motora*: mediante la estimulación a través de movimientos pasivos y activos, realizados por padres y cuidadores. Satisface las necesidades articulares y musculares. Somos partidarios de la permanencia en el “parque” el mayor tiempo posible y desaconsejamos el uso de andadores.

**De uno a dos años**, el objetivo es la *maduración de la marcha*: ejercicios espontáneos bajo libertad vigilada para prevenir accidentes.

**En el periodo de “preescolar”**, el *perfeccionamiento sensorial y la educación del porte* son los objetivos; los juegos dirigidos (corro, danzas populares, marcha con canto, juegos de pantomima), los ejercicios de reptación, de coordinación, subacuáticos y la marcha, carrera y saltos son los programas que aconsejamos.

**Al inicio de la etapa de “escolarización obligatoria”** es necesario el profesor de educación física; será el encar-



gado de ofertar ejercicios dinámicos sin sobrecargas importantes para no alterar el crecimiento armónico. Las tablas de educación física, la gimnasia correctiva del porte y los juegos predeportivos son los grupos aconsejados, junto con la danza rítmica. No descuidemos los aspectos psicológicos, son más vulnerables; pueden aparecer alteraciones tanto por los triunfos o en los superdotados como por los fracasos repetidos, que muchas veces nos cuesta aceptar a los padres.

#### **Durante la adolescencia distinguimos:**

La fase de comienzo puberal, (unos dos años) donde los ejercicios localizados y científicos por un lado, los naturales y generalizados por otro y los que desarrollen, poco a poco, la fuerza muscular son los indicados. Aumentar el carácter rítmico en el programa de las adolescentes.

La fase postpuberal: (ejercicios para mejorar coordinación, destreza, agilidad), ejercicios generales de carácter

utilitario; juegos deportivos (baloncesto, balonmano, hockey, pelota, voleibol, fútbol).

Los posibles “talentos deportivos”, deben disponer de tiempo para el entrenamiento sin que perjudique al resto de sus estudios y actividades.

La mayoría de adolescentes continuarán realizando ejercicio físico y deporte como complemento al resto de actividades, decisión beneficiosa para su madurez en ambientes sanos y con menos contactos con las “movidas” y drogadicción.

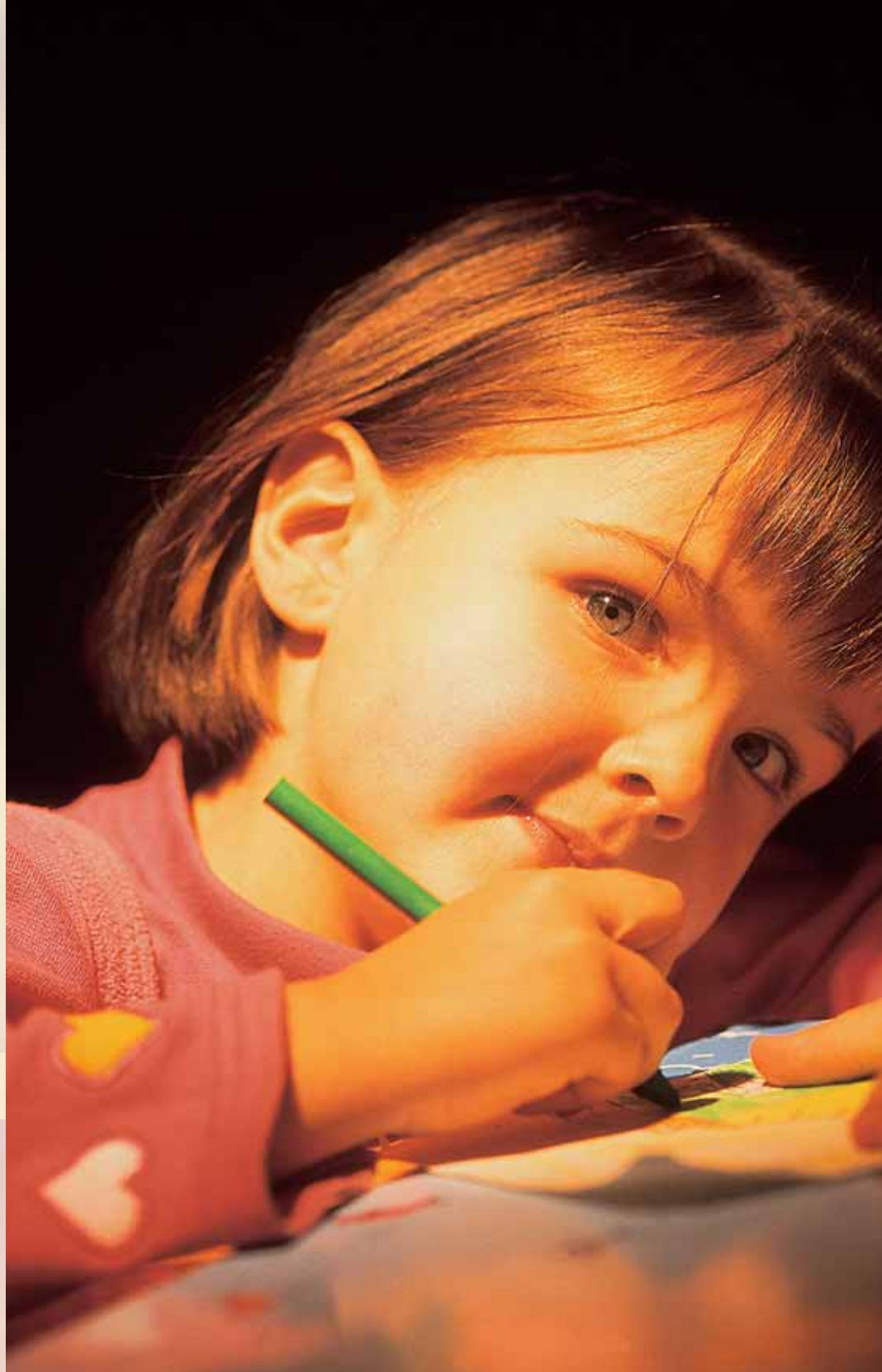
Otro grupo de adolescentes, al término de la etapa de educación obligatoria, abandonará la práctica deportiva aduciendo varias razones. El papel de los padres y de los pediatras será estimular a estos adolescentes con el fin de mantenerlos en la práctica deportiva.

# Sobre hábitos y conductas

Sobre hábitos y conductas



itos  
tas



## ¿PODEMOS FAVORECER LA AUTOESTIMA DE NUESTRO HIJO?

### ¿Qué es?

Autoestima es el concepto que tenemos de nuestra propia valía. Está basada en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que, sobre nosotros mismos, vamos recogiendo a lo largo de toda nuestra vida.

### ¿Por qué es importante?

Cuando nos sentimos bien con nosotros mismos somos más capaces de afrontar las distintas situaciones que a lo largo de la vida se nos van planteando.

### ¿Cómo se adquiere?

El concepto del YO y de la autoestima se desarrollan gradualmente. Empieza en la infancia y sigue formándose a lo largo de toda nuestra vida; pero tanto la infancia como la adolescencia son dos periodos críticos para la consecución de la misma.

**En la infancia,** el niño depende casi exclusivamente de los cuidados *nutricios* de las personas de su entorno, y su YO, débil, no puede defenderse de un ambiente hostil.

El bebé no tiene un concepto de sí como unidad: sencillamente “experimenta”. El lactante experimenta una

sensación de bienestar cuando recibe caricias, está calentito, se le alimenta, se le sonríe,... es decir, cuando le satisfacen sus necesidades físicas y nota un ambiente cálido y estimulante. Conforme se desarrolla el niño, percibe cómo reaccionan los demás hacia él, y alrededor de los dos años, con el desarrollo del lenguaje, ya tiene una sensación de autonomía, una conciencia de ser persona.

*La primera idea y sensación del yo se forma en las primeras etapas de la vida y prácticamente depende de las reacciones de los demás (sus padres y cuidadores) hacia el niño. Esa primera impresión de propio yo forma la semilla del sentimiento de la propia valía.*

Una vez pasada la primera infancia, el niño amplía su experiencia del mundo fuera de su familia, se relaciona en la escuela y en los juegos con sus amigos, maestros, vecinos,... las respuestas de todos ellos se van sumando al complejo concepto del YO. El niño, que va adquiriendo la capacidad de pensar por sí mismo, puede ser capaz de frenar la crítica negativa de un compañero, pero le es más difícil descalificar los comentarios que de él hagan personas significativas: maestros, tutores, adul-

tos cercanos... De ahí la importancia de educar en la autoestima.

**En la adolescencia,** el joven necesita hacerse con una *IDENTIDAD* propia, desligándose de los vínculos que hasta entonces eran los más sólidos, su familia, para lanzarse a establecer lazos con las personas de su entorno, lo cual va a suponer un cierto desequilibrio entre los valores paternos aprendidos e incorporados como suyos y los que le ofrece la sociedad a través de sus compañeros, medios de comunicación,... lo cual va a desembocar en la crisis de la adolescencia.

#### **Como educar en la autoestima.**

##### **Niños:**

**CARIÑO:** ofrézcale un clima de afecto y cariño, demuéstrselo con el lenguaje, gestos y caricias.

**TIEMPO:** el juego le permite al niño desarrollarse y sentir que puede compartir algo con sus padres.

**PONER LÍMITES:** debe saber lo que se espera de él, lo que está bien y lo que no. Llámelo la atención con cariño y con firmeza, sin demasiadas explicaciones. Reprima la conducta, no la persona.

**ENSEÑAR:** el niño aprende de sus mayores, si le enseñamos con paciencia y valorando lo que va aprendiendo, le haremos más seguro que si se lo hacemos nosotros.

##### **Adolescentes:**

**VINCULACIÓN:** que se sienta parte de la familia. Hágale partícipe de temas y decisiones.

**RESPECTO Y COMUNICACIÓN:** permítale que se exprese, sin censurarle. Anímele a que exprese sus ideas, y que él conozca las suyas.

**COHERENCIA:** sean buenos modelos de autoestima, y comportamiento.

**RESPONSABILIDAD:** confíele tareas, según su edad y capacidad, no le dirija minuciosamente, respete su manera de hacer:

**CENSURA:** cuando sus actos lo necesiten, sin ridiculizarle. Hágale pensar:

**ELOGIOS:** cuando su actitud, progresos y/o acción así lo requiera.

**INTERÉS:** por sus amigos y aficiones. Comparta tiempo con él.



## ¿CÓMO ESTABLECER LÍMITES Y A LA VEZ EDUCAR CON AMOR?

En la difícil profesión de ser padres, educamos a nuestros hijos teniendo como referencia la educación que nos dieron nuestros padres, asesorándonos en libros y, sobre todo, guiándonos por nuestras intuiciones. Y es que educar no es una tarea sencilla. Cuando nos encontramos con el recién nacido en brazos, ponemos en marcha todo un abanico de recursos y olvidamos, con frecuencia, otra necesidad importante para su desarrollo: la necesidad de autoridad y límites.

### ¿Por qué esa necesidad de poner límites en la educación de nuestros hijos?

La misma pregunta nos está dando una respuesta: porque estamos educando.

En muchas ocasiones tendemos a unir el concepto de “autoridad” con el de “autoritarismo”. Unos padres *autoritarios* valoran la obediencia incuestionable, no aceptando ningún tipo de comportamiento u opinión que contradiga lo que ellos consideran adecuado. Por el contrario, unos padres *con autoridad* ejercen un firme control cuando es necesario, pero explican su posición mientras respetan los intereses, las opiniones y la personalidad de sus hijos.

En realidad, el niño necesita sentirse libre y autónomo pero siempre dentro de unas ciertas reglas y unos lími-

tes. Si los padres no pusieran ningún límite al comportamiento del niño, si cedieran ante todos sus deseos, estarían ofreciendo un modelo erróneo, y el hijo no aprendería qué puede y no puede hacer; cuándo puede y cuándo no. Estaríamos limitando su crecimiento personal y psicológico.

Al establecer reglas o límites estamos creando un entorno de seguridad necesario para el desarrollo integral del niño. Es dentro del núcleo familiar donde el niño empieza a aprender el cumplimiento de unas normas, de unas reglas que posteriormente se le van a exigir para su perfecta socialización.

Al actuar de esta forma, evitamos la sobreprotección y fomentamos su autonomía. El niño necesita que sus padres le apoyen en su proceso de exploración, de satisfacción de sus deseos; pero también necesita que le ayuden a situarse de forma gradual en la realidad. Si le animamos a tomar la iniciativa en determinadas tareas, nuestro hijo irá aprendiendo, paulatinamente, a asumir responsabilidades.

Actuando así, los padres van creando un clima familiar que favorece la comunicación. Esto es muy importante en la niñez, pero es básico en la posterior adolescencia.



### ¿Y cómo establecer esos límites?

En primer lugar, *debemos ser consecuentes*. Todo límite puede llevar consigo cierta frustración, no sólo para el niño que tiene que aprender a respetar la norma, sino también para los padres. Si el adulto no tiene la firmeza suficiente para mantener la norma establecida, va a dificultar que el niño la acepte y la interiorice.

En segundo lugar, los padres deben ejercer el control combinando *afecto, firmeza y seguridad*. Si las figuras más importantes e influyentes para el niño, sus padres, le tratan con cariño, reconociendo sus derechos y sus deberes, se sentirá seguro. No debemos confundir el establecer límites, con imponer castigos o hacer descalificaciones personales. En ocasiones, esperamos a que el niño

transgreda continuamente una norma respondiendo los padres a continuación de forma excitada. *Los límites, para que funcionen, deben estar puestos a su debido tiempo.*

Para que una norma sea aceptada por el niño, debe ser explicada de acuerdo a su desarrollo evolutivo y *no debe ser modificada de forma arbitraria*. Todos los padres saben cuándo deben flexibilizar y cuándo mantenerse firmes.

En definitiva, el establecimiento de unos límites en la educación es básico para el desarrollo social, personal y psicológico. El niño necesita sentir que sus padres le ofrecen seguridad y confianza, a la vez que le enseñan y ayudan a aceptar la realidad.



## HIJOS REBELDES....¿CON O SIN CAUSA?

Entender el motivo por el que un niño no sigue las indicaciones de sus padres puede ayudar a conseguir que lo hagan. La *desobediencia* es una forma de expresar diferentes situaciones por las que atraviesa el niño en su crecimiento, y en cada edad puede manifestarse de diferentes modos.

En cualquier caso, siempre hay **causas** que la justifican como:

Que lo que se pide al niño no se corresponda con su nivel de comprensión.

Que demos varias órdenes a la vez, e incluso que éstas sean contradictorias.

Que el niño no se sienta capaz de satisfacer una demanda porque ésta supere sus capacidades.

Que sepa que alguien hará por él lo que se le pidió.

La necesidad de llamar la atención del entorno (la mayoría de veces estamos más pendientes de nuestros hijos cuando se comportan de forma inadecuada, aunque sólo sea para advertirles o regañarles).

Por otra parte, el niño ya desde sus primeros años intenta experimentar la independencia, y quiere diferenciarse

del deseo de sus padres para ir construyendo su propia personalidad. Así, alrededor de los 2-3 años comienza a decir “no” indiscriminadamente tratando de *afianzar su identidad*.

La desobediencia, el negativismo, es su forma de mostrar sus necesidades y deseos, de sentirse único, original. Requiere nuestra valoración y reconocimiento pero no una exagerada protección. Esta actitud es lo que entendemos por *rebeldía*, y en este sentido, es parte de un desarrollo sano, que tiene su momento más álgido en la adolescencia.

Mediante el comportamiento rebelde nuestros hijos intentan establecer sus propios criterios de conducta, poder fijar sus límites y ver hasta donde llegan los nuestros. Se cuestionan las normas impuestas y el valor de éstas.

Pero cuando esta necesidad de diferenciarse del otro, de “medirse” frente la autoridad, no es canalizada adecuadamente, puede convertirse en la expresión de conductas negativistas y desadaptadas que pueden llevar a los jóvenes a elecciones poco afortunadas e incluso perjudiciales para sí mismos, convirtiéndose en un verdadero problema para su entorno.



Como padres y educadores podemos **prevenir** que ésto ocurra, facilitando en los jóvenes una interiorización de normas y valores que les permita desarrollar una adecuada autoestima. Para ello, tengamos en cuenta las siguientes “sugerencias”:

*Ofrecernos como modelos, como soporte y apoyo.* Nuestra experiencia puede ser un buen referente para ellos, siempre que nos coloquemos en disposición de ser preguntados, defendiendo nuestras opiniones pero sin imponer; sin más, nuestros criterios.

*Escucharles.* No sólo cuando nos hablan, sino tratando de interpretar sus gestos, estados de ánimo, comportamiento, etc.

*Mantener una actitud firme,* pero sin llegar a posturas rígidas que nos impidan negociar.

*Ser razonables y coherentes* en nuestras demandas y expectativas. A veces pedimos justo aquello que ni siquiera nosotros somos capaces de cumplir.

*No culpabilizar ni desvalorizar.* Sentirse inútil o humillado lleva a reafirmarse más en el negativismo.

*Ser conscientes de nuestras limitaciones.* El hecho de tener más edad y experiencia no implica que no podamos cometer errores. Los hijos necesitan que les transmitamos seguridad, pero también les tranquiliza pensar que no somos infalibles y que admitimos equivocarnos.

Y sobre todo, *ponernos en su lugar.* No olvidemos que también fuimos niños. Como ellos, nos sentíamos inseguros

e incomprendidos por nuestros padres, pero en lugar de admitirlo ante ellos, tratábamos de “fingir” una anhelada autosuficiencia ignorando sus mejores consejos (percibidos como imposiciones).

Finalmente, grabemos estas palabras en algún rincón de nuestra memoria: COHERENCIA, FIRMEZA, COMPRENSIÓN, TOLERANCIA, CONFIANZA Y... ¡PACIENCIA! y acudamos a ellas cuando nos sintamos “padres al borde de un ataque de nervios”.



## LLEGA UN HERMANO ¿TENDRÁ CELOS?

### *Cada hijo es único e irrepetible... No los compares*

En el entorno de un niño que acaba de tener un hermano es común escuchar preguntas como “¿le tiene celos?”, y dudas de cómo será su reacción.

Es importante darle al niño una información lo más natural posible, mostrarle serenidad ante el acontecimiento y cierta indiferencia. Eso le dará sensación de seguridad y le hará pensar que no hay motivo de preocupación. No caer en el error de explicarle que se le va a querer igual o incluso más que al bebé, porque con ello lo único que conseguiremos será levantar sospechas de lo contrario. Debemos tener en cuenta también a abuelos, tíos, amigos... y estar vigilantes ante su actitud y comentarios, ya que en ocasiones son los que más influyen en la aparición de los celos.

Los celos aparecen como consecuencia del instinto natural del niño de defender su territorio. Podemos distinguir entre dos tipos de celos:

**Celos de beneficio:** cuando el niño intenta conseguir algún beneficio respecto de sus hermanos como expresión de la defensa de su espacio físico y psicológico.

**Celos agresivos:** cuando el niño muestra conductas agresivas contra alguno de sus hermanos. Las agresiones pue-

den ser evidentes, o enmascaradas cuando los padres emplean medios de castigo para intentar evitarlas.

La llegada de un bebé al hogar debe producirse en un ambiente de normalidad. Es importante que este momento no coincida con otros cambios de hábitos para el niño (cambio de habitación, inicio de guardería, dejarle a comer en el colegio, etc.), porque con ello el hermano mayor puede hacer responsable de sus “desgracias” al bebé.

Cuando empiecen los regalos, no hay que caer en la trampa de hacer ni de consentir regalos compensatorios al mayor, sobre todo si van acompañados de una frase como “éste para ti, para que no estés celoso”, ya que el niño aprenderá que mostrándose celoso le puede tocar algún regalo inesperado.

Es habitual ver conductas regresivas en los niños, como volver a pedir el biberón o el chupete, porque el “hermanito” lo hace. Es importante frenar esta regresión desde el primer intento y no ceder; aunque habrá que restarle importancia y desde luego no humillarle. El niño que se comporta como si fuera “más pequeño” no debe hacer gracia ni obtener mayores atenciones. Al contrario, se le debe prestar menos atención en esos momentos, ya que cuando se dé cuenta de que si hace “tonterías” no se le



hace caso, y si se comporta de un modo normal sí se le hace caso, esas conductas tenderán a desaparecer.

Ante una manifestación de celos por parte de un niño no hay que responder con una mayor atención, ni dándole beneficio alguno, ni comprándole regalos. Se le dirá con calma que no hay razón para darle lo que desea, y que ya se le dará cuando de verdad lo necesite. Se trata de no pretender igualar a todos los hijos en todas las ocasiones, hay que establecer claramente las diferencias

entre ellos y sus circunstancias. Las “normas” a seguir son: comprar sólo al que lo necesite, premiar al que lo merezca y regalar sólo al festejado.

Es probable que al principio el niño incremente sus conductas indebidas como llantos, rabietas, etc., pero es necesario no ceder. Debe aprender que llorando no conseguirá nada, y de este modo iremos superando sus conductas de celos de una manera paulatina y segura.

## QUERER Y NO SOBREPROTEGER ¿CÓMO SE HACE?

A ser padres se aprende. Observar e informarse es útil, pero lo importante es que los padres confíen en su intuición y sobre todo observen y escuchen atentamente a sus hijos.

Los jóvenes padres hacen acopio de recursos, ponen a prueba sus sentimientos, a veces reviven experiencias pasadas con sus padres cuando fueron niños para afrontar su función. La conciliación de estas experiencias pasadas ayuda a emprender en buenas condiciones la responsabilidad de la crianza.

Maternidad y paternidad significan amor-nutricio, positivo, que sirve como alimento para desarrollar el autorespeto. Quien descubra que usa a sus hijos como fuente principal de satisfacción, necesita cambiar esta situación. El amor-nutricio es un interés tierno hacia el niño por el mero hecho de que existe, como ser especial y querido, aún cuando no aprobemos todo lo que haga. Pero dejar las necesidades propias por las del hijo es vivir con sacrificio, no es vivir con amor.

Sobreproteger es como decir “eres incompetente”, y por ello menoscaba el autorespeto. Cuando los padres actúan en vez del hijo, le privan de desarrollar los recursos para su crecimiento y autocontrol.

Además de afecto los niños necesitan ser escuchados con atención completa; esto significa decir “me intereso”. A veces las ocupaciones sustituyen a los encuentros donde nos interesamos realmente unos por otros.

En todas las culturas los niños crecen con el apoyo y ayuda de los adultos que les ofrecen confianza y resistencia; sin la tutela no siempre complaciente pueden deformarse y perderse.

Las crisis (cólicos, rabietas, rivalidad entre hermanos, etc.) representan periodos de desorganización que preceden al crecimiento y a la autonomía. Por los llantos, al ir al colegio, a la cama o al pedir algo, parece que los niños nunca tengan suficiente, pero simplemente están probando sus límites, y la indecisión de los padres les anima a seguir haciéndolo. Hay que decidir cuando es bastante y, sin enfados, no ceder. El niño necesita seguridad apreciando que se le valora como persona, por encima de actuaciones concretas aunque sean erróneas. Hay que reaccionar ante los hechos, pero no emitir juicios.

Si vuestro hijo, que se comportaba con normalidad hasta ahora, empieza a realizar movimientos bruscos, repetidos y rápidos de alguna zona de su cuerpo, tiene dificultad para pararlos y él ni se da cuenta de ellos, probablemente tenga un tic nervioso.

Los tics son el trastorno del movimiento más frecuente en la infancia. Suelen aparecer hacia los 6 años, y generalmente desaparecen en la adolescencia. Son más frecuentes en niños que en niñas.

Aunque se desconoce la causa, se cree que existe un componente familiar y otro ambiental, acentuándose en situaciones de estrés, ansiedad, enfado o fatiga. Aumentan en compañía de familiares y amigos ya que, en estos ambientes, no necesitan disimular.

Son más intensos a última hora del día, pues el cansancio los favorece. Desaparecen durante el sueño o al realizar actividades que requieren atención.

Si lo intentan los paran voluntariamente durante períodos muy breves, pero cuando se relajan aparece la tormenta: durante unos segundos se vuelven más intensos.

Se clasifican en **transitorios**, cuando desaparecen antes de 6 meses (los más numerosos), o **crónicos** cuando

duran más de 12. Ambos pueden ser *faciales* (parpadeos, movimientos de cejas, lengua); *de cuello* (cabeceos, movimientos de negación, rotación); *de extremidades superiores* (encogimientos de brazos, dedos, hombros) y, más raros, los *fonatorios* (resoplidos, toses, gruñidos o palabras).

Los tics transitorios, no precisan tratamiento farmacológico, pero hay que disminuir la ansiedad que provocan en la familia y en el colegio. Los castigos, burlas y regañinas no ayudan a controlarlos; aumentan la ansiedad y disminuyen la autoestima, empeorándolos. Es posible que vuestro hijo esté pasando por una situación de estrés en el colegio, en casa o con los amigos, hablar con él, ayudarle. Aprended y enseñadle técnicas de relajación por medio de la respiración. No reñirle, proporcionarle vías de escape para la tensión acumulada y favorecer su autoestima, ya que en muchas ocasiones va a tener sentimientos de vergüenza o culpa.

## ¿A QUÉ TIENEN MIEDO LOS NIÑOS?

# 046



De forma general, se puede decir que los miedos son un proceso natural en todos los niños, y que aparecen y desaparecen de forma muy parecida en todos ellos. Cada edad tiene unos miedos característicos, que se relacionan con la sensación de seguridad que el niño necesita a esa edad y con el conocimiento que tiene de lo que le rodea.

Los niños más pequeños, hasta los 3 años de edad, reaccionan con miedo a los ruidos fuertes y a las personas y a los objetos que les resultan extraños.

Los niños entre los 3 y los 6 años suelen tener miedo a la oscuridad, a los ladrones, a los monstruos, a la muerte y también a ser ridiculizados.

Hay situaciones muy típicas que suelen producir en el niño estados de inquietud que pueden favorecer la aparición de miedos: la entrada en el colegio, el nacimiento de un hermano, un cambio de domicilio o cambio en la estructura familiar. Estos miedos suelen ser transitorios y son reacciones de adaptación.

Hay que saber que hay miedos que no llegan a desaparecer nunca, y hay algunos que son positivos porque sir-



ven para que los niños vayan conociendo su entorno progresivamente con prudencia, evitando peligros.

Es importante diferenciar entre miedo y ansiedad (o angustia). El miedo es temor a algo concreto, en cambio la ansiedad es algo más inespecífico, es sensación de susto o inseguridad, que el niño normalmente no sabe concretar y habitualmente aparece cuando el niño no tiene en su entorno natural las señales de seguridad que necesita, o porque no descansa lo suficiente (duerme poco o con poca calidad).

### **¿Cómo tenemos que actuar ante los miedos?**

En general, todas las acciones tienen que ir dirigidas a dar confianza al niño. No hay que ridiculizarlo, porque esto hará que el niño se retire y no comparta sus sentimientos.

No debemos forzar al niño a pasar por situaciones que teme. Es mejor que el niño elija como se va a acercarse progresivamente a aquello que le da miedo. Se debe apoyar y reforzar cualquier progreso.

No debemos burlarnos ni reírnos de su miedo.

Hay que hacer caso del miedo cuando el niño lo expresa. Si lo ignoramos le provocamos sensación de soledad.

No neguemos nuestros propios miedos a los niños, porque se nos nota y transmitimos poca credibilidad.

La forma en que nosotros nos enfrentamos a nuestros propios miedos sirve de modelo para que el niño se enfrente de forma similar a los suyos. También podemos facilitar que el niño observe a otras personas actuar con confianza en aquellas situaciones que ellos temen.

Hay miedos que es bueno aceptar como reales, y podemos prestar algún apoyo. Por ejemplo: "Hay veces que la oscuridad da miedo. ¿Quieres una linterna por si la necesitas?"

Podemos contar cuentos o historias de poco miedo, en el que el protagonista va superando la situación.

Si el miedo produce mucho sufrimiento en el niño, molestias orgánicas o provoca conductas de evitación que le impiden el desarrollo normal de sus actividades y relaciones, es necesario consultar con tu pediatra.

## ¿POR QUÉ MI HIJO NO PUEDE ESTARSE QUIETO?



Los niños necesitan moverse, a veces más de lo que a los adultos nos gustaría, por eso necesitan que les proporcionemos un entorno en el que puedan desarrollar toda su actividad y desplegar toda su energía.

Sin embargo, en ocasiones la actividad es excesiva y va acompañada de impulsividad y de falta de atención.

Es el llamado trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Es un problema frecuente en los niños de edad escolar; que llega a afectar a un 5 a 10% de escolares, y es más frecuente en niños que en niñas (4 niños por cada niña).

El diagnóstico se establece teniendo en cuenta tres pila-

res básicos: la hiperactividad, la dificultad para mantener la atención y la impulsividad. En los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad estos tres síntomas están presentes en todos los entornos en los que el niño se desenvuelve (casa, colegio, etc.), y son lo bastante severos como para afectar su desarrollo personal, su funcionamiento académico y sus relaciones con los compañeros o con otros adultos.

En las primeras etapas estos niños tienen dificultad para mantener amigos, ya que tienen poca capacidad para tolerar el perder y para jugar en equipo. Hay un deterioro de la conducta, crecen entre riñas y castigos continuos, lo que hace que se les etiquete como “niños malos”, tanto por los demás como por ellos mismos. Tienen dificultades en el rendimiento escolar; a pesar de que puedan tener una buena capacidad.

El diagnóstico se puede realizar ya a la edad de 5 ó 6 años, pero es frecuente que las familias no acudan a pedir ayuda hasta unos años después, cuando la hiperactividad ya está complicada con problemas de conducta serios y con un bajo rendimiento escolar. Para llegar al diagnóstico se hará una entrevista clínica, con el historial familiar y personal, el contacto con el colegio, y la cumplimentación de unos cuestionarios específicos. También será necesario descartar la existencia de enfermedades físicas que justifiquen estos síntomas.

El manejo terapéutico va a consistir en intervenciones familiares e individuales. A nivel individual va a tener

como principal objetivo el ayudar al niño a organizarse, discriminar información y entrenarlo en habilidades sociales y de relación. El cuidado familiar es esencial, en el que se le debe ofrecer un manejo consistente, con unos límites claros y una estructura de las actividades clara, tanto en casa como en el colegio. Al mismo tiempo hay que mantener una comunicación fluida con el centro educativo, haciéndoles conocedores del diagnóstico y compartiendo con ellos las pautas de manejo.

Sólo en los casos más severos o en los que no responden adecuadamente a lo anterior; se utiliza el tratamiento farmacológico, que por lo general se mantiene hasta la adolescencia, edad a la que este trastorno se suele resolver.

El pronóstico a largo plazo depende, por lo general, de lo temprana que sea la intervención, de la existencia de problemática familiar, y del temperamento de base del niño. Si no se interviene puede desembocar posteriormente en un trastorno de conducta, por lo que es importante actuar si sospechamos que el niño puede tener este problema.



## LAS PRIMERAS PALABRAS ¿CÓMO PUEDO AYUDARLE?

Cuando el niño nace no posee lenguaje. Lo irá adquiriendo poco a poco a lo largo de su infancia, hasta llegar al dominio de la comunicación verbal. Los padres, con dedicación y amor, son los principales y mejores estimuladores del lenguaje. Ellos también contribuyen a su integración intelectual, a su equilibrio afectivo y a su adaptación social.

El lenguaje surge inicialmente por imitación. Los niños imitan los movimientos y los sonidos que hacemos cuando articulamos las palabras; y en este proceso, también es importante la comprensión de lo escuchado y de lo expresado.

Para prevenir las dificultades del aprendizaje del lenguaje debemos tener en cuenta una serie de aspectos con los que podemos ayudar, siempre a modo de juego:

Ejercitar los movimientos de los órganos que intervienen en la fonación, desde la succión, deglución, masticación, absorción, soplo,... El niño imitará los movimientos ejecutados muy lentamente, e irá tomando conciencia de los órganos que está entrenando. Realizaremos ejercicios como: hacer morritos (de frente, a derecha, a izquierda); mandar besos; soplar con pajitas en agua, pitos, molinillos, matasuegras, flautas; inflar globos; hacer gárgaras; jugar

con expresiones faciales (risa, susto, llanto, sorpresa...); hacer sonar una campanilla o cualquier instrumento sonoro y que el niño lo busque...

Dirigirse en primer lugar al niño utilizando palabras cortas (1 ó 2 sílabas: «ven», «toma»...), casi siempre las mismas, de una manera clara y exagerando la entonación e ir aumentando el número de palabras para aumentar su vocabulario. Pasar luego a frases cortas, sencillas tratando de asociarlas a acciones desde las primeras frases, como «mamá baña al nene», hasta nombrar acciones complejas en edades mayores como: versos cortos, cuentos... Esto le ayudará a trabajar su memoria.

Estimular la expresión espontánea del lenguaje. Hablarle el mayor tiempo posible aprovechando cualquier circunstancia cotidiana como: visitas al parque, al supermercado, a la playa... Utilizar preguntas que no sólo generen respuestas afirmativas y negativas (sí - no), sino que favorezcan la elección y denominación de las cosas.

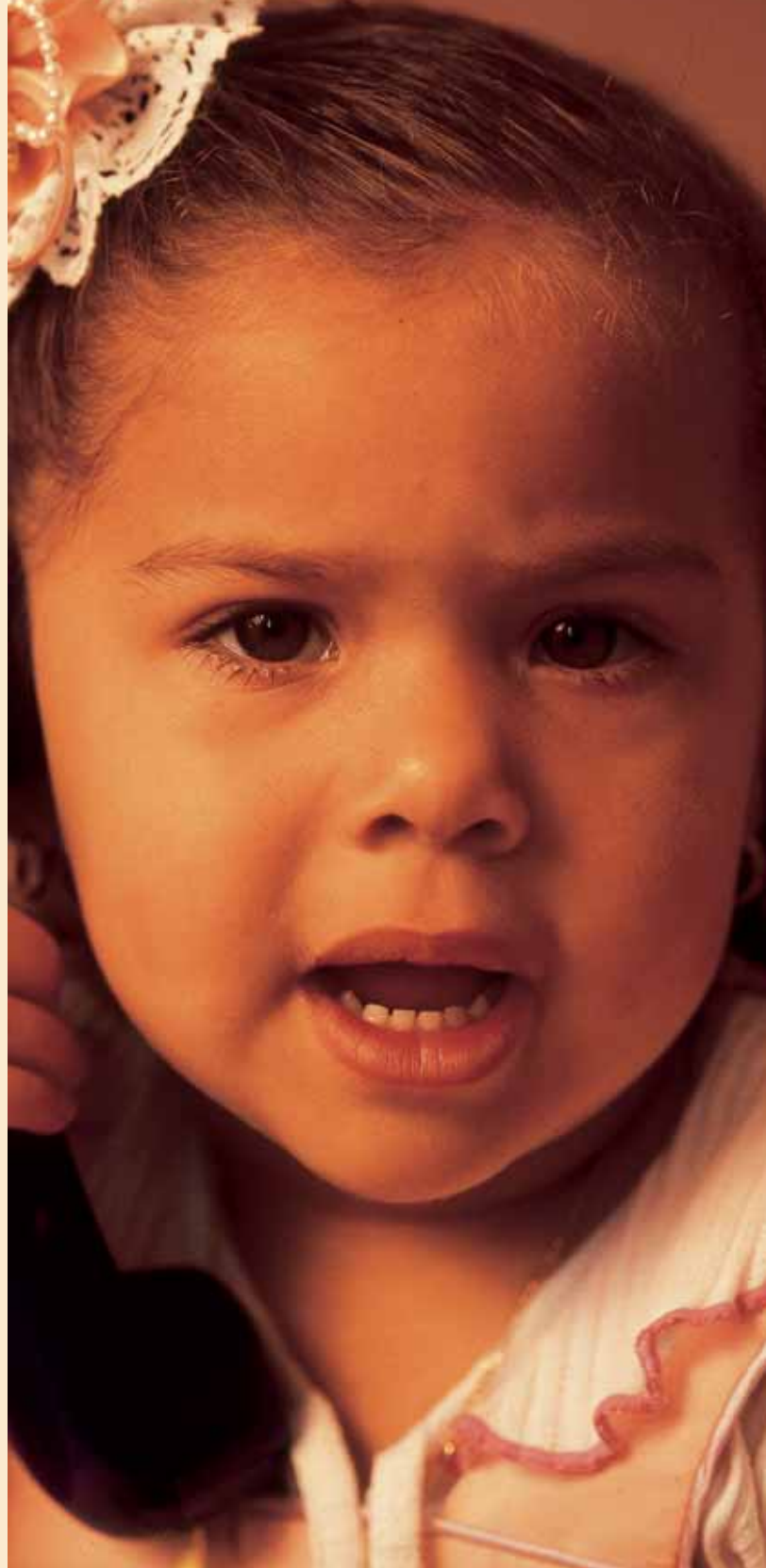
Brindarle al niño la oportunidad de hablar y escucharle reforzando los logros que vaya consiguiendo respetando su ritmo de adquisición (con premios, elogios,...). Si el niño se equivoca, no criticarle, es mejor actuar de la siguiente forma: “¿Qué has dicho?”, “No te oí bien”...,

darle nosotros el modelo repitiendo lo que el niño quería decirnos y él solo repetirá la palabra o frase, pues lo que desea es comunicarse y darse a entender. No favorecer la actitud gestual por parte del niño, es mejor que sea capaz de pedir lo que desee.

Realizar actividades dirigidas a mejorar su psicomotricidad (equilibrio, orientación en el espacio y en general destreza y precisión en los movimientos). Proponiéndole juegos como: hacer construcciones, jugar con la arena en la playa, apretar la esponja aprovechando el baño, montar en triciclo y en bici, subir y bajar escaleras (alternando los pies), pintar, dibujar, recortar, jugar con plastilina.

Todo ello ayudará al niño en su adquisición del lenguaje, tanto a nivel comprensivo como expresivo, y en general aumentará su comunicación y sociabilidad.

Y no olvidar que en el caso de observar alguna anomalía lingüística o un retraso en la expresión oral, sospecha de deficiencia auditiva, lentitud en su retraso psicomotor... debe acudir al pediatra para que el problema sea diagnosticado y tratado.



## ¿QUÉ ES LA DISLEXIA?

La dislexia es un trastorno del aprendizaje relevante y persistente, fundamentalmente de la lectura, e independiente de cualquier causa intelectual, cultural o emocional. Por lo tanto se manifiesta al margen de una inteligencia normal, una escolarización adecuada y un entorno sociofamiliar correcto.

### ¿Por qué se produce?

Para comprender qué ocurre a nivel neurológico en un niño con dislexia, conviene conocer cómo funciona el cerebro y cómo se produce el proceso lector.

El cerebro está formado por dos hemisferios, derecho e izquierdo, conectados entre sí. Cada hemisferio está especializado en distintas funciones. El hemisferio izquierdo se ocupa de los procesos del lenguaje, y el hemisferio derecho está especializado en la información visual y espacial. Ambos hemisferios trabajan de forma distinta, el izquierdo procesa la información secuencialmente, o sea integra unos datos tras otros, mientras que el derecho lo hace simultáneamente, mezclándose ambas estrategias en el proceso lector.

En la dislexia se produce una disfunción del hemisferio izquierdo, afectándose la dinámica de procesamiento de la información, lo que disminuye la capacidad para procesar cambios rápidos de estímulos en áreas visuales y auditivas. Se está investigando qué alteración concreta motiva la dislexia. Actualmente los estudios se centran en la relación existente entre el lenguaje hablado y el escrito, intentando comprender la relación fonema-grafema y su automatización durante la lectura.

### ¿Cuáles son sus signos de alerta?

Ya en la etapa preescolar pueden aparecer algunas manifestaciones. Así, estos niños y niñas muestran un desarrollo lento del habla y del lenguaje, disnomia (dificultad para recordar el nombre de las palabras), retraso para memorizar números, letras o días de la semana, y dificultades en la adquisición de memoria de formas.

En la etapa de adquisición de las técnicas instrumentales (P-5 de Educación Infantil, 1º y 2º de Educación Primaria) debemos siempre pensar en un trastorno disléxico si aparecen significativas dificultades lingüísticas: gran dificultad para descomponer palabras en sílabas o viceversa,





confundir; invertir; sustituir u omitir fonemas y sus grafías correspondientes. Es fácil también observar dificultades neuropsicológicas, no estrictamente específicas de la dislexia, como déficits en la organización perceptiva, orientación visual-espacial, organización temporal secuencial, atención sostenida y memoria inmediata, así como en la organización psicomotriz y en la adquisición de la dominancia lateral y en definitiva observar una adquisición lectora lenta con grandes dificultades lectocomprendivas.

Todo ello puede condicionar una baja autoestima, conductas problemáticas y deficientes habilidades sociales. Hay también que destacar las dislexias dispedagógicas, es decir, las consecuencias de realizar el aprendizaje lector antes del momento adecuado. No olvidemos que hay que enseñar a leer en 1º de Educación Primaria (no en P-5), etapa de adquisición de una satisfactoria lectura mecánica, siendo en 2º de Educación Primaria cuando hay que desarrollar la lectura comprensiva (no en 1º de Educación Primaria). Hoy es frecuente contemplar como

estas simples variables no se cumplen y como condicionan dificultades del aprendizaje, es decir falsas dislexias.

### **¿Cuál es su tratamiento?**

Tratar la dislexia requiere un diagnóstico precoz y un abordaje terapéutico multimodal que incluye a profesionales especializados, escuela y padres. Sencillamente los disléxicos tienen una forma distinta de aprender a leer. La mayoría de estas personas están capacitadas para acceder a cualquier nivel de enseñanza, si bien con demasiada frecuencia el sistema educativo actual conduce al disléxico al fracaso escolar. Nunca mejor dicho el fracaso escolar no existe, lo que sí existe es el fracaso de alguna acción educativa.

## LA LECTURA ¿CÓMO PUEDO FOMENTARLA?

Periódicamente asistimos a un viejo debate, que hace tambalearse a nuestras conciencias, el fracaso en nuestro sistema de enseñanza y, con ello, la escasa preparación de nuestros hijos cuando acaban la educación secundaria obligatoria, la ESO. Como padres, a menudo nos sentimos desanimados por este tipo de noticias, y podemos caer en el error de pensar que nada podemos hacer para evitar que nuestros hijos lleguen a esta situación. Pero no es así, existe una “vacuna” para ello. Esta “vacuna” requiere algo más de esfuerzo por nuestra parte que las que habitualmente se ponen en los centros de salud. Pero si completamos todas las dosis, puede llegar a ser tan eficaz como cualquiera de ellas, estoy hablando de crear en ellos el hábito de la lectura.

Evidentemente esto requiere un entrenamiento y por eso voy a dar unas recomendaciones que quizá os puedan resultar útiles a la hora de crear este hábito en vuestros hijos e hijas. Y recordar siempre que, sobre todo, los niños aprenden imitando, por lo que si no os ven a vosotros con un libro en la mano, difícilmente lo cogerán ellos.

Buscar un lugar tranquilo de la casa, sin televisores encendidos ni otros estímulos que os puedan distraer.

Leer con vuestros hijos en voz alta por lo menos durante 15 minutos y, si él o ella ya saben leer, animales para que ellos también os lean, repartiendo entre todos este tiempo de lectura.

Cuando sea vuestro turno haced la lectura divertida empleando diferentes tonos de voz, risas, llantos o expresiones y haced frecuentes pausas para preguntarles qué creen que va a pasar en las siguientes páginas antes de leerlo. Así se acostumbrarán a predecir y descubrirán que lo que él o ella piensan es importante para vosotros.

Establecer un horario constante para estos momentos de lectura y recordar que mantener este tiempo es tan importante como el que reserváis para la ducha o para cualquier otra actividad diaria.

Explicarle lo útil que es en vuestra vida cotidiana la lectura, cómo os mantenéis informados leyendo el periódico, cómo podéis hacer ese plato de comida que tanto les gusta leyendo la receta en el libro de cocina o cómo podéis jugar a ese juego que tanto les divierte después de leer las instrucciones.



Tener libros adecuados para cada edad. Recordar que cuando son muy pequeños deben tener colores brillantes, dibujos grandes y no tener palabras. A los tres años les gustan las historias familiares y son muy repetitivos. A esta edad es bueno dejar que ellos escojan el cuento que quieren leer y no os sorprendáis si escoge el mismo una y otra vez.

Entre los cinco y los seis años empieza a conocer las letras y a leer letreros. Ahora es el momento de ofrecerles libros con palabras, pero éstas todavía deben de ser pocas y sencillas para que puedan entenderlas.

Visitar frecuentemente las bibliotecas, obtener el carnet para que puedan sacar libros de la biblioteca y ayudarles a escoger los libros que os llevaréis a casa para leerlos después juntos. En muchas bibliotecas y casas de cultura hacen actividades de animación a la lectura, asistir a ellas juntos.

Y, por último, recordar que dedicar este tiempo diario a estar con ellos va a establecer una comunicación de confianza con ellos que va a perdurar toda la vida.



**Es importante ser modelos de nuestros hijos en comportamientos relativos al consumo. Debemos enseñarles a distinguir el consumismo de las necesidades.**

Vivimos en una cultura en la que los medios de comunicación y las nuevas tecnologías tienen una gran importancia para los más pequeños. Estos “consumen” parte de su tiempo ante el televisor; el vídeo o navegando por Internet. Si analizamos la información que reciben durante ese tiempo, nos daremos cuenta que la gran mayoría está orientada hacia el consumo.

Es importante educar a los niños desde bien pequeños en la adquisición de unos hábitos y unas actitudes positivas ante esta sociedad de consumo, para que lleguen a saber distinguir el consumismo de las necesidades. El objetivo de esta educación en el consumo es que conozcan los conceptos relativos a su postura como consumidores, sus derechos y obligaciones. Que conozcan cómo funciona la sociedad de consumo, y adquieran una actitud crítica a la hora de escoger los productos, centrándose en la satisfacción real de sus necesidades. No se



trata pues, de una mera transmisión de información, sino la adquisición de conocimientos y sobre todo de actitudes con gran repercusión a nivel social.

### **El papel de la familia**

Como todo aprendizaje, la educación en el consumo debe comenzar desde una edad bien temprana y dentro del núcleo familiar. Tienen que ser los padres los que actúen como modelos de aquello que quieren inculcar en sus hijos. Llevarlos a comprar con ellos, enseñándoles a no llenar la cesta con productos que vayan más allá de las necesidades. Han de escoger lo que quieran adquirir, no lo que les “venden”, contrastando junto a su hijo la calidad y el precio de los productos, pidiendo su opinión y enseñándole a hacerlo.

Por otro lado, hay que inculcar en casa unos valores que después serán llevados a la práctica en distintos ámbitos de la vida, incluyendo el consumo. Los padres deben hacer ver al niño que lo valoran por lo que “es”, no por lo que “tiene o hace”.

Deben enseñarle a apreciar el gozo de las relaciones humanas. Sería bueno compartir con él ratos ante el televisor, analizando la publicidad que aparece, haciéndole ver las diferencias entre lo que nos ofrecen y lo que realmente nos venden. Podemos ir a tiendas de juguetes y ver las diferencias de esos artículos.

Es importante que aprendan a ganarse determinados premios materiales, para valorar luego si merece la pena

el esfuerzo realizado por obtenerlo. De esta forma también aprenderán a cuidar más aquello que les ha costado obtener.

Les podemos dar unas pequeñas cantidades de dinero, para que aprendan a administrar su dinero y a ahorrar para sus caprichos más caros, y a sopesar si realmente merece la pena comprarlos o no.

A determinadas edades parece imposible luchar contra los estereotipos creados por determinadas marcas comerciales, sobre todo en la adolescencia. Como hemos comentado, ésto forma parte de un aprendizaje que comienza desde bien pequeños, por lo que llegadas determinadas edades será menos fácil razonar.

Muchas veces, sin darnos cuenta, somos los adultos los que nos creamos la obligación de comprar determinados productos de moda a los más pequeños, para que se vean igual que los demás y no se crean menos que ellos, o lo que es mucho peor, para que nos valoren por lo que les regalamos.

Es importante que empecemos por analizar nuestros propios hábitos consumistas para poder modelar valores adecuados a las próximas generaciones.

## ¿CÓMO INFLUYE EL TABACO EN SU SALUD?

### **Embarazo y tabaco**

En España fuman entre un 40-50% de embarazadas, aunque un 80% de ellas disminuyen de forma sustancial el consumo durante la gestación.

Durante el embarazo el tabaco se asocia con mayor frecuencia de problemas de la placenta, parto prematuro, aborto espontáneo, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y muerte perinatal. En el hijo de la embarazada fumadora también hay un aumento de diabetes y obesidad en edades posteriores de la vida, mayor dificultad para el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual y problemas de comportamiento. Asimismo, se ha observado que tienen un riesgo 40% mayor de tener un hijo autista. El embarazo es un periodo de especial sensibilidad de los padres, muy indicado para fomentar en ellos el apoyo mutuo para dejar de fumar.

### **Tabaquismo en lactantes y escolares**

En España, un 60-70% de niños vive en un ambiente de tabaco (fumadores pasivos), ya sea porque fumen los padres, otro familiar que viva con ellos o la cuidadora. Si ha hecho el esfuerzo de dejar de fumar en el embarazo, es muy conveniente persistir en ello por su salud y por la de su hijo.

Los problemas de salud asociados al ambiente con humo son variados, predominando los respiratorios. También hay un aumento de cólicos del lactante. Como determinados componentes del humo del tabaco quitan el hambre, no es de extrañar que estos niños sean malos comedores, más aún si tenemos en cuenta el incremento de problemas de nariz, otitis media y aumento de las secreciones de las vías aéreas.

También las neumonías son más comunes en estos niños por debajo de los dos años de vida. Aunque infrecuente, los lactantes fumadores pasivos tienen un mayor riesgo de muerte súbita del lactante que los lactantes que crecen en ambientes sin humo.

Los hijos de padres fumadores son los que más visitan al pediatra, los que más acuden a urgencias, los que más medicamentos toman y más análisis se realizan, y los que más precisan ingreso hospitalario.

### **Adolescencia y tabaco**

La adolescencia es una época de experimentación y reafirmación. Esto lleva a probar cosas nuevas que ellos consideran una ganancia en su imagen, entre ellas el tabaco. Así, la gran mayoría de personas que fuman empiezan en la adolescencia. Para prevenirlo conviene conocer que





circunstancias facilitan el fumar y qué aspectos negativos del tabaco pueden interesar más a los adolescentes:

- Es más frecuente que fume un adolescente si fuman sus padres, sus hermanos mayores o los profesores, que son las personas que les sirven de modelo.
- Para el adolescente es muy importante la sensación de integración en el grupo de amigos, y es frecuente que empiece a fumar porque lo hagan ellos. Hay que reforzar el que sepan mantener su criterio, aumentando su autoestima y su capacidad de afirmación de sí mismo o asertividad.
- Muchos adolescentes tienen la sensación de que la mayoría de gente fuma y que es “lo normal”. Hay que hacerles ver que es todo lo contrario, y que la mayoría no lo hace.
- También les influye, especialmente a las chicas, la creencia de que fumar ayuda a mantener el peso.
- Hacerles conscientes de que las tabacaleras utilizan la publicidad para ampliar el mercado, especialmente entre jóvenes y mujeres. En ella “se vende” lo que el adolescente quisiera tener: aventura, sofisticación, éxito social, ...
- Respecto a las repercusiones negativas sobre su salud, no hay que hablarle del efecto a largo plazo (cánceres, enfermedades pulmonares, etc.), pues a los adolescentes les preocupa lo inmediato y se sienten invulnerables. Hay que informarles de que fumar les producirá problemas estéticos: piel seca, más arrugas, dientes manchados, etc.
- Hablarles de las pérdidas a corto plazo: que afectará a sus ligues (mal olor), disminuirá su economía, empeorará su rendimiento en los deportes, limitará su libertad, y estarán manipulados por empresas, ...
- Es básico aclararles que el tabaco produce adicción rápidamente, de manera que tan sólo con fumar unos 100 cigarrillos se sigue fumando 2 años después y la mitad de ellos continuará 20 años después.

## ¿CUANDO LE PODREMOS QUITAR LOS PAÑALES?

El control del pipí por parte del niño es una habilidad que HAY QUE APRENDER, no aparece de forma automática a una edad determinada.

Para adquirir habilidad se necesita que el niño posea un determinado nivel de madurez fisiológica (generalmente en torno a los 2 años), y que los padres guíen este aprendizaje.

### **¿Cuáles son las condiciones de madurez que debe tener el niño?**

Capacidad para reaccionar, atender y seguir órdenes sencillas. Esta capacidad generalmente la muestran en torno a los 21 meses de edad.

Capacidad para orinar de “una vez” en momentos concretos, y no pequeñas cantidades a lo largo de todo el día.

Capacidad para permanecer seco varias horas entre micción y micción.

Que se dé cuenta de que va a orinar y lo exprese adoptando posturas, caras o gestos especiales.

Que acepte sentarse en el váter:

### **¿Qué pueden hacer los padres?**

Familiarizarle con el váter:

Hay niños que rechazan sentarse en la taza del váter porque les asusta o se sienten incómodos, lo que es comprensible si comparamos las dimensiones del váter y las del niño. En el mercado existen adaptadores, pero puede resultar más útil y sencillo ponerle un taburete a los pies, para que los mantenga con apoyo.

Al principio lo sentaremos con la tapa del váter cerrada y los pies apoyados mientras, por ejemplo, le peinamos o limpiamos la cara. Luego repetiremos esta situación con la tapa abierta. Nos aseguraremos de que acepta permanecer sentado.

Sugerimos los siguientes pasos:

Quitarle los pañales durante el día, dejarle con ropa cómoda de manejar (pantalones sin cremallera, ropa interior).

Al levantarse y antes de ir a dormir llevarle al váter y que se siente:

- Si “hace en el váter”: felicitarle en el momento con elogios y muestras de afecto.
- Si “no hace”: no retenerle, decirle en actitud serena y firme algo así como “parece que ahora no tienes ganas”, y seguir con las rutinas habituales.
- Si “se le escapa” antes de llegar o hace después de levantarse del váter: no mostrarse sorprendidos, ni pedirle explicaciones (“¿por qué lo has hecho?”). Sentarlo durante breves momentos, aunque ya se haya hecho encima, mientras se va a por ropa para cambiarlo o útiles de aseo y decirle “el pipí se hace el váter”. No regañar, no utilizar expresiones del tipo: “esto no se hace” o “eres un marrano”.

Si el niño deja escapar el pipí en cualquier parte de la casa, sin que hallamos podido anticiparlo, actuar como en la situación anterior.

Estar pendientes y actuar cuando el niño expresa con gestos, caras o posturas que tiene ganas de orinar. En ese momento “dirigirlo al váter”, esperar unos segundos mientras se le dice “el pipí se hace el váter”.

En general:

Estar disponibles ante cualquier indicación del niño que muestre su intención de ir al váter.

Controlar que la interacción con el niño durante la limpieza o cambio de ropa, por haberse hecho encima, sea neutral y escueta. Que en estas circunstancias no reciba

especial atención (que no se le regañe, ni se juegue con él). Asegurarse que el niño dispone de momentos de atención gratificante en circunstancias distintas y apropiadas como, por ejemplo, durante el baño, a través del juego compartido, etc.

Utilizar ante cada pequeño logro expresiones muy explícitas e inmediatas de felicitación (“eso está muy bien”, “verás cuando se lo contemos a...”, etc.). A medida que repite las adquisiciones, felicitar sólo de vez en cuando.





Los dientes



## ¿CÓMO LE PODEMOS AYUDAR A CUIDAR SUS DIENTES?



Los problemas bucodentales en los niños comienzan a edades tempranas. Por eso, los padres deben prestar su ayuda para que los pequeños tengan hábitos saludables que influyan positivamente en su salud a lo largo de toda la vida. La forma de cuidar de la salud bucodental de vuestro hijo variará según su edad.

### **En menores de un año:**

Desde el nacimiento, los padres pueden cuidar la boca del bebé adoptando medidas de higiene para evitar la transmisión de gérmenes a través de la tetina del biberón, chupetes...

Para prevenir la aparición de caries, no deben ponerse sustancias azucaradas en el chupete ni en los biberones. También hay que evitar utilizar los biberones con zumos envasados o naturales azucarados como tranquilizador a todas horas. Y es importante no dejar que el niño se duerma succionando del biberón.

Es aconsejable limpiar con una gasa seca las encías y los dientes, sin olvidarse de la lengua.

Es conveniente controlar el contenido de flúor del agua que toma el niño, incluyendo que utilizéis para preparar



el biberón. Podéis consultar con vuestro pediatra al respecto.

Para evitar las maloclusiones es fundamental limitar la succión del dedo, así como el hábito del chupete (no más de 2 años).

### **De uno a tres años**

Hay que introducir progresivamente los alimentos duros para favorecer la función de la masticación en el niño y su correcto desarrollo mandibular. También es importante evitar las golosinas frecuentes, sobre todo entre horas.

Para limpiarle los dientes podéis utilizar el cepillo seco y sin pasta. A esta edad el cepillado deben hacerlo los padres, sobre todo antes de dormir, y también después de las comidas y de las tomas azucaradas, e incluso después de los jarabes (ya que los edulcorantes utilizados en los mismos tienen un alto poder cariogénico). Para ello, sujetar la cabeza del niño por su espalda, y limpiar los dientes por dentro y por fuera, cepillar las caras que mastican y no olvidar limpiar la lengua. Intentar que este cepillado sea como un juego, para que le guste hacerlo.

### **A partir de los tres años:**

Es importante llevar bocado saludables para el almuerzo y/o una pieza de fruta, evitando los bollos y dulces.

Se puede iniciar el cepillado con pastas fluoradas en pequeña cantidad, de baja dosis (0,25-0,50 F/g), a partir de los 3 años de edad. El cepillado debe ser ayudado por

los padres. Recordar la importancia de la imitación en los niños, siendo buen ejemplo para ellos.

¡Ojo! A los 6 años erupciona el primer molar. Estos dientes son definitivos y el que se conserven sin caries servirá de guía para la colocación de los dientes futuros.

La incorporación del niño a los 6 años de edad al programa de fluorizaciones escolares semanales con enjuagues de flúor, aumentará la resistencia de los dientes, pudiendo reforzarse con los buches de flúor en casa. Los suplementos fluorados, como pastillas y gotas, se reservan sólo para niños de riesgo.

A partir de los siete años hay que realizar el cepillado con pasta de 1 mg F/g, después de las comidas y sobre todo por la noche. A partir de los 11-12 años se puede introducir la utilización de seda dental.

### **Consejos prácticos:**

El ejemplo de los padres resulta primordial.

Cepillar siempre los dientes después de cada comida y sobre todo antes de acostarse con pasta fluorada (a partir de 3 años). Recordar que el cepillo no es eterno.

Utilizar buches de flúor (diario o semanal) para remineralizar el esmalte, a partir de los 6 años.

Evitar la persistencia por encima de dos años de edad de hábitos de succión (dedo, biberón, chupete...) que pueden producir malposiciones importantes.

Visitar al odontopediatra o dentista periódicamente (al menos 1 vez al año).

## ¿NECESITARÁ APARATO PARA LOS DIENTES?

055

La ortodoncia es la especialidad de la Odontología que se encarga de la prevención y el tratamiento de las anomalías en la posición de los dientes y de los huesos maxilares, con la intención de conseguir una correcta oclusión, para realizar una adecuada masticación y fonación, y una mejora de la estética facial.

Las causas más frecuentes de estas anomalías son:

- La herencia familiar transmitida con intensidad variable.
- La dieta moderna a base de alimentos blandos que limita la masticación y con ello el desarrollo de los maxilares, favoreciendo malposiciones de los dientes y de las bases óseas que los sustentan.
- Hábitos de succión prolongados más allá de los 2 años (chupete, biberón, dedo...).
- Hábito de respiración con la boca abierta, por hipertrofia de amígdalas y vegetaciones, así como por alergias respiratorias que influyen desfavorablemente en el desarrollo óseo y dentario del niño.
- Pérdidas prematuras de dientes de leche por caries no tratadas, que provocan pérdida del espacio disponible para la dentición definitiva.

Existen varias modalidades de tratamiento en ortodoncia. Unos son los llamados “**interceptivos**” que pretenden interrumpir hábitos persistentes como succión del dedo o del chupete, interposición del labio inferior, deglución infantil, respiración oral... para evitar o reducir la influencia de estos hábitos en la aparición de maloclusiones posteriores. Son tratamientos muy sencillos y cómodos, adaptados a la edad del niño, que consiguen efectos rápidos y estables, aún cuando no descartan la posibilidad de corrección posterior cuando se completa el recambio dentario si aparece alguna anomalía.

Cuando la maloclusión está ya establecida se necesitan tratamientos “**correctivos**”, que pueden ser **funcionales, removibles o fijos**, según el tipo de aparatos empleados. La decisión de qué tipo de tratamiento y aparatos utilizar debe ser fruto de un estudio detallado por parte del ortodoncista. Con frecuencia se utilizan combinaciones de aparatos según la edad del paciente y tipo de problema, por lo que conviene huir de la creencia de que la simple colocación de “ un aparato mágico” en la boca puede corregir cualquier maloclusión.

La edad ideal para iniciar un tratamiento de ortodoncia varía según el tipo de problema y su gravedad. No es necesario esperar a la erupción de los dientes definitivos. La duración de un tratamiento de ortodoncia es variable en función de la edad de inicio, gravedad del problema, aparatos utilizados y cooperación del paciente. Además, debido a la tendencia natural de los dientes a volver a sus posiciones de erupción, una vez concluido el tratamiento de ortodoncia, es necesario colocar unos sencillos aparatos, “**retenedores**”, que mantenidos durante un período variable reducen esa tendencia.

La ortodoncia plantea algunos problemas como el miedo al dolor de los aparatos que, en realidad no son dolorosos, aunque sí pueden producir algunas molestias al masticar durante los primeros días y que deben desaparecer después. Mayor problema en la práctica supone la colaboración del paciente, sobre todo adolescente, respecto al uso correcto de los aparatos y a la higiene, que es muy importante, sobre todo en el niño portador de aparatos fijos ya que alrededor de estos se acumulan restos de alimentos y bacterias que, si no son eliminados completamente después de cada comida, pueden producir descalcificaciones y problemas en las encías.

Por último y desde el punto de vista práctico, recordar que hay que enseñar al niño, desde los primeros años de vida, a cuidar sus dientes, procurando eliminar, por encima de los dos años de edad, los hábitos de succión infantil (dedo, biberón, chupete).





El descanso y el sueño





## MI NIÑO NO DUERME ¿QUÉ PUEDO HACER?



Conseguir que un niño se vaya o permanezca en la cama es un problema agobiante para muchos padres. Esta situación es frecuente entre los 3 y los 6 años.

Los padres no tenemos la obligación de dormir a nuestros hijos. Debemos establecer claramente un tiempo de sueño y un lugar adecuado para el mismo, dejando libertad para que el niño aprenda a dormir y gozar del sueño.

### **Las causas del rechazo a permanecer en la cama pueden ser:**

Ausencia de límites claros de tiempo y lugar para dormir.

Estilos educativos diferentes de ambos progenitores, los niños sienten esta diferencia (estricto-permisivo) y la explotan.

Entre los 3 y los 6 años de edad los niños investigan e incrementan su independencia.

El temperamento difícil e impredecible del niño y de los padres.

La conducta oposicionista durante el día.

Problemas ambientales de hacinamiento, o cambios frecuentes de lugar de dormir.



Establecimiento de un apego dependiente.

**Estas dificultades se manifiestan por:**

Desobediencia a la hora de iniciar la rutina del sueño, rechazo a ir a la cama o exigencia de compañía, demandas persistentes y crecientes (agua, pipi...) o retraso de más de media hora en iniciar el sueño.

Se acompañan de: despertares nocturnos frecuentes, comportamientos miedosos, problemas de conducta diurnos e incremento de la tensión familiar.

**Medidas que mejoran los hábitos del sueño:**

Los objetivos de mejora serán progresivos. Hay que mantener la paciencia y la confianza, trabajando despacio, cambiando una cosa o hábito cada vez, consolidando cada paso, avanzando sin prisas y sin demasiadas dudas, hasta conseguir el propósito final.

Es muy importante actuar siempre de acuerdo con *la pareja*. No es bueno discutir ni contradecir lo que el otro está haciendo o diciendo en plena noche: esperar al día siguiente y con calma valorar la situación.

Tener *objetivos alcanzables*, sin prisa, con metas parciales. Insistir en un sistema al menos *una semana*. Los primeros días del cambio son los más duros.

Evitar pelearse o discutir con el niño durante la noche. Premiar al niño y a uno mismo ante cualquier pequeño cambio.

Las medidas incluyen:

- Hábitos de sueño: Establecer la rutina de acostarlo haciéndola coincidir en el tiempo con el momento natural más propicio al sueño del niño.
- Disminuir las tensiones familiares alrededor del sueño.
- Evaluar las siestas, su duración y momento.
- Establecer una rutina de sueño agradable y previsible por el niño. Su duración oscilará entre 20-45 minutos e incluye pijama, cepillado de dientes, cuentos... evitando actividades estimulantes.
- Facilitar un objeto transicional que aporte seguridad. (osito...)

Como *ayuda* pueden servir: Usar refuerzos positivos para premiar. Evitar los castigos como medida para corregir las conductas inapropiadas. Incrementar las conductas positivas, ignorar las negativas. Mantener una respuesta tranquila y similar en todo momento. No preguntar, afirmar. Establecer rutinas claras y ser fiel a ellas. Ofertar opciones aceptables para darles cierto control.

*Es necesario:* Establecer rutinas claras. Identificar las conductas adecuadas y las no adecuadas. Explicar las nuevas reglas al niño. Ignorar reclamos y protestas, evitar discutir; ser firmes y tranquilos. Colocar al niño en la cama despierto. Controlar si llora o chilla durante no más de 1 minuto. No encerrarlo en su habitación. El objetivo es enseñarle el placer de dormir y permanecer en su habitación, no castigarlo. Devolverlo a su habitación tantas veces como salga. Refuerzos positivos ante cada pequeño avance. Permanecer firmes siendo persistentes y consistentes. Saber que al principio la situación empeorará.

## LA SIESTA, ¿UNA ACTIVIDAD IMPRESCINDIBLE EN LOS NIÑOS?

Los recién nacidos no duermen de un tirón, sino que realizan varios periodos de sueño interrumpidos por periodos de vigilia que no suelen ceñirse a un determinado patrón. Alrededor del sexto mes de vida es cuando los bebés empiezan a tener un ritmo de vigilia-sueño claramente establecido, que incluye varios periodos de sueño diurnos (llamados siestas), que van cambiando en duración y frecuencia a medida que crecen.

### ***Desde los 6 meses hasta el año y medio de vida.***

A partir de los 6 meses, un bebé ya puede tener un ritmo biológico de vigilia-sueño bien estructurado, es decir, ya puede dormir 11-12 horas durante la noche y realizar varias siestas durante el día. Éstas las hará tras el desayuno, con una duración de entre una y dos horas; después de comer, entre dos y tres horas, y tras la merienda, de media a una hora. Algunos duermen de forma desestructurada, a estos será necesario enseñarles a dormir correctamente.

Las comidas nos ayudan a organizar el ritmo de sueño nocturno-sueño diurno (siestas) y los horarios preferibles aproximados serán: 8 mañana (desayuno), 12 del mediodía (comida), 4 de la tarde (merienda) y 8 de la

noche (cena). Después del desayuno, la comida y la merienda la mamá pondrá al niño a dormir.

Las siestas de después del desayuno y la merienda serán progresivamente más cortas hasta que deje de hacerlas. La primera que perderá será la de la merienda: es posible que no la necesite a partir de los 7-8 meses, lo que aprovecharán los padres para pasar más rato con él hasta la hora del baño y la cena. La siesta del desayuno se pierde aproximadamente a los 15 meses. En cambio, la de después de comer seguirá siendo larga, pudiendo llegar a durar 3 horas (algunos niños dormirán más, otros algo menos).

### ***Desde el año y medio a los cinco años***

En este periodo de tiempo sólo realizarán la de después de comer, pudiéndose alargar hasta 3 horas. Algunos niños de 16-17 meses aún realizan una pequeña siesta después del desayuno. Si es así, los papás deben favorecer este sueño, pero si el niño no la necesita, no deben preocuparse ya que también se considera normal.

Aunque lo conveniente es recomendar la siesta del mediodía al menos hasta los 5 años, ésta no suele reali-

zarse por necesidades escolares. Suprimirla es un error, porque según estudios actuales la necesidad de sueño durante las 13.00 y 16.00 horas persiste durante toda la vida. Sorprende que a los adultos se les recomiende que duerman unos 10-20 minutos después de comer, y que a los pequeños, que aún necesitan más este periodo de descanso, se les suprima. Lo recomendable, pues, sería permitir que hasta los 5 años se pudiera realizar la siesta en la escuela, con una duración de al menos una hora.

***Consecuencias de la falta de siesta del mediodía:***

Está demostrado que cuando las siestas se suprimen, los pequeños llegan a casa agotados y/o muy irritables (otro signo de cansancio en los niños) y que muchos de ellos se duermen antes de cenar e incluso rehusan comer.

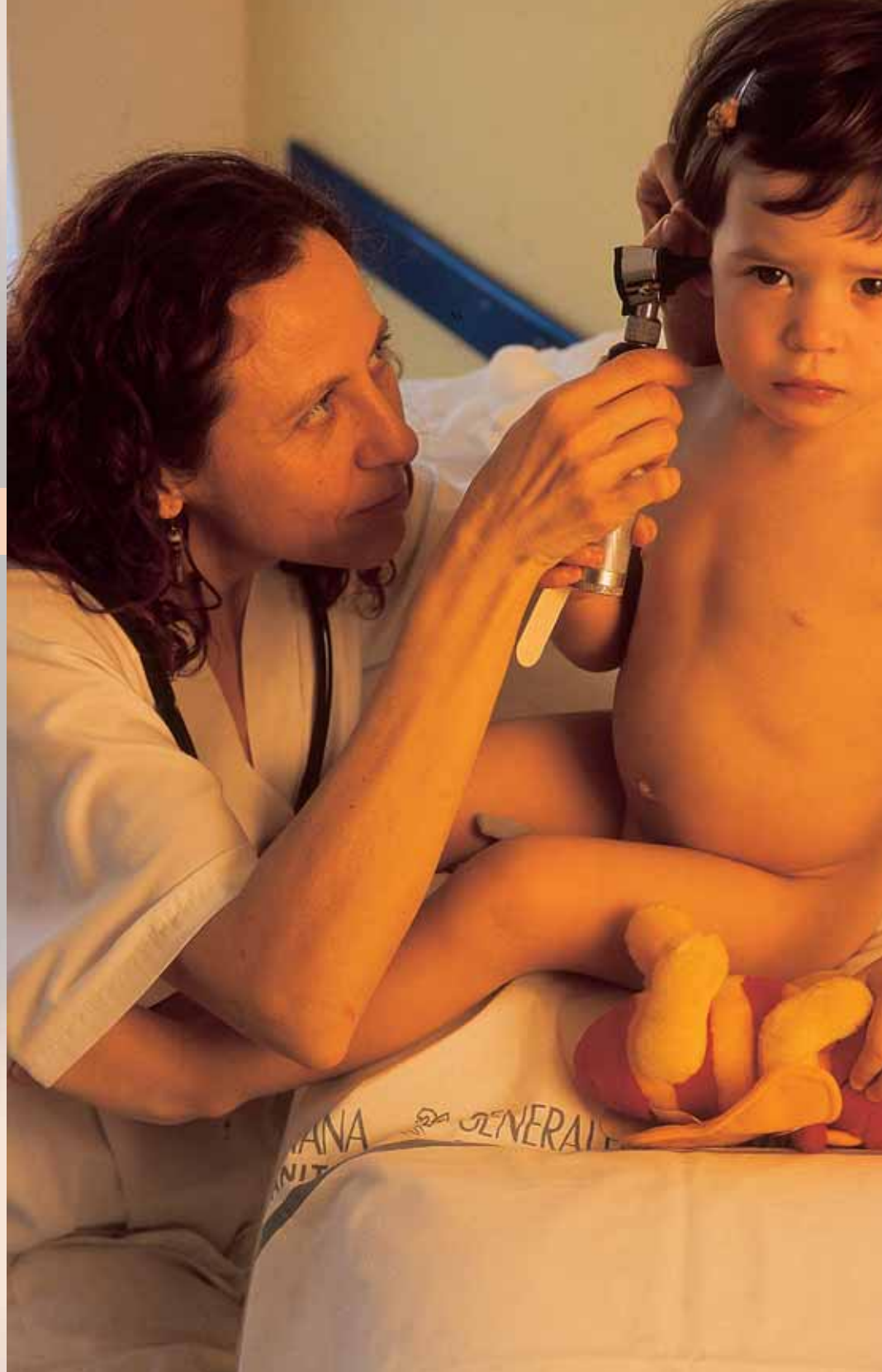
También se ha demostrado que la supresión de la siesta a edades tempranas puede generar más episodios de sonambulismo o terrores nocturnos. Esto se debe a que al irse a dormir muy cansados, los pequeños entran en un sueño muy profundo propicio para que surjan este tipo de problemas. Por el contrario, un niño que duerme correctamente, tanto de noche como de día, suele estar de buen humor, adoptar una actitud mas colaboradora y realizar un mejor aprendizaje.



# Problemas frecuentes de salud

Problemas frecuentes de salud

mas  
de  
trud



## TIENE FIEBRE, ¿QUÉ HAGO?

La fiebre es el aumento de la temperatura por encima de los valores normales, es decir, por encima de 38°C rectal y 37,5°C axilar. Habitualmente se debe a procesos infecciosos benignos y, en consecuencia y salvo excepciones, **no** es un síntoma de alarma.

La fiebre, aún siendo un síntoma muy frecuente, suscita numerosas dudas a los padres. Veamos algunas:

### ¿Qué hacer cuando un niño tiene fiebre?

Para valorar si el niño tiene fiebre, no basta con tocarlo y notarlo caliente. Es necesario confirmarlo con un termómetro, de mercurio o digital, este último más seguro, preciso y rápido en la lectura. La temperatura puede ser tomada en el oído (termómetro timpánico, sensible pero variable y con limitaciones), o en la axila, boca o recto. La temperatura rectal en niños pequeños hay que tomarla con buena sujeción en el regazo o plano firme.

La fiebre podemos clasificarla en: *leve* hasta 38,5°C, *moderada* de 38,5 a 39,5°C y *fiebre severa* superior a 39,5°C.

Una vez comprobada la fiebre, hay que identificar **qué niños deben ser de forma inmediata valorados por el pediatra** y serían los siguientes:

- Menores de 3 meses y con temperatura igual o superior a 38°C.
- Mayores de 3 meses con temperatura igual o superior a 39,5°C.
- Niños que, independientemente del grado de fiebre, presenten gran irritabilidad, sean difíciles de despertar o tengan llanto inconsolable.
- En los que presentan mal estado general, aún después de haber bajado la fiebre.
- Si con la fiebre sufren una convulsión y / o aparecen manchas moradas en la piel.
- Si padecen alguna enfermedad grave o están tomando medicamentos que disminuyen sus defensas.
- También se debe consultar al pediatra si la fiebre alta persiste más de 24 horas en niños menores de 2 años o más de 3 días en los mayores.

Si no se dan ninguna de las circunstancias anteriores, el niño es mayor de 6 meses, conserva su apetito y sueño habitual, y es capaz de jugar, podemos esperar la evolu-





ción, vigilantes y tomando una serie de medidas que responderían a la pregunta:

#### ¿Cómo tratar la fiebre?

- Mantener la habitación bien ventilada y confortablemente fresca.
- Ropa ligera y cómoda.
- Aportar líquidos con frecuencia, y no forzar a comer, respetando el apetito del niño.
- No es necesario tratar temperaturas por debajo de 38,5°C.

Los medicamentos para bajar la fiebre (**antipiréticos**) no se deben dar en niños menores de 2 años sin consulta previa con el pediatra. En las demás situaciones usarlos atendiendo a la dosis e intervalos correctos para evitar intoxicaciones, leyendo atentamente las instrucciones y, si hay dudas, consultar con el pediatra. Los más habituales son el paracetamol y el ibuprofeno, este último para uso

en niños mayores de 6 meses. Generalmente se dan por boca, y en algunas ocasiones (vómitos frecuentes) por vía rectal. No usar ácido acetil-salicílico (aspirina) por sus efectos colaterales.

Los **medios físicos**, como los baños de agua tibia (5-10 minutos duración), pueden ser útiles en algunas circunstancias: después de la administración de un antipirético si éste no ha sido eficaz o bien cuando la fiebre es muy alta, o existen antecedentes de convulsión febril. No usar agua fría (riesgo de provocar aumento temperatura por tiritonas en el niño) ni alcohol (riesgo de intoxicación). El niño debe estar cómodo en el baño, preferiblemente sentado, mojándole con una esponja distintas partes de su cuerpo y si rechaza el baño, debemos sacarlo.

Recordar que fiebre no es sinónimo de tratar con antibióticos y por consiguiente **no** emplearlos hasta que el pediatra así lo determine.



## LA CONVULSIÓN FEBRIL ¿QUÉ ES Y CÓMO DEBO ACTUAR?



Una de las experiencias que generan más angustia a los padres es la vivencia de una convulsión febril en un hijo. Sin embargo, a pesar de su aparatosidad, este tipo de convulsiones no causa daño cerebral y no tiene ningún riesgo de mortalidad por sí mismo.

Un 4% de los niños presentan alguna convulsión coincidiendo con la fiebre en algún momento de su infancia, generalmente entre los 6 meses a 5 años, edad en la que los niños tienen más infecciones. No se sabe por qué unos niños las tienen y otros no. Es menos frecuente en las niñas que en los niños, y parece existir mayor susceptibilidad en algunas familias.

### **¿Qué es una convulsión febril?**

Es un ataque o crisis desencadenada por una temperatura elevada, habitualmente secundaria a un proceso infeccioso. Suele aparecer el primer día del proceso febril y coincide con la aparición brusca de la fiebre. Durante este episodio el niño pierde el conocimiento, sus labios adquieren una coloración azulada y la mirada se desvía. Los músculos pueden estar rígidos o presentar sacudidas. La convulsión puede durar varios minutos, tras los cuales cesan los movimientos y el niño recupera el conocimiento quedando generalmente adormilado. No se precisa

ninguna prueba para diagnosticar una convulsión febril, lo más importante es obtener una buena información de la persona que ha presenciado el episodio.

### **Si un niño tiene una convulsión febril ¿significa que es epiléptico?**

No. Recordar que la convulsión febril está provocada por la fiebre. Y en la epilepsia las convulsiones no van asociadas a la fiebre.

### **¿La convulsión febril causa epilepsia, daño cerebral o retraso en su desarrollo?**

No. Únicamente hay un riesgo ligeramente mayor de desarrollar epilepsia que en la población general. De hecho, el 97% de todos los niños que presentan convulsiones febriles no desarrollan epilepsia. La inmensa mayoría serán niños completamente normales.

### **¿Se le repetirá de nuevo?**

Posiblemente. La probabilidad de recurrencia está relacionada con la edad (es mayor cuanto más pequeño sea el niño en el primer episodio) y con los sucesivos episodios de convulsión febril (40% de probabilidad de recurrencia después de tres convulsiones febriles). No se sabe porque repite en unos niños y en otros no. En más del 50% de niños la recurrencia se presenta entre los 6-12 meses siguientes a la primera convulsión febril.

### **¿Qué pueden hacer los padres durante la convulsión?**

Es importante mantener la calma. Ponga a su hijo tumbado de lado, así evitará la aspiración de alimentos si vomita.

No ponga nada en su boca. Compruebe que el niño puede respirar bien. No lo arroje. Trate de observar lo que está ocurriendo para poder explicárselo al médico. Intente controlar cuánto dura la convulsión, suelen cesar antes de 10 minutos.

Si es la primera vez, es conveniente acudir a un centro sanitario para que examinen a su hijo y confirmen el diagnóstico. Conduzca con prudencia. El llegar unos minutos más tarde no empeora la situación y puede evitar un accidente de tráfico.

Su pediatra le informará también de la actitud a seguir, si se producen nuevos episodios.

### **Cuando ha cesado la convulsión ¿necesita una medicación especial?**

No. Si el pediatra considera que en su hijo podría estar indicada alguna medicación, ya le informará.

### **¿Mi hijo puede llevar una vida normal?**

Sí. Déle todo el cariño, amor, seguridad y disciplina que todo niño necesita.

## CATARROS, ANGINAS, OTITIS ¿CÓMO SE TRATAN?



### **¿Qué es el catarro? ¿Cómo y por qué se produce?**

Es una enfermedad caracterizada por tos, mocos y obstrucción nasal, fiebre y con frecuencia, dolor de oídos y garganta. Es la infección más frecuente en la infancia, especialmente durante el segundo y tercer año de vida, con una media de 5 y 6 episodios al año. Después, y cuando el sistema inmune del niño madura, disminuye drásticamente el número de catarros. Están producidos por virus (más de 200 tipos). Estos se propagan a través de las secreciones mucosas que las personas enfermas transmiten con los estornudos y la tos, contaminando el aire u objetos. El virus entra por la nariz, la boca o la con-

juntiva ocular. Las manos contaminadas con las secreciones son un vehículo importante y también, sobre todo en los niños más pequeños, los objetos contaminados con secreciones, ya que es frecuente que los compartan o los chupen.

### **¿Cuál es la evolución normal? ¿Cuándo debemos acudir al pediatra?**

La fiebre, si aparece, suele ser moderada y dura entre dos y tres días, igual que la obstrucción nasal. La tos es más intensa los primeros días y puede persistir durante tres semanas. La secreción nasal, acuosa en principio, se

espesa en los días siguientes pudiendo ser blanca, amarillenta o verdosa. Si un catarro evoluciona normalmente no precisa tratamiento, se curará solo, por lo tanto no hará falta acudir al pediatra.

Sí debemos acudir al pediatra cuando se detecten síntomas que pueden indicar posibles complicaciones: fiebre de más de tres días, dolor de oídos persistente, secreción nasal purulenta o de más de 10 ó 15 días, dificultad para respirar teniendo la nariz despejada.

### **¿Cómo se trata? ¿Se puede prevenir?**

No existe tratamiento que “corte” o pare la evolución natural de la enfermedad. Los catarros son enfermedades banales que tienden a la curación espontánea. Las medidas más eficaces para aliviar los síntomas son: anti-térmicos para el malestar y la fiebre y realizar lavados nasales para disminuir la congestión y limpiar las secreciones. No es recomendable el uso de otros medicamentos. No se deben usar nunca antibióticos puesto que no acorta el proceso, no evita las posibles complicaciones, puede provocar efectos indeseables en el niño y favorece la aparición de resistencias antibióticas. Prevenir los catarros es muy difícil, sino imposible. No existen vacunas, ni fármacos que los controlen. Las medidas más eficaces son la ventilación adecuada de las estancias y el lavado de manos.

### **Infección de garganta (faringoamigdalitis)**

Es una inflamación de la garganta y amígdalas. Son más frecuentes en la edad escolar. Se caracteriza por dolor de garganta, fiebre, ganglios en el cuello, dolor de cabeza y

malestar. Generalmente la garganta está enrojecida y las amígdalas pueden tener pus.

Son causadas fundamentalmente por virus, sobre todo en los niños menores de tres años. A partir de los cuatro años las bacterias son también una causa frecuente. La infección se transmite a través de las secreciones, igual que los catarros. Las faringoamigdalitis de causa bacteriana se deben tratar con antibióticos, el pediatra será el que deba indicarlos, mientras tanto se podrán administrar antitérmicos y analgésicos que controlen los síntomas y mejoren el estado general del niño.

### **Infecciones de oídos (otitis)**

La infección de oído más frecuente en el niño es la otitis media aguda. Generalmente se producen como complicación de un catarro. Se caracterizan por dolor de oídos y fiebre. En más del 80% de los casos se trata de procesos autolimitados que curan solos, sin embargo es posible que sea necesario tratamiento antibiótico, sobre todo en los niños menores de dos años.

## ¿QUÉ DEBO HACER SI MI HIJO NO CRECE?



El *desarrollo* es un proceso continuado que se pone en marcha con la fecundación y que termina con la edad adulta. Tiene dos facetas, el *crecimiento* (aumento de peso y talla), y la *maduración*. Está programado genéticamente: en el óvulo fecundado se encuentran ya configurados todos los mecanismos que llevarán al individuo a una *talla adulta* determinada, y en un tiempo determinado (*pubertad adelantada, normal o tardía*). Esta determinación genética, prácticamente inmodificable, nos conduce a las siguientes reflexiones:

### El crecimiento

Ni beber mucha leche (“rica en calcio”), ni los suplementos vitamínicos, ni el exceso de proteínas, o el hacer ejercicio, incrementan la talla final adulta. Pero, una alimentación incorrecta, en cantidad o calidad, puede interferir la programación genética de la talla, y no llegarse a ella. Mejorar las condiciones higiénico sanitarias de la población, mejora la talla media (“los niños ahora son más altos que sus padres”): cierto, hasta hace 15 años; pero el incremento de la talla media de los españoles, ha tocado techo.

La talla final adulta depende, fundamentalmente, de la

talla de los padres. “Tengo unos vecinos bajitos, con hijos muy altos”: en el 90% de las ocasiones es un hecho falso o mal interpretado. La diferencia de talla entre varón y mujer con idéntica dotación genética es de unos 13 cm. Imagínense una pareja con talla parecida, hecho muy frecuente, por ejemplo alrededor de 163 cm. Un hijo que herede la dotación genética materna medirá, unos 176 cm, (talla de su madre, si hubiera sido varón). Pero, su hija, si heredara la genética paterna medirá, por el mismo motivo, alrededor de 150 cm. Trasladen estos sencillos cálculos a su familia, o sus vecinos, y encontrarán explicación a muchas tallas “inexplicables”.

Sin embargo, la talla de los hijos depende, habitualmente, de la mezcla genética de los padres, acercándose a la denominada, “talla diana”.

Así definimos un primer grupo de niños NORMALES con talla corta: *talla corta familiar*, una “variante de la normalidad”. Son individuos pequeños de niño y de adulto. Hijos bajos, de padres bajos, validando el aforismo “de tal palo tal astilla”. Como son “normales”, no necesitan tratamiento, aunque se vislumbran posibilidades futuras.



## La maduración

El inicio de la pubertad (aparición de vello pubiano, incremento mamario / testicular), es variable, y tras “el estirón puberal del crecimiento” se alcanza la talla adulta.

Hay niños que tienen una “pubertad adelantada”, altos durante la infancia, (por lo que están muy contentos), pero que se desarrollan pronto, y al final no son tan altos como parecía. Si el adelanto es excesivo recibe el nombre de “pubertad precoz”, y puede reflejar algún problema, que deberá ser valorado y tratado.

Por el contrario, hay niños con “pubertad atrasada”, pequeños durante la infancia, pero no después. Niños de maduración lenta, que tardan más años en alcanzar la talla adulta. Denominados en algunas regiones “tardanos”, constituyen el otro grupo de “variantes de la normalidad”: *retraso constitucional del crecimiento y desarrollo*. También es una característica genética: de padres precoces o “tardanos”, hijos precoces o “tardanos”.

Se pueden identificar estudiando la maduración ósea, habitualmente en radiografía de la mano, y, como niños normales que son, tampoco necesitan tratamiento.

## El pronóstico

Conociendo la talla de sus padres y estudiando la “edad ósea”, podemos enjuiciar si la talla del niño es “normal”. La sospecha de una **talla baja patológica**, conlleva el inicio de una búsqueda diagnóstica que puede ser larga, pues las causas son múltiples, (enfermedad ósea, altera-

ciones cromosómicas,- como el síndrome de Turner en la niñas, celiacía tardía, déficit de hormona de crecimiento, etc.). Muchos de estos procesos tienen hoy tratamiento adecuado.



## ¿QUÉ HACER SI TIENE DIARREA?

La diarrea es el aumento de la frecuencia de deposiciones, de contenido líquido. Cuando la duración es menor de 15 días, se dice que es aguda. Es una de las enfermedades más frecuentes en la infancia, que suele acompañarse de vómitos, fiebre y dolor de barriga.

Generalmente se debe a una infección, que puede estar ocasionada por virus, por bacterias o por parásitos. Entre los virus, los más frecuentes en niños son los rotavirus (sobre todo en menores de 2 años y en invierno), entre las bacterias la *Salmonella* y *Escherichia coli*, y entre los parásitos la *Giardia lamblia*. Pero en un 30%-40% de los casos de diarrea aguda no se llega a identificar ningún germen.

Es importante conocer que las diarreas por bacterias ocurren con mayor frecuencia en los bebés que no reciben lactancia materna, lo que resalta el papel protector de la lactancia natural, especialmente en los primeros meses de vida. Igualmente, la infección por rotavirus generalmente es más leve en el lactante amamantado.

Además de las infecciones, la diarrea aguda en la infancia puede deberse a que el niño no tolere algún alimento o alguna medicación, también a errores de alimentación o a sustancias ingeridas de forma accidental por el niño.

La deshidratación es la complicación más común de la diarrea aguda, debido a las excesivas pérdidas de líquidos. Así, el estado de hidratación es el aspecto fundamental a vigilar en estos niños. Además, en la diarrea la pérdida de líquido se acompaña de pérdida de sales, lo que puede llegar a alterar el equilibrio electrolítico del cuerpo.

A la hora de valorar la diarrea de su hijo, al pediatra le resultarán de gran utilidad los siguientes datos: la duración de la enfermedad; las características de las deposiciones; la frecuencia de las deposiciones durante las 24 horas previas; si tiene o no vómitos, fiebre, irritabilidad, decaimiento o sed; la capacidad o no de recibir alimentos y líquidos; tipo y volumen de los alimentos recibidos; normalidad o no de la orina, etc.

Algunas consideraciones sobre el entorno son también útiles para llegar al diagnóstico: asistencia a guardería, consumo de vegetales o mariscos crudos, o si ha realizado viajes recientes.

El médico evalúa el estado general del niño, su estado de conciencia, el grado de hidratación y la presencia de otras manifestaciones (abdomen abultado, edemas, fiebre alta, etc.).

No es recomendable usar medicamentos antidiarreicos, tales como antiespasmódicos, antisecretores o absorbentes. Los antibióticos tienen sólo indicaciones muy concretas en las diarreas agudas y éstas se reducen a casos severos ocasionados por determinados gérmenes identificados en los análisis.

El tratamiento más importante son las recomendaciones dietéticas adecuadas para cada edad. Fundamentalmente evitaremos verduras y legumbres, fritos, dulces y leche de vaca en cantidad abundante. Los niños con deshidrata-

ción leve pueden ser tratados exitosamente por boca, usando las soluciones de rehidratación oral (habitualmente llamadas "suero") comercializadas en nuestras farmacias, a lo que seguirá la realimentación precoz con leches adecuadas y alimentos semisólidos. Mientras la diarrea continúe, deberá recurrirse al uso continuado del suero, alternada con agua u otros líquidos (leche materna, por ejemplo). En la actualidad se inicia el uso de los llamados probióticos para facilitar la lucha del organismo contra los gérmenes dañinos. Cuando la diarrea se prolongue, consulte de nuevo con el pediatra.



## ¿POR QUÉ SE PRODUCE EL ESTREÑIMIENTO?



El estreñimiento consiste en la disminución en la frecuencia de las deposiciones, que presentan además una consistencia dura, lo que dificulta su expulsión, produciendo molestias y dolor. Es un problema muy frecuente en los niños.

### ¿Por qué se produce?

En el 95% de los casos no encontramos una causa clara que lo justifique, pero sí que conocemos algunos factores que influyen en su aparición:

**Dieta:** tanto la frecuencia y consistencia de las deposiciones como el tiempo de tránsito intestinal están muy influenciados por la dieta. Las dietas ricas en fibra producen deposiciones frecuentes, blandas y con un tiempo de tránsito más corto, mientras que las pobres en fibra suelen ocasionar deposiciones duras y secas.

**Ejercicio físico:** el ejercicio favorece el tránsito intestinal. Los niños más sedentarios suelen tener más estreñimiento.

**Problemas emocionales:** en ocasiones puede influir el estrés en el colegio, con sus amigos o en casa. Es frecuente el estreñimiento que se inicia con la retirada del pañal, ocasionado en la mayoría de casos por un interés desmesurado por parte de los padres o familiares en la retirada del mismo cuando el niño aún no está preparado. El niño se siente inseguro, tiene miedo a las deposiciones, lo cual le hará retener las heces. Esto a su vez hará que la próxima deposición sea más dura y dolorosa, con lo cual el problema va aumentando.

**Niños ocupados:** a los que “se les olvida” que deben acudir al baño. Suele ser muy frecuente en los niños hiperactivos.

**Enfermedades:** puede ser secundario a una enfermedad (gastrointestinal, neurológica, problemas como el hipotiroidismo) o a la administración de algún medicamento (hierro, codeína...).

El motivo que suele llevar a los padres a la consulta es la disminución de la emisión de heces acompañada en ocasiones de dolor. Pueden aparecer fisuras anales, que acentuarán aún más el cuadro de dolor. Sin embargo, en ocasiones el niño con estreñimiento presenta una “diarrea crónica” que no debe malinterpretarse, ya que son escapes de heces a causa de la irritación de producida por la masa fecal.

### Consejos generales

Es importante tener en cuenta que el estreñimiento debe ser tratado con constancia y que pueden producirse recaídas. Hay algunas pautas que pueden ayudar en su tratamiento:

Es conveniente que el niño se habitúe a ir al baño diariamente, a la misma hora del día (preferentemente después de las comidas), y que intente la deposición durante unos 10 minutos.

Podemos recompensarle si logra la deposición pero nunca se le castigará si no lo hace.

Los niños pequeños pueden utilizar un orinal o si usan el inodoro les colocaremos una banqueta bajo los pies que les ayudará a hacer fuerza.

Intentaremos que el niño vaya al baño cada vez que tenga ganas.

El ejercicio físico moderado es beneficioso (caminar, montar en bicicleta...). Evitar el sedentarismo (tiempo excesivo delante del televisor, videoconsolas...).

Insistir en la ingesta abundante de líquidos, especialmente en verano.

No abusar de la leche y derivados.

Evitar alimentos como el arroz, plátano, manzana, chocolate y membrillo.

Hay unos alimentos que pueden ser beneficiosos como son: los cereales (cereales integrales, copos de avena, galletas integrales, pan integral), vegetales (judías verdes, espinacas, lechuga, tomates, nabos, puerros, coliflor, espárragos, calabacín, acelgas), legumbres (garbanzos, lentejas, judías blancas, guisantes) y frutas (de todo tipo preferentemente con piel, excepto el plátano y la manzana).

Si a pesar de todas estas recomendaciones el problema persiste, es el pediatra del niño quien lo valorará y recomendará en cada caso un tratamiento médico adecuado.

## ¿LAS REGURGITACIONES EN EL BEBÉ NECESITAN TRATAMIENTO?

Un gran número de lactantes regurgitan el alimento que toman. Son tan frecuentes las regurgitaciones a esta edad, que se dan en hasta un 50% de los bebés en los dos primeros meses de vida. Sin embargo, para los padres constituyen con frecuencia un motivo de preocupación, y por ello consultan con el pediatra.

El desarrollo del niño es un proceso continuo de cambios en todo su organismo, tanto para la adquisición de aptitudes motoras como intelectuales. Alguno de estos procesos madurativos puede verse retrasado dentro de unos límites normales, sin que ello constituya necesariamente una anomalía. Esto es lo que ocurre en los bebés que regurgitan, en los que tardan en madurar los mecanismos que evitan el reflujo gastroesofágico, es decir los mecanismos que evitan que el contenido del estómago vuelva hacia el esófago y, a través de él, hacia la boca.

Estos mecanismos, que denominamos “barrera antirrefujo”, están parcialmente desarrollados en algunos lactantes, y en la mayoría de los casos el reflujo desaparece en los primeros meses de vida (entre 12 y 18 meses), sin consecuencias para el buen desarrollo del lactante pese a la, en ocasiones, aparatosidad de los vómitos. La regurgitación pues, se considera un hecho normal y autolimitado en el lactante.

### ¿Cuándo se debe consultar con el pediatra?

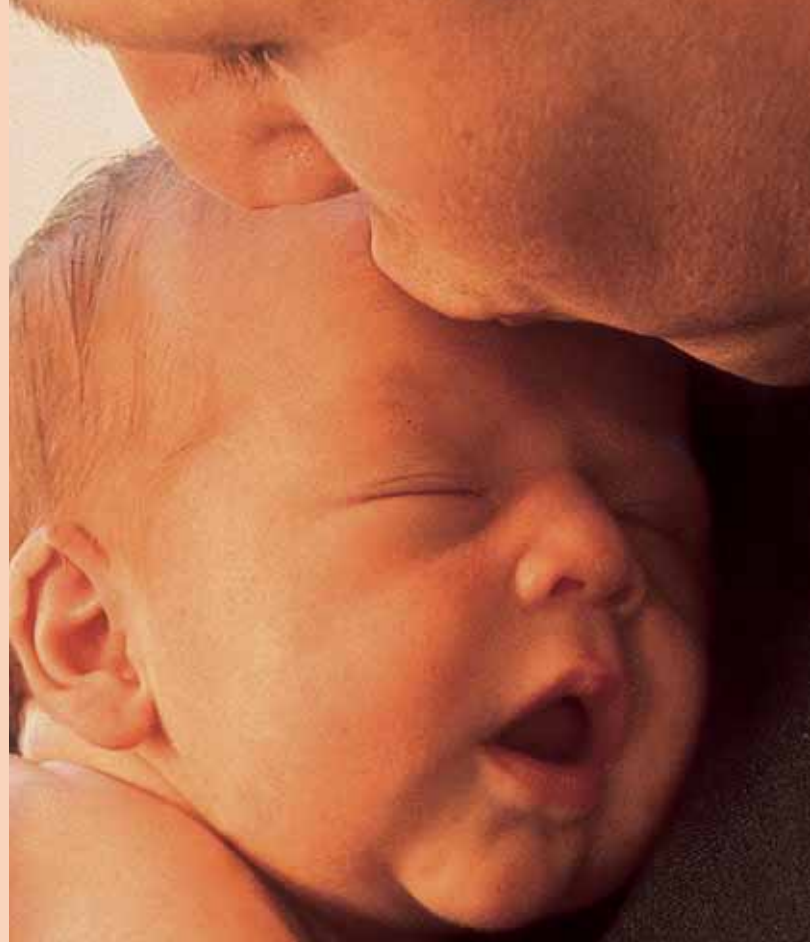
Aunque el niño se desarrolle bien, conviene poner en conocimiento del pediatra la existencia de estas regurgitaciones. En la mayoría de los casos no será necesaria ninguna actuación especial, ya que se trata generalmente de un proceso de naturaleza benigna y transitoria.

### ¿Tienen tratamiento las regurgitaciones?

Como se trata de un proceso transitorio y de buena evolución en la gran mayoría de los niños, mientras no existan signos de reflujo complicado (y esto lo valorará el pediatra), generalmente no será necesario establecer ningún tipo de tratamiento.

No obstante, y como en casi todo hay excepciones, cuando la presencia de frecuentes regurgitaciones pueda causar preocupación en los padres o pequeñas irritaciones en la piel de la barbilla y el pediatra lo considere adecuado, pueden administrarse unas leches especiales que denominamos leches o fórmulas *antirregurgitación*. Son leches para lactantes que cumplen, en general, con los requisitos nutricionales para cada edad (inicio o continuación), y que contienen además una sustancia espesante (harina de algarroba, almidón de maíz, almidón de arroz). Contribuyen a espesar la leche y reducir las regurgitacio-





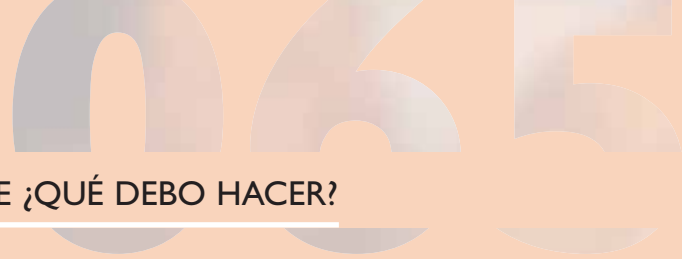
nes. Su indicación debe ser establecida por el pediatra o por el gastroenterólogo infantil exclusivamente.

**Resumimos lo expuesto en esas cuatro conclusiones:**

Las regurgitaciones constituyen generalmente un fenómeno fisiológico relacionado con la edad del niño. Después de su valoración por el pediatra, la información a los padres en cuanto a su evolución natural y forma de alimentación del lactante suele ser suficiente.

En caso necesario las fórmulas *antiregurgitación* pueden ser eficaces en su control.

En caso de precisar tratamiento con medicamentos, su pediatra o gastroenterólogo infantil serán los profesionales adecuados para establecerlo.



## CUANDO EL DOLOR ABDOMINAL SE REPITE ¿QUÉ DEBO HACER?

El dolor abdominal repetido en el niño sano es tan frecuente que el 20% de los niños consultan alguna vez por este motivo, y probablemente haya muchos más que lo presenten y no lleguen a consultar.

No suele deberse a un problema intestinal ni general importante. El primer paso sería resolver la duda de si realmente el niño tiene dolor; o es una frase hecha y aprendida en algún momento en que tuvo dolor o lo padeció algún hermano o familiar. Esta diferenciación entre dolor real o frase hecha no siempre es fácil, pero hay datos que pueden orientarnos: el que se queje cuando no quiere comer o dormir; o si se queja y sigue jugando alegremente. En estos casos es particularmente importante no preguntarles continuamente si tienen dolor; porque si les duele ellos espontáneamente lo dirán. Cuando el dolor es real, obliga al niño a parar la actividad que está realizando, se pone pálido o con mal color; o le llega a despertar por la noche.

En ocasiones el dolor se debe a una retención de las heces, que hace contraerse al intestino para eliminarlas. El que el niño haga deposición a diario no descarta esta posibilidad, ya que puede evacuar únicamente las heces que se encuentran en las zonas finales del intestino y

retener las que no han llegado. Para demostrar que el estreñimiento es la causa del dolor no se requieren pruebas complementarias, basta ver la mejoría cuando se establece un ritmo de defecación normal.

Otra causa frecuente de dolor abdominal es la excesiva ingesta de zumos o alimentos con muchos azúcares. En este caso, la llegada al intestino de estos azúcares, hará que se fermenten y liberen gases que presionan las paredes del intestino produciendo las molestias. Estas molestias cesarán con la eliminación de estos alimentos de la dieta del niño.

Los parásitos intestinales también pueden producir dolores abdominales repetidos en el niño pero, aún encontrándolos en un examen de heces o viéndolos, es muy difícil afirmar que el dolor se debe a estos parásitos.

La mayoría de los dolores abdominales repetidos son “funcionales”, es decir no reconocen ninguna causa o enfermedad que lo produzca. Algunos datos pueden hacernos sospechar que el dolor no es funcional, sino que tiene como origen la alteración de algún órgano. Estos datos sugestivos de problema orgánico son muy variados, y entre ellos están el que el dolor se acompa-

ñe de vómitos, fiebre o rechazo del alimento, y a más largo plazo la detención del crecimiento.

Mención aparte merecen los dolores abdominales localizados en la mitad inferior del abdomen de las niñas pre-adolescentes, que se pueden deber a las modificaciones normales en los ovarios producidas por las hormonas de la pubertad y que generalmente carecen de importancia.

Si el dolor abdominal se mantiene, probablemente su médico le recomiende efectuar un estudio, aún sabiendo que en la mayoría de casos los resultados serán normales y únicamente servirán para tranquilizarnos. El que no se encuentren datos de enfermedad, no quiere decir que al niño no le duela, sino que ese dolor no responde a ninguna causa en concreto.

Convivir diariamente con un niño que se queja de forma continua de dolor abdominal no es fácil y la conducta de los padres debe ser: intentar observarlo de cerca e intentar relacionarlo con la ingesta de algún alimento, con el ritmo de defecación o con problemas emocionales, y si después de consultar con el pediatra no se encuentra ningún problema que lo justifique ni haga pensar en un problema orgánico, no angustiarse ni angustiar al niño.



## LOS PARÁSITOS INTESTINALES ¿QUÉ SON?

La infestación por parásitos se llama *parasitosis*; el parásito vive a expensas de otra especie, (huésped). Compite por las sustancias alimenticias que ingiere el huésped, y en algunos casos, se nutre de su sangre.

En países subdesarrollados siguen siendo un problema importante. En nuestro país es un problema *infrecuente*, excepto en guarderías y centros de acogida. Los viajes internacionales y la inmigración han incrementado su frecuencia.

### Las parasitosis más frecuentes en nuestro entorno son:

- Parásitos microscópicos como la *Giardia lamblia*, que puede producir dolor abdominal y sobre todo diarrea crónica. Son abundantes en la zona mediterránea.
- Gusanos redondos (nematelmintos):  
Oxiuros: Son como hilos de coser de 1 cm de largo. Por la noche ponen sus huevos alrededor del ano, y por esto producen mucho picor anal nocturno. Se contagia de persona a persona o a través de ingesta de tierra, juguetes sucios, alimentos contaminados, etc.

Ascaris: Tienen aspecto de una lombriz de tierra, de 20 a 25 cm de longitud. Puede provocar inapetencia, dolor abdominal, obstrucción intestinal.

- Gusanos planos: (platelmintos)

Tenias: Tienen una cabeza con capacidad de succión y su cuerpo está formado por segmentos, que se pueden ir eliminando. La tenia saginata se adquiere con la ingestión de carne vacuna contaminada. La tenia solium, conocida como la "solitaria", se adquiere con la ingestión de carne de cerdo contaminada.

**La prevención** es similar para todos estos parásitos: lavado frecuente de manos, limpieza de los utensilios de cocina, adecuado cocimiento de carnes, desinfección de vegetales y frutas si se ingieren crudas. También es muy importante el control veterinario de perros y gatos.

**Los tratamientos** suelen ser efectivos. Tienen que ser simultáneos para una familia o grupo de individuos.

Si tu niño llora y no puede mover el brazo, lo mantiene pegadito al cuerpo tras haber sufrido un “estirón” mientras permanecía cogido de la mano (para evitar que se cayese, o al obligarle a andar o simplemente porque se te “cuelga “ de la mano jugando), muy probablemente sufra el llamado “codo de niñeira”, “pronación dolorosa” o “subluxación de la cabeza del radio”.

Esta lesión es más frecuente en niños de 1 a 4 años. Consiste en que la parte superior (cabeza) de uno de los huesos del antebrazo (el radio) se sale de su sujeción al codo (de su ligamento), bloqueando la movilidad de esta articulación y ocasionando dolor al intentar moverlo. Pero no te preocupes demasiado porque no está roto, ni siquiera hace falta radiografía. Consulta con tu pediatra o acude a urgencias.

La solución consiste en movilizar el antebrazo con unos movimientos determinados parecidos a un corte de mangas (no intentes hacerlos tú), que persiguen “colocar” en su sitio el hueso que se ha salido de su ligamento. Tras unos minutos, una vez que el niño se haya tran-

quilizado y comprobemos que puede mover el brazo como antes, os podéis ir a casa tranquilos.

Sólo cuando aparece repetidas veces (el ligamento está “flojo”) y permite que la cabeza del radio se salga con facilidad) o han pasado más de 12 horas desde que empezó el dolor; puede que necesite una inmovilización durante un par de semanas. Como ves, es más leve de lo que inicialmente parece, pero la próxima vez que se nos escape o tengamos que subirlo a la acera, mejor si no le estiramos de la mano, así ni el niño ni vosotros pasareis un mal rato.







## LOS DOLORES DE PIERNAS ¿SON POR EL CRECIMIENTO?



El dolor de piernas en los niños es un problema que obliga a consultar con el pediatra en numerosas ocasiones. Es necesario realizar un buen diagnóstico que nos permita distinguir entre las formas habituales de dolor de piernas de origen “benigno”, y por lo tanto de buen pronóstico, y las enfermedades orgánicas de gravedad variable en las que es imprescindible la detección rápida para realizar un tratamiento precoz.

Durante mucho tiempo se han venido llamando “dolores del crecimiento”, aunque este término es erróneo, ya que no refleja el origen del síntoma. En los niños el proceso de crecimiento es lento y fisiológicamente imperceptible; con lo que es poco probable que el proceso en sí cause dolor. Aún así, algunos niños refieren molestias imprecisas en miembros inferiores sin causa discernible. Dicho término tiene la ventaja de no implicar enfermedad alguna y lo sitúa en un período, la niñez, donde estas molestias son comunes.

El dolor de piernas recurrente benigno se presenta en un 10% de los niños, especialmente entre los 3 y 5 años, sin distinción de sexos. Las quejas son variables; desde un dolor leve a un dolor intenso que incluso puede llegar a despertar por la noche. Es posible que sea agudo, recurrente o crónico, pero no suele presentarse diaria-



mente. El dolor siempre desaparece cuando se detiene el crecimiento. De ahí que se haya venido aplicando, aunque de forma errónea, el término “dolores de crecimiento”.

Siempre que un niño se queja de dolor hay que buscar cuidadosamente su causa. Habitualmente se hace una historia cuidadosa (que incluye antecedentes familiares, psicosociales, rendimiento escolar), examen completo y pruebas si se creen necesarias.

### **¿Qué son los dolores de crecimiento?**

Consisten en dolor o molestia intermitente que suelen localizarse en músculos de piernas, muslos y detrás de las rodillas. Suelen ser bilaterales, cambiantes y aparecer por la tarde y primeras horas de la noche llegando incluso a despertar al niño. Desaparecen totalmente por la mañana sin necesidad de recurrir a tratamiento antiinflamatorio o analgésico en la gran mayoría de los casos. Los dolores de crecimiento o de piernas no se acompañan de cojera o limitación de movilidad. No se acompañan de traumatismo o infección previa. Tampoco se observan signos objetivos de inflamación. Los resultados de la exploración clínica, de los análisis de laboratorio y radiología, si se realizan, son normales. La presencia de afectación general del niño, fiebre, dolor intenso o localizado,

limitación del movimiento y artritis (inflamación de la articulación), orientan hacia un origen distinto.

Algunos expertos lo identifican como una manifestación de esfuerzo y fatiga muscular repetida. Se ha aprendido mucho sobre lo que NO son dolores de crecimiento, pero se sabe muy poco de lo que sí son. Medidas de apoyo como las que mencionamos a continuación parecen razonables y no perjudiciales: calor, masaje o frotación, antiinflamatorios (ibuprofeno) o analgésicos (paracetamol).

La mayor ayuda es la información explícita a la familia y al niño de la naturaleza benigna de estos dolores y dejar pasar el tiempo.

Por otro lado, algunos estudios recientes han demostrado la existencia de dolor músculo-esquelético psicósomático continuo o intermitente, especialmente en preadolescentes y adolescentes de sexo femenino, generalmente asociado a dolor de cabeza y dolor abdominal inespecífico recurrente. Son pacientes que experimentan tensión escolar o familiar con dificultad para expresar emociones y/o disfunción familiar.

## ¿CUALES SON LOS PROBLEMAS ESQUELÉTICOS MÁS FRECUENTES EN LA INFANCIA?

Durante la infancia y adolescencia se produce en el esqueleto un importante proceso de crecimiento y adaptación. Además, en estas primeras etapas de la vida, la intensa actividad del niño y su comportamiento curioso harán que tenga más caídas y golpes que un adulto. Así, en cierta medida, los traumatismos forman parte de sus juegos. Son más frecuentes en los niños más activos y en los más “patosos”, y no deben interpretarse como una falta de calcio. En este capítulo comentaremos los problemas ortopédicos más frecuentes.

### **Displasia de la cadera**

La exploración de las caderas en los recién nacidos sirve para detectar de forma precoz la luxación congénita de las caderas. Puede aparecer en 1-2 de cada mil nacimientos. La confirmación del diagnóstico se hace por ecografía en los primeros días de vida, y tiene un tratamiento sencillo y eficaz si se aplica en los primeros meses.

### **El pie infantil**

Muchos adultos tienen problemas en los pies que pueden prevenirse en la infancia. La evolución del pie infantil va ligada al apoyo. Cuando empiezan a caminar, muchos niños presentan un pie aplanado en su planta llamado pie laxo infantil, que no supone anormalidad y no

requiere tratamiento. Sólo un 20 % de los niños va a presentar un aumento de la laxitud en los siguientes años y se pueden beneficiar de un calzado con contrafuerte posterior que favorezca un mejor apoyo. Son muy pocos los casos que van a requerir tratamientos específicos por pies planos, y sólo en un pequeño porcentaje pueden ser dolorosos y patológicos en el adulto.

### **Trastornos de la marcha**

Hay que recordar que los humanos somos la única especie que caminamos sobre dos pies y que hablamos, y que ambas cosas requieren un período de aprendizaje y de práctica. Los niños son lentos en su aprendizaje de caminar por lo que es conveniente no abusar del cochecito, ni de llevar al niño en brazos, sino estimularlo a caminar. La marcha humana es muy compleja no considerándose que toma su forma normal definitiva hasta pasados los 4 años, coincidiendo con el tiempo cuando el niño aprende a caminar “a la pata coja”. El caminar con las puntas de los pies hacia dentro o hacia fuera, generalmente no se debe a un problema en los pies, sino que suele deberse a la posición de los miembros inferiores en su conjunto. La mayoría de los casos se corrigen espontáneamente, sin necesidad de tratamiento.



### **Miembros inferiores**

Las piernas van cambiando de la forma arqueada del lactante que arrastra de su posición dentro del útero hasta una posición de piernas en “X”, juntando las rodillas y separando los pies, que adoptan muchos niños hasta los 4-5 años para conseguir mayor estabilidad y a ligeramente arqueadas, en forma de aro, en las edades mas avanzadas, siendo importante el control de su evolución en estas formas, normales en la mayoría de los casos.

### **La columna**

Hay que revisarla en el período prepuberal, considerando el alto porcentaje hereditario de las desviaciones de la columna. Su diagnóstico pasa por las revisiones periódicas de salud y en algunos casos por el seguimiento por parte del especialista.

### **Hábitos posturales**

Evitar la postura de sentado sobre sus piernas en “postura de rana”, siendo aconsejable para sentarse en el suelo durante los juegos la “postura de indio”. Es importante tener un correcto mobiliario adaptado al niño: las sillas deben de permitir que pueda estar sentado apoyando los pies y con las rodillas en ángulo recto, la almohada pequeña, adaptada a su pequeña curva cervical, el colchón relativamente duro que no aumente la normal flexibilidad de su columna.

## ¿QUÉ ES LA ANEMIA?

# 070



Decimos que un niño tiene anemia cuando tiene menos cantidad de hemoglobina de la normal. La hemoglobina es el componente principal de los glóbulos rojos y es la sustancia que transporta el oxígeno a todas las células del cuerpo.

La anemia NO es sólo una disminución del número de glóbulos rojos, sino la disminución de la hemoglobina o del hematocrito. Pero atención, las cifras normales en los niños son algo menores que en los adultos, por tanto, deje que sea el pediatra el que interprete los datos de un análisis.



Las causas de anemia son múltiples. Aquí sólo nos referiremos a las más frecuentes: la anemia ferropénica y la talasemia.

Si estamos ante un análisis realizado cuando el niño está sin infección, la presencia de anemia se deberá probablemente a falta de hierro. Es lo que llamamos **anemia ferropénica** y se produce porque el cuerpo no tiene suficiente hierro para formar hemoglobina. Este hierro tiene que venir de los alimentos.

Si el niño tiene una **alimentación pobre en hierro**, tendrá anemia ferropénica. ¿Qué alimentos tienen más hie-

erro? La carne es el alimento con más hierro. Por el contrario, la leche tiene muy poco. De ahí la importancia de una alimentación variada. Un lactante que tome sólo leche más allá de los seis meses de vida tiene riesgo de anemia por falta de hierro.

La anemia ferropénica puede darse además en dos situaciones especiales: en los **prematuros** y cuando hay pérdida de sangre. El feto adquiere el hierro que necesita de la madre, a través de la placenta, fundamentalmente en el tercer trimestre del embarazo. Si el niño nace antes de tiempo habrá recibido poco hierro. Si su hijo es prematuro recibirá tratamiento preventivo con gotas de hierro durante el primer año de vida.

La segunda situación especial es la anemia ferropénica debida a **pérdidas de sangre**. Dado que la sangre es la parte del cuerpo donde más hierro existe, su pérdida conllevará una anemia ferropénica. No suele ser grave y habitualmente se resuelve mediante tratamiento con hierro.

Cuando hay que realizar tratamiento con hierro, en forma de gotas, ampollas bebibles, jarabes o pastillas, se debe mantener durante 3 a 6 meses.

El hierro sabe mal, y en ocasiones puede producirle al niño vómitos o dolor abdominal. En ese caso, el pediatra aconsejará lo que hay que hacer. Tras la toma de hierro el niño debe lavarse los dientes, para evitar una tinción negruzca poco estética.

Es evidente que si la causa de la anemia es una alimentación inadecuada, el tratamiento con hierro debe acompañarse de un cambio dietético, consumiendo no más de medio litro de leche al día, y alguna porción de carne diariamente.

Una dieta vegetariana es compatible con una alimentación equilibrada, pero hay que hacer un cálculo cuidadoso de los componentes de la dieta, y hacer un uso correcto de cereales y legumbres para obtener todo el hierro que se necesita.

**La talasemia** es un trastorno hereditario en el que está alterada la formación de hemoglobina. Su forma leve, *talasemia minor*, es frecuente, y ocasiona una anemia leve, sin síntomas, que suele ser un hallazgo casual, y que no precisa ningún tratamiento. Así, ante una anemia con glóbulos rojos pequeños y en la que no se demuestra que haya falta de hierro, es probable que se trate de una *talasemia minor*. Un análisis lo confirmará.

Cuando ambos padres son portadores de una *talasemia minor*, cada hijo tiene un 25% de probabilidades de padecer una *talasemia maior* o forma grave de la enfermedad.

En definitiva, la anemia es un proceso frecuente y habitualmente benigno, que su pediatra sabrá valorar y tratar conforme proceda.

## ¿PUEDEN TENER LOS NIÑOS EL COLESTEROL ELEVADO?

La hipercolesterolemia es el aumento de colesterol en la sangre. Está ocasionada por diferentes enfermedades genéticas y, por tanto, es de origen hereditario y familiar. Se debe a una alteración en su metabolismo por falta o mal funcionamiento de los sistemas encargados de su degradación.

Se calcula que una de cada quinientas personas tiene alguna de estas enfermedades genéticas que puede transmitir a sus hijos, los cuales no tienen ningún síntoma durante la infancia. Sin embargo, la acumulación de colesterol en su sangre facilita su depósito en las arterias, engrosándolas y secundariamente disminuyendo su calibre, sobre todo a partir de la segunda década de la vida. Este proceso constituye la primera fase de la arteriosclerosis. Si esta lesión progresa producirá una serie de complicaciones clínicas de las cuales las más frecuentes son la angina de pecho, el infarto de miocardio y los accidentes cerebro-vasculares. Y ésta es la causa de nuestra preocupación por el tema. Con una buena información y educación alimentaria podemos prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida de nuestros hijos cuando ya no sean tan niños.

Es conveniente saber qué enfermedad genética es la causa de la hipercolesterolemia, ya que la intensidad de ésta es diferente en cada una de ellas y por tanto el riesgo de complicaciones en el adulto es diferente. Debe determinarse el colesterol sanguíneo en niños mayores de dos años en los que sus padres o abuelos tengan una hipercolesterolemia importante o hayan tenido un accidente vascular antes de los 55 años. No debe realizarse este estudio analítico si no existen estos antecedentes.

Dado que la hipercolesterolemia está producida por enfermedades genéticas, no hay un tratamiento curativo. Sólo existen **medidas dietéticas** que ayudan a reducir sus concentraciones sanguíneas. Como norma general la dieta no debe diferir mucho de la del resto de niños. Como el factor dietético que más aumenta la concentración de colesterol en sangre es la grasa saturada de la dieta, debe disminuirse el consumo de alimentos que la contienen:

- **Eliminar la grasa visible de los alimentos**, principalmente la adherida a carnes (cordero, cerdo, ternera, etc.), así como la piel de pollo.



- **Disminuir el consumo de alimentos ricos en grasa animal:** embutidos, mantequilla, helados, bollería industrial, etc.

El segundo factor dietético en importancia es la ingestión de alimentos ricos en colesterol, por lo que debe **reducirse el consumo de vísceras** (sesos, criadillas, hígado, etc.) y de **yema de huevo**.

Hay otros tipos de grasa que **actúan favorablemente** sobre el colesterol sanguíneo. Son el aceite de oliva y los “omega 3” contenidos en los **pescados**, por lo que hay que estimular su consumo. Igualmente hay que estimular el consumo de alimentos que contienen vitaminas antioxidantes, ya que éstas impiden el desarrollo y progresión de la arteriosclerosis. Por ello cada vez se le da más importancia al consumo de **hortalizas, frutas y verduras**.

Estas normas dietéticas que sirven para toda la población, deben instaurarse más intensamente en niños y adolescentes hipercolesterolémicos. Sin embargo, hay que recordar que las dietas terapéuticas deben ser controladas por el pediatra, ya que dietas desequilibradas o deficitarias pueden producir deficiencias de vitaminas o minerales que pueden tener repercusiones negativas en la salud.

Finalmente, hay que recordar que la hipercolesterolemia detectada en la niñez no es la única causa de enferme-



dades cardiovasculares en el adulto. La obesidad, el tabaquismo y la falta de ejercicio son otros factores de riesgo que pueden producir las mismas complicaciones y es labor de los padres y los pediatras prevenirlas con las medidas adecuadas.

## MI HIJO MOJA LA CAMA ¿QUÉ PUEDO HACER?

Cuando un niño mayor de 5 ó 6 años se orina en la cama durante el sueño, decimos que padece enuresis nocturna.

El control nocturno de la micción se obtiene por la maduración del sistema nervioso y urinario. Una especie de “reloj interno”, moderadamente influido por factores externos, es el que decide el momento en que el niño alcanzará ese control. Esta maduración es muy variable. Más de la mitad de los niños deja de mojar la cama a los 3 años de edad, pero a los 6 años aún moja la cama uno de cada 10 niños; a los 10 años, uno de cada 20; y a los 15 años, uno de cada 100. Suele haber una base genética, se comprueba porque otros miembros de la familia (padres, hermanos) han tenido el mismo problema.

Algunas veces el niño vuelve a mojar la cama después de haber conseguido el control por un periodo prolongado, lo que se relaciona con algún acontecimiento estresante (cambios o problemas en la familia o la escuela). Si la enuresis nocturna se acompaña de otros síntomas (como enuresis diurna, urgencia para orinar u otras alteraciones de la micción) o de otro tipo, puede haber una causa médica para ese problema.

La enuresis nocturna no es una enfermedad, pero puede afectar a la autoestima del niño y dificultar acti-

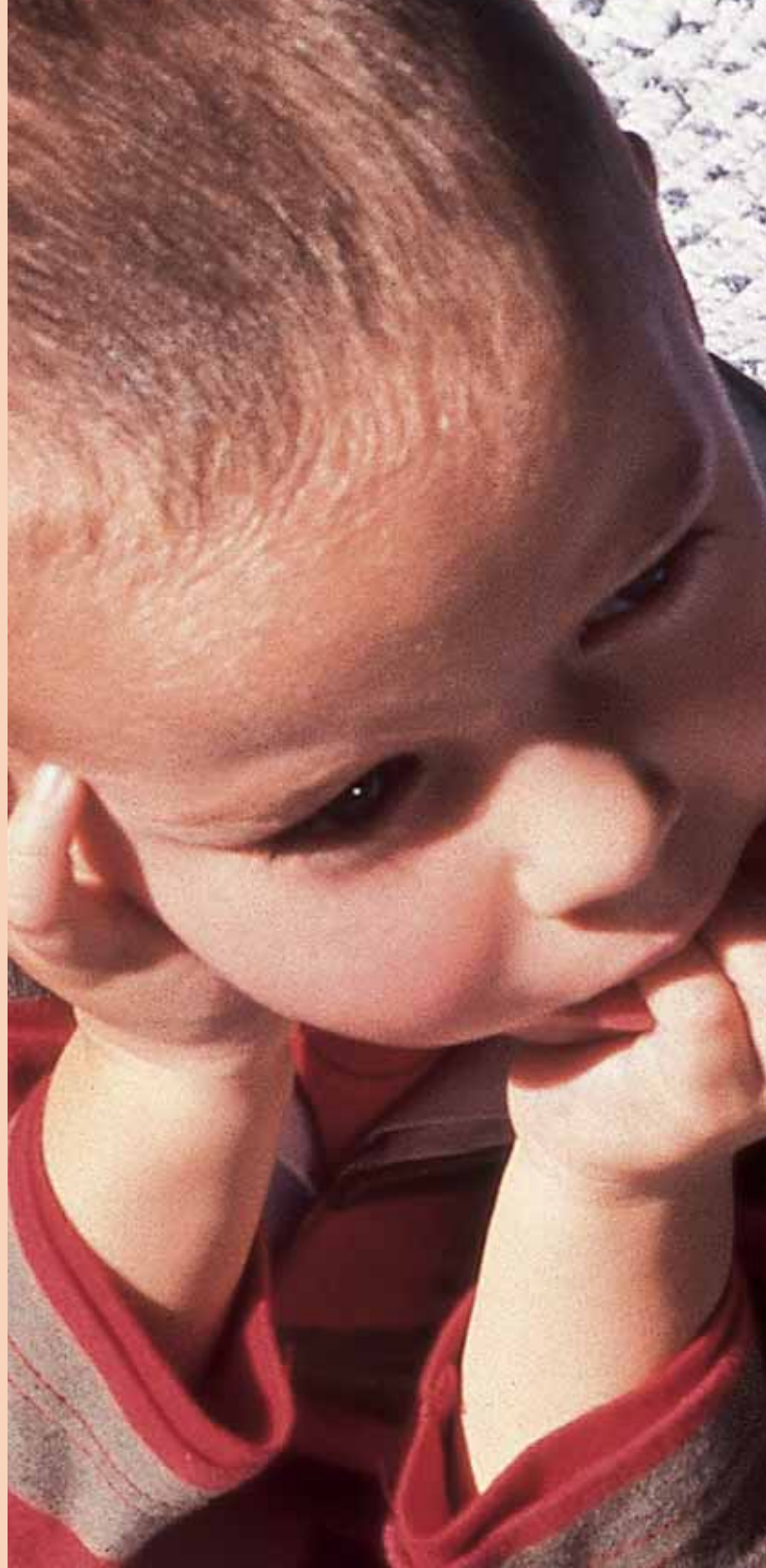
vidades que impliquen pasar la noche fuera de casa. Estos problemas aumentan de intensidad conforme el niño es mayor. Lo más importante es no agravar el problema haciéndole sentir culpable, avergonzado e inferior. La actitud cariñosa y comprensiva de los padres y del resto de la familia es fundamental. Los padres deben entender que cada niño tiene su ritmo y que el niño no se orina por descuido ni a propósito. Culpar al niño o ridiculizarlo aumenta su sufrimiento y puede prolongar el problema.

Es importante motivar al niño para que sea él quien desee terminar con el problema. En el momento en que se decida abordar el problema deben eliminarse los pañales y utilizar fundas impermeables para la cama. Conviene reducir la toma de líquidos antes de acostarse, y orinar antes de dormir. El niño debe participar en el cambio de sábanas y la propia limpieza por la noche o a la mañana siguiente, no como castigo, sino como una manera de responsabilizarse en la solución. Por el día se ejercitará la retención vesical, intentando aguantar las ganas de orinar hasta que la vejiga esté llena. Se puede llevar un registro (un calendario), donde se marquen las noches “secas” y las noches “mojadas” para apreciar los progresos. Estos han de celebrarse y premiarse con recompensas pactadas previamente.

Siempre se debería consultar con el pediatra cuando un niño moja la cama pasados los 5 ó 6 años de edad, más aún si se acompaña de pérdida de orina diurnas u otros síntomas. El pediatra descartará la existencia de enfermedades, aportará información a la familia para afrontar la situación adecuadamente e indicará los tratamientos oportunos para cada caso.

Ninguna medida es plenamente eficaz y generalmente se requiere un tiempo variable, de semanas a meses, para obtener un resultado. Conforme el niño se hace mayor y se siente más afectado se pueden aplicar otros tratamientos.

Las alarmas son unos aparatos que detectan la humedad cuando se inicia la micción y despiertan al niño inmediatamente. Es el sistema más exitoso para adelantar la resolución de la enuresis. También se pueden emplear medicamentos que ayudan a suprimir la enuresis en momentos importantes o como complemento a los otros sistemas mencionados. Estas medidas deben emplearse como último recurso y bajo supervisión médica.



## ¿DEBO PREOCUPARME SI LE DUELE LA CABEZA?

El dolor de cabeza, llamado en términos médicos *cefalea*, también es frecuente en la infancia. Suele generar ansiedad, y además si es frecuente y repetido repercute en la calidad de vida del niño, dado que hace que tienda a participar menos en las actividades sociales, a padecer más trastornos psicológicos y probablemente a ser menos feliz en el colegio.

La cefalea puede deberse a causas muy diversas y de diferente naturaleza. Para conocerla resulta útil conocer su intensidad y la persistencia del dolor o su recurrencia, saber si se trata de un episodio de cefalea aguda, o si es recurrente o crónica.

La más frecuente es la **cefalea aguda**, que aparece generalmente en el curso de una enfermedad respiratoria febril (como anginas, otitis, sinusitis, etc.) y no reviste mayor importancia, aunque en otras ocasiones forma parte de los síntomas de enfermedades más serias.

La **cefalea tensional** se presenta habitualmente por las tardes, entre los 7 y 15 años, preferentemente en niñas, y se caracteriza por dolor de intensidad leve o moderada, que no empeora con el ejercicio físico y no impide la

actividad habitual. Suele ser un dolor constante, que aumenta a lo largo del día, con sensación de opresión en toda la cabeza, o en banda sobre la frente, con síntomas asociados como mareos, cansancio y falta de apetito. En su causa intervienen diferentes mecanismos, como los problemas musculares del cráneo y la nuca (tensión prolongada, contracturas, etc.) y los factores psicológicos. En su tratamiento adquieren especial importancia tanto el conocimiento de los medicamentos y su correcta aplicación, como el adecuado apoyo neuropsicológico.

**La migraña** (similar a la de los adultos) puede aparecer a muy corta edad (6 a 10 años). Se acompaña tanto de manifestaciones digestivas (dolor abdominal, vómitos, etc.), como sensoriales (molestias con la luz y los sonidos, etc.), y del sistema nervioso (palidez, sudoración, visión borrosa, etc.). Se repite de forma periódica y puede localizarse en uno o ambos lados de la cabeza. El comienzo es repentino, generalmente por la mañana, el dolor tiende a ser pulsátil, aunque su calidad es lo más difícil de identificar en los niños por lo que recurrimos a dibujos prediseñados (niños pequeños). Se intensifica en los 30 a 60 minutos siguientes y puede calmar después del sueño. Entre sus múltiples causas se reconocen factores genéti-





cos y ambientales. Una vez diagnosticada la migraña, el niño debe tener un seguimiento individualizado.

En cuanto al tratamiento, habitualmente responde bien a tratamientos sencillos y a modificaciones de patrones de comportamiento, evitando los factores desencadenantes como el estrés psíquico y los trastornos emocionales, el ejercicio físico intenso, los factores alimentarios, las infecciones de vías respiratorias altas, las alteraciones del sueño, etc. El pediatra indicará, en caso necesario, las

terapias de conducta y los ejercicios de relajación, o el tratamiento con medicamentos.

Es necesario destacar que las causas graves de dolores de cabeza son poco frecuentes y que cuando se presentan (meningitis, tumor, hemorragia intracraneal, etc.) tienen evidentes signos acompañantes que son detectados en la consulta por el pediatra, quien solicitará los estudios correspondientes para el diagnóstico y la instauración de un rápido tratamiento.



### ¿Qué es el autismo?

El autismo es un trastorno del comportamiento. Primero se observa en el niño una incapacidad para desarrollar relaciones sociales, con manifestaciones como la ausencia de contacto visual con los padres junto a una expresión de indiferencia. Al contrario que otros niños de su edad el niño autista es incapaz de desarrollar relaciones con los compañeros, resultándole difícil compartir intereses o emociones con personas de su entorno.

Por otra parte tiene una incapacidad total o parcial de la comunicación oral. No habla, y cuando lo hace desarrolla un lenguaje peculiar lleno de palabras repetidas sin sentido, siendo incapaz de mantener una conversación adecuada para su edad. Repite obsesivamente los mismos movimientos y rutinas y presenta fascinación por piezas o partes de algún objeto.

La falta de lenguaje, de interacción social y de juego simbólico imaginativo (jugar a las muñecas, los coches, etc.), que generalmente aparecen antes de los tres años, sin justificación alguna, son los elementos clave para la sospecha de autismo.



Hasta que se llega al diagnóstico de autismo, la familia suele vivir un proceso complicado. En los primeros meses y años la familia se encuentra con un bebé que, desde la lactancia, han notado que no iba bien, poco gratificante, con una sonrisa escasa o ausente. No atendía a los juegos que la familia le proponía, tenía a menudo un llanto irritable, sin consuelo ni justificación. Las pruebas de audición, visión y neurológicas han sido normales, y pese a esta normalidad, en algún momento se ha sugerido que el niño puede sufrir un “trastorno generalizado del desarrollo”. Las numerosas pruebas para descartar enfermedades que provocan un trastorno del comportamiento como el descrito suelen ser normales, con la impresión derivada para la familia de que “no se sabe lo que tiene el paciente”.

El problema del lenguaje emerge a los 2-3 años, y las consultas se centran en los déficit educativos que de este defecto se derivan. Nuevos diagnósticos se ciernen sobre la familia, ahora desde el punto de vista psicopedagógico. Al cumplir el requisito de la edad, se apunta por primera vez al diagnóstico de autismo, que con frecuencia se contrapone inadecuadamente a los diagnósticos previos de “trastorno generalizado del desarrollo” o retraso del lenguaje o retraso psicomotor, haciendo que la incertidumbre de la familia aumente. Esto les hace extremadamente vulnerables a diagnósticos y tratamientos no contrastados desde el punto de vista científico, y que prometen soluciones rápidas y completas, que por desgracia no

son reproducibles científicamente en otros grupos de pacientes adecuadamente controlados.

### **¿Qué podemos hacer con el niño autista?**

En primer lugar se trata de un niño, con todos sus derechos a una asistencia pediátrica general en la que se promueva la mejoría de su salud, donde la asistencia primaria integral minimice la dependencia de centros y unidades especiales que puedan aislar, si cabe, aún más al paciente de su medio.

A continuación, pese a haber establecido un diagnóstico del trastorno del comportamiento, hay que mantener abierta la posibilidad de que dichos síntomas se hayan desarrollado en el contexto de otra enfermedad orgánica que pueda reproducir las manifestaciones clínicas del autismo.

Por último, se han de buscar tratamientos de soporte, farmacológicos y/o psicopedagógicos que puedan solventar las necesidades individuales de cada niño.

La labor coordinada de sanitarios y educadores, dedicando un esfuerzo especial a la formación, y la estrecha colaboración con los padres, es la única vía de obtención de resultados realistas.

## ¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS MENORES QUE REQUIEREN CIRUGÍA?

Algunas enfermedades en la infancia se tratan con cirugía. Cuando a los padres de un niño o niña se les plantea esta situación no es infrecuente que se pregunten “¿Y si esperamos a que sea mayor?”. Pero la cuestión hay que plantearla desde otra perspectiva: “Si hay que intervenir, ¿cuándo es mejor hacerlo?”. Y así surgen las pautas o calendario quirúrgico para los procesos más comunes durante la infancia. Además, algunos procesos son inaplazables, nos referimos a aquellos en los que si no se interviene se deterioraría gravemente la salud.

Hay que tener en cuenta que, hoy en día, la mayor parte de estas intervenciones se realizan con anestesia local y sedación del paciente, evitándose por tanto los riesgos inherentes a una anestesia general. Vamos a comentar los problemas más comunes.

### **Hernia inguinal**

Se manifiesta como un bulto, a veces doloroso, en la región inguinal, y que desaparece espontáneamente o mediante la manipulación. Se aconseja la intervención quirúrgica programada a partir del momento del diagnóstico. No suele ser una urgencia, a no ser que esté

estrangulada, pero se debe intervenir si las condiciones del niño son buenas. No está indicado poner un braguero, que nunca resuelve el proceso y lo expone a complicaciones.

### **Hidrocele - quiste de cordón**

Significa que hay “líquido” en la cubierta que cubre el testículo del niño. Si el saco está aislado del peritoneo, es decir no está comunicado, se llama quiste de cordón. Si está comunicado es habitual que por la mañana esté deshinchado y se vaya llenando según la actividad diaria. El hidrocele puede ser normal durante los seis primeros meses de vida. Si persiste a partir de esa edad se ha de programar su intervención antes o después.

### **Hernia umbilical**

La hernia umbilical del recién nacido siempre mejora conforme el niño se va haciendo mayorcito pudiendo desaparecer en muchas ocasiones.

### **Fimosis**

La piel que cubre el glande, llamada prepucio, tiene un calibre menor que el propio glande, con lo cual cuando

se desea exponer el glande, esta maniobra se convierte en dolorosa y si se consigue retraer la piel hasta la base del glande a veces es imposible volverla a colocar en su sitio, produciéndose lo que se llama *parafimosis*. Si existe fimosis está indicado operar. La intervención se llama *circuncisión* y consiste en reseca o cortar toda la piel del prepucio que sea estrecha. El calendario aconsejable es muy variable, dependiendo de las culturas, y va desde el periodo neonatal hasta la pubertad. A veces no hay fimosis verdadera, pero se producen unas adherencias entre prepucio y glande que dificultan la retracción de la piel, éstas son normales y no precisan tratamiento. También son frecuentes los anillos prepuciales ligeramente estenóticos. Su pediatra le recomendará, si lo considera conveniente, su tratamiento con cremas de corticoides que atrofian la capa más superficial de la piel aumentando su elasticidad.

### **Criptorquidia de testículo**

Es un tema complejo, difícil de resumir en pocas palabras. Consiste en que un testículo es palpable pero no ha descendido al escroto, o en un testículo no palpable en ningún lugar de su trayecto. Si se asocia a una hernia inguinal debemos programar la intervención de la hernia como hemos dicho antes y en la misma intervención tratar de descender el testículo a escroto (orquidopexia). Si el testículo se palpa, pero está alto, se debe intentar el descenso a partir de los 18 meses de edad. Algunos aconsejan el tratamiento hormonal para descender el testículo.

### **Hipospadias**

Consiste en la salida de la orina por un orificio por debajo de la cúspide del glande. Se suele operar a partir del año y medio o dos años, y en general precisan de una intervención laboriosa y de un postoperatorio de una semana o más.



## ¿QUÉ DEBO SABER DE LAS ENFERMEDADES CON MANCHAS EN LA PIEL?



En los niños es muy frecuente la aparición de una erupción cutánea, también llamada "exantema". Muchas veces son la manifestación de una enfermedad infecciosa, habitualmente vírica, y en otras muchas ocasiones no tienen importancia. Sin embargo, en ocasiones son indicativas

de un proceso grave, aunque afortunadamente esto es muy raro.

Para que su pediatra llegue a un diagnóstico acerca del origen de la erupción cutánea que presenta su hijo, es

importante que cuente con toda la información posible. Ponga el termómetro al niño, porque será muy útil saber si tiene fiebre o no. El momento en que aparecen las manchas también puede orientar al médico: si aparecieron antes de la fiebre o después, y a partir de qué día tras la aparición de la fiebre. Otra información muy útil es saber si hay relación con algún alimento o medicamento. Por tanto, informe a su médico si está tomando alguna medicación o si ha comido algún alimento sospechoso. También puede ayudar conocer si se ha relacionado con algún fenómeno físico, como la exposición al sol. El aspecto y las características de las manchas cutáneas son esenciales para poder conocer su origen. Por ejemplo, pueden ser simplemente manchas de color rosa planas, o bien estar algo sobreelevadas, o pueden contener líquido en su interior (es lo que llamamos vesículas o ampollas). Las ronchas o habones son de color rojo, algo elevadas, con borde bien delimitado y suelen producir picor. Este tipo de manchas se asocia a veces a procesos alérgicos.

Es importante también saber cómo evolucionan las manchas. Por ejemplo si aparecen y desaparecen de forma rápida, en qué parte del cuerpo empezaron a manifestarse y cómo han ido localizándose posteriormente, etc.

### **¿Cuándo se debe consultar al pediatra?**

Es conveniente hacerlo casi siempre, aunque no necesariamente de forma urgente. Muchas erupciones pueden ser identificadas por los padres e incluso aplicar un trata-

miento, como es el caso de las quemaduras solares leves, en las que en la mayoría de los casos basta con aplicar compresas húmedas frías y administrar algún calmante para el dolor.

Las erupciones producidas por el sudor suelen ser también muy características. Se localizan lógicamente en zonas donde más sudoración se produce: en cuello, axilas, y en general en los pliegues de la piel. Eliminar el exceso de ropa y calor que suele producirlas suele bastar para que el problema desaparezca.

### **¿Cuándo conviene consultar de forma urgente con su pediatra?**

Siempre que el niño tenga fiebre y especialmente si el niño está decaído y presenta vómitos o dolor de cabeza debe ser visto por el pediatra. Existe un tipo de manchas cutáneas que a veces puede asociarse a infecciones graves. Son las llamadas “petequias”. Suelen ser pequeñas, de color rojo vinoso, planas y aunque presione con el dedo en la piel de alrededor, no desaparecen. Lógicamente si su hijo presenta este tipo de lesiones debe ser valorado por un médico de forma urgente.

## PIOJOS, ¿QUÉ DEBO HACER?

La infestación por piojos en los niños que asisten a guarderías y en escolares es muy frecuente. Es sabido que los piojos no son signo de mala higiene y que desde hace ya algunos años se ven afectados todos los grupos sociales. Además, no constituyen un riesgo para la salud, porque no son responsables de la transmisión de ninguna enfermedad.

Debemos sospechar que el niño tiene “habitantes” si notamos que se rasca la cabeza. A veces pueden tener también pequeños arañazos producidos por rascado, e incluso podemos notar algún ganglio aumentado de tamaño en el cuello.

El contagio se produce por contacto directo con el pelo de un niño infectado y más raramente por contacto con peines, gorros, ganchitos, etc.

La hembra adulta del piojo, que se llama *pediculus humanus capitis*, vive sobre el cuero cabelludo y deposita huevos o liendres en la base de los pelos. Pueden depositar de 7 a 10 huevos al día, que se incuban durante 8 a 10 días hasta que sale el nuevo piojo pequeño, que se llama

ninfa. Dada la gran fecundidad de estos parásitos, no es de extrañar la gran cantidad de casos que se producen todos los años, especialmente durante el periodo escolar.

El piojo adulto es difícil de ver por su color y su movilidad, pero las liendres son más fáciles de localizar sobre todo detrás de las orejas y en la nuca (buscan los lugares más calentitos para depositar sus huevos).

Una vez sabemos que el niño tiene piojos hay múltiples tratamientos, la mayoría de ellos bastante eficaces, que destruyen al piojo adulto y algunos también a las liendres.

Debemos aplicar la loción o champú (permetrina 1,5%) durante 10 o 15 minutos, luego aclarar el pelo y repetir la operación a los 7 días.

Para la eliminación de las liendres, que suelen estar muertas pero plantean un problema estético, es útil aclarar el pelo con vinagre diluido a la mitad con agua, taparlo con una toalla durante 30 a 60 minutos y luego peinar con un peine de púas finas (lendrera). También se pueden quitar a mano, deslizando las uñas de los dedos pulgar e





índice en forma de pinza desde la raíz hasta el final del pelo, arrastrando la liendre.

También es conveniente sumergir peines, cepillos y ganchos para el pelo en agua hirviendo durante 10 minutos. Es aconsejable lavar la ropa de la cama, gorros, etc. en la lavadora a temperatura elevada, aproximadamente 60°C por si quedara alguna liendre.

Los niños no deben excluirse o enviarse a casa profilácticamente desde la escuela porque tengan piojos. Los padres de los afectados deben ser informados y el niño debe ser tratado adecuadamente antes de acudir al colegio el día siguiente.



No son eficaces las colonias ni los champús preventivos que aumentan la capacidad del piojo a hacerse resistente. Se desaconseja tratar a los niños que no están infectados. Sí es importante la vigilancia diaria por parte de los padres para, en caso de contagio, realizar un tratamiento precoz que evitará el contagio a otros niños. El tratamiento al mismo tiempo de todos los niños de la clase se ha demostrado como el remedio más eficaz para acabar con la epidemia.

## ¿ES CONVENIENTE LA AUTOMEDICACIÓN?

El pediatra, gracias a su cercanía a la familia y a la aplicación del “programa de salud del niño sano” de la Consellería de Sanidad, puede conocer perfectamente el estado de salud de su hijo. Cualquier problema de salud que presente, precisará de un método para resolver o paliar la situación planteada.

El pediatra, tras su valoración, podrá llegar a un diagnóstico y planificará una serie de actuaciones para solucionar o mejorar el problema. Indicará una pauta de actuación que podrá incluir consejos, cuidados y tratamientos, bien sean nutricionales, no farmacológicos, psicológicos, o con medicamentos.

Por tanto, la medicación no siempre es la solución, ni tampoco el único ni el más importante de los diferentes tratamientos que su pediatra le puede recomendar. Es simplemente una opción más a valorar entre las diferentes recomendaciones que le puede realizar. No debemos olvidar que los medicamentos son sustancias ajenas al organismo, por lo que no están exentas de riesgos en su utilización.

De hecho, la medicación no siempre es necesaria; por ejemplo, la mayoría de las enfermedades que se acompañan de tos, fiebre y mocos, corresponden a infecciones causadas por virus. Para estos procesos “víricos” los antibióticos no están indicados, ni son adecuados, al ser incapaces de destruir al virus responsable del “catarro”, ya que estos medicamentos sólo actúan contra las bacterias. Su utilización inadecuada hace que las bacterias se defiendan y se vuelvan resistentes a los mismos, lo que puede implicar que, en situaciones posteriores en las que su uso estuviera indicado, hayan perdido su eficacia.

El mayor consumo de medicamentos no implica un mejor estado de salud o una mejor calidad de vida, sino más bien fenómenos de sobreutilización, consumo inadecuado y un riesgo innecesario de sufrir problemas relacionados con su uso.

Por este motivo **el uso racional de los medicamentos** se ha convertido en una de las principales preocupaciones de las sociedades científicas, administraciones sanitarias y asociaciones de usuarios y enfermos a nivel mundial, constituyendo un objetivo prioritario de calidad asistencial.

La Organización Mundial de la Salud definió el **uso racional del medicamento** como la “prescripción del medicamento concreto para un problema de salud, correctamente dispensado y administrado a la dosis adecuada y durante el tiempo necesario”.

Los medicamentos tienen unas características propias muy concretas que sólo los profesionales sanitarios conocen bien. Solamente ellos son capaces de valorar ante un problema de salud planteado, si los beneficios de la utilización de medicamentos, compensan y superan los posibles riesgos derivados de su utilización.

Los medicamentos no se utilizan de la misma manera en todas las personas. Los niños han de recibir los medicamentos adaptados en dosis y en formato, de acuerdo a su estado de crecimiento y madurez en cada momento. Solamente el pediatra es capaz de adecuar las condiciones de administración del medicamento a las necesidades de su hijo. A la vez le informará sobre “porqué” se lo han recetado, “cómo” y “durante cuánto tiempo” tiene su hijo que tomarlo, “qué precauciones” hemos de adoptar y “cómo actuar” en el caso de que no funcionen como esperábamos o presenten problemas.

En definitiva, los medicamentos no son un artículo más de consumo. Por ello, la gran mayoría de los mismos sólo pueden adquirirse cuando han sido mandados por un médico en un documento clínico (la receta). Evite el ries-

go de administrar medicamentos por su cuenta y confíe en su profesional sanitario, pues él sabe que es lo mejor para su hijo. Y no olvidemos que no hay enfermedades, sino enfermos.



## EXPLORACIONES CON RAYOS X ¿POR QUÉ TANTAS PRECAUCIONES?

Las radiaciones producidas por los rayos X, además de sus reconocidos beneficios médicos, pueden ser nocivas para el organismo. Ello es debido a los efectos secundarios adversos que pueden ser de dos tipos, los “previsibles” y los “imprevisibles”. Los “previsibles” dependen, exclusivamente, de la dosis administrada, existiendo un determinado nivel por debajo del cual no existe riesgo para el individuo; por encima de ese nivel provocan lesiones en la piel, alteraciones digestivas, anemia, caída del cabello o esterilidad. Los imprevisibles dependen, únicamente, del azar, siendo independientes de la dosis y, por lo tanto, no existe ningún nivel de seguridad por debajo del cual no afecten adversamente la salud humana; así pues, si una sola partícula de rayos X impacta en un punto de la célula especialmente sensible es capaz de provocar lesiones como malformaciones hereditarias o generar el desarrollo del cáncer.

Afortunadamente la posibilidad de que se produzcan efectos “imprevisibles” es bajísima, casi despreciable, pero existe y aumenta con las sucesivas exploraciones radiológicas, ya que **las dosis son acumulativas de por vida. Por lo tanto, por escasa que sea la dosis, no hay radiación sin riesgo.** Conviene “utilizar una dosis tan baja como, razonablemente, sea posible” pretendiendo compaginar los

beneficios de la radiología en el diagnóstico de enfermedades y un sentido común que limite las exploraciones, evitando sobre todo, aquellas que no van a aportar datos decisivos para el tratamiento del paciente.

La Tomografía Axial Computarizada, más conocida como TAC, aunque supone un enorme avance diagnóstico, también utiliza rayos X, lo que conlleva un considerable aumento de radiación, por lo que debemos extremar la precaución. Deberían evitarse un gran número de las exploraciones que se realizan, y que vienen forzadas por la presión familiar y la demanda social.

Como regla general, para conocer la cantidad de radiación que recibe el paciente según el tipo de exploración practicada, se toma como unidad la radiografía de tórax: Una radiografía de cráneo equivale a 3'5 radiografías de tórax, una de abdomen significa 50 de tórax, una exploración digestiva 150 y **un TAC equivalen a 400 radiografías de tórax.**

Los riesgos son mayores cuando se trata de población infantil. En primer lugar, porque la mayor expectativa de vida permite que, con el paso del tiempo, se manifiesten las consecuencias de un daño que tuvo su origen en la



infancia. Y en segundo lugar, es mayor la sensibilidad de sus células a la radiación. Estudios recientes muestran que, aún tratándose de un riesgo remoto, los 10-15 primeros años de vida son, comparativamente, los que exigen mayor cautela. Y, más aún, en el caso del TAC puesto que, teniendo menor tamaño el niño que el adulto, la radiación que recibe su cuerpo es, proporcionalmente, bastante mayor.

Por todas estas razones los especialistas en Radiología, muy especialmente cuando se trata de población infantil, cuidan al máximo todo lo que signifique reducción de dosis y sistemas de protección durante la realización de las exploraciones radiológicas. Debe ser el pediatra y el radiólogo quienes decidan en cada caso, tras conocer la situación del paciente, y sin ninguna presión familiar, la

necesidad de exploración radiográfica y, si es así, cuál es la adecuada.

**Finalmente, recuerde y tenga siempre presente dos consejos:**

El primero, que **la mejor radiografía y TAC son los que nunca se hacen**. Es mejor que su hijo sea correctamente diagnosticado mediante la anamnesis (escuchando y preguntando a los padres) y la exploración clínica, siempre que sea posible.

El segundo, que **nunca presione al profesional sanitario** para la realización de cualquier exploración radiológica. La salud, a corto, medio y largo plazo de sus hijos se lo agradecerá.



# Alergia

Alergia







Las enfermedades alérgicas se producen cuando nuestro sistema inmune (de defensa del organismo) reacciona de forma anormal ante sustancias inofensivas y fabrica anticuerpos frente a ellas. A esas sustancias se les llama “alérgenos”. Los principales son pólenes, alimentos, medicamentos, mohos, pelos de animales y ciertos parásitos microscópicos (ácaros).

Una vez que una persona se ha sensibilizado (se ha hecho alérgico) frente a un determinado alérgeno, cada vez que entran en contacto se produce una reacción alérgica que se puede manifestar de distintas formas: asma, problemas en la piel, molestias oculares, etc.

Las enfermedades alérgicas tienen mucho que ver con la herencia. No se hereda una alergia, sino la predisposición a contraerla. A esta predisposición se le llama “atopia”.

### ***Principales enfermedades alérgicas en función de la edad***

**En el primer año** lo habitual es la alergia a alimentos que puede provocar manifestaciones:

A nivel digestivo, cólicos intestinales, vómitos, diarrea o malabsorción de alimentos.

A nivel de la piel, urticaria (habones o ronchas con intenso picor en la piel), angioedema (hinchazón de párpados, pabellones auriculares, labios) y dermatitis atópica (zonas de la piel enrojecidas sobre las que aparecen pequeñas ampollitas -eczema-, su localización varía con la edad).

En muchas ocasiones llegan a tolerar completamente el alimento si se realiza una dieta exenta durante un tiem-

po. Ha de tenerse cuidado con la reintroducción de los alimentos eliminados.

**Del primer al quinto año** de vida suelen presentarse las bronquitis obstructivas o asma infantil no alérgico.

Muchos niños atópicos pueden presentar en los 4-5 primeros años de vida episodios de dificultad respiratoria con ruidos en el pecho coincidiendo con catarros y fiebre. Suelen evolucionar hacia la curación alrededor de los 5 ó 6 años.

**Del sexto al décimo año** de vida suele iniciarse la rinitis y asma bronquial alérgico.

**Rinitis alérgica** es la más frecuente. Es una inflamación de la mucosa nasal con obstrucción nasal, rinorrea (secreción de abundante moco), estornudos y prurito nasal (picor intenso en la nariz que puede extenderse a la garganta, al paladar, ojos y oídos).

**Asma bronquial.** Episodios reversibles de estrechamiento de los bronquios. Se manifiesta como crisis de fatiga o sensación de ahogo, tos y ruidos en el pecho (pitos y silbidos). Con un correcto diagnóstico y tratamiento, la mayoría de casos se controlan adecuadamente y los niños realizan una vida normal.

**De diez años en adelante**, además de las mencionadas, la persona atópica puede desarrollar una sensibilización alérgica a algún alimento nuevo, fármacos o a la picadura de insectos. En los dos últimos casos se pueden dar manifestaciones clínicas alarmantes que llamamos shock

anafiláctico. En tales casos debe acudir urgentemente a un centro sanitario.

### **Diagnóstico de las enfermedades alérgicas**

Para poder asegurar que una determinada enfermedad está causada por un problema alérgico se debe detectar la presencia de anticuerpos (IgE) en respuesta al contacto con el alergeno. La forma más rápida y sencilla son **“las pruebas alérgicas”** (se aplica el alergeno en la piel, y si hay una inflamación alrededor del sitio de inoculación indica sensibilización frente al alergeno).

También existen métodos de laboratorio para detectar los anticuerpos en la sangre.

En caso de dudas se recurre a **pruebas de tolerancia o provocación**, que consisten en administrar, de modo controlado, el alergeno sospechoso y comprobar la respuesta.

### **Tratamiento**

Evitar el contacto con el alergeno.

Seguir el tratamiento farmacológico indicado por su médico.

Inmunoterapia o vacunación antialérgica.

Educación y autocontrol. El propio niño y los padres tienen un papel fundamental en el cuidado de su salud, y deberán conocer el tipo de alergia, así como las medidas de prevención adecuadas y el correcto manejo del tratamiento.

## LOS ALIMENTOS ¿PUEDEN PRODUCIR ALERGIA?

Se produce cuando el sistema de defensa inmunológico del niño reconoce como nociva una sustancia inofensiva, en este caso un alimento, y en su intento de proteger al organismo crea unos anticuerpos especiales, las inmunoglobulinas E (IgE). Al reaccionar estos anticuerpos con el alimento da lugar a la reacción alérgica.

### ¿Qué síntomas produce?

Lo más frecuente son ronchas, habones o enrojecimiento de la piel con picor, que pueden limitarse a la cara o extenderse al resto del cuerpo, a veces acompañados de hinchazón de la boca o párpados, o bien reacciones muy leves notando sólo picor en la boca, que ocurren entre minutos a dos horas tras comer el alimento. También son frecuentes vómitos y diarreas.

En ocasiones (afortunadamente en pocos casos), se puede producir una reacción muy grave -reacción anafiláctica - que amenaza la vida del niño. Pero si se presenta, ante la sospecha de una alergia por alimentos, habrá que evitar que el niño vuelva a tomarlos e informar a su pediatra.

### ¿Porqué se ha hecho alérgico a un alimento?

Cualquier niño puede hacerse alérgico, pero son más

propensos los hijos de familias alérgicas. Se puede heredar la predisposición a la alergia, pero no todos los hijos de padres alérgicos acaban desarrollando una enfermedad alérgica.

### ¿Qué alimentos pueden producir alergia y cuándo?

Cualquier alimento puede causar una alergia, pero algunos tienen una mayor capacidad de producirlas, como los huevos, la leche de vaca, el pescado y los frutos secos. Es más frecuente en los niños pequeños, aunque puede aparecer a cualquier edad y ser producida por alimentos que ha estado comiendo anteriormente sin problemas.

### ¿Qué debo hacer si tiene una reacción al comer un alimento?

Evitar que vuelva a comerlo y consultar a su pediatra.

### ¿Cómo puede averiguarse qué alimento produce alergia?

Preguntando acerca del tipo de reacción, su gravedad, tiempo transcurrido desde su ingesta, cómo estaban preparados, si los había tolerado anteriormente y cómo tolera otros alimentos que pueden estar relacionados. Asimismo debe conocer otros problemas de salud y



alergias que padece el niño, así como los antecedentes alérgicos de la familia.

Se le indicará la realización de unas pruebas en la piel con los alimentos sospechosos, y un análisis de sangre. Pero para confirmar que son realmente los causantes de la reacción se les propondrá la realización de una prueba denominada “de provocación” o “de tolerancia”.

**¿A qué edad se pueden realizar pruebas de alergia?**

**¿Son dolorosas?**

Las pruebas alérgicas pueden realizarse y son fiables a cualquier edad. La prueba es indolora, no son “pinchazos”, es una “picadita” menos molesta que una picadura de mosquito.

**¿Cómo se trata la alergia a un alimento?**

Una vez diagnosticada, el tratamiento consiste en evitar de forma estricta comer el alimento responsable.

Hay tres reglas esenciales para llevar a cabo una dieta de exclusión correcta:

Evitar las comidas fuera de casa

Evitar los alimentos preparados

Leer cuidadosamente la composición de los alimentos

En el caso de pacientes muy sensibles es imprescindible la utilización de utensilios de cocina y vajilla personales.

También puede ser necesario evitar otros alimentos que pueden producir una reacción alérgica similar. Por ejem-



plo, en alérgicos a leche de vaca evitar la leche de cabra y de oveja, en alérgicos a la nuez evitar otros frutos secos, y los alérgicos a la merluza, otros pescados. No existen vacunas para la alergia a alimentos.

En casos de reacciones graves los familiares deben ser adiestrados en el empleo de adrenalina.

**¿Tiene cura la alergia a los alimentos?**

Con el tiempo algunos alimentos pueden llegar a tolerarse, pero esto no ocurre con todos los alimentos ni con todos los alérgicos.

¿QUÉ SON LOS ÁCAROS Y POR QUÉ DAN ALERGIA?





Los ácaros son como unas pequeñísimas arañitas microscópicas, que se encuentran en las habitaciones, formando parte del polvo. Son más abundantes allí donde las personas permanecen más tiempo, fundamentalmente en el dormitorio, porque se alimentan, sobre todo, de las células de descamación de nuestra piel. Por eso se llaman *dermatophagoides*, de “dermato” que significa “piel”, y de “phagos” que significa “comer”. Así pues, en los colchones, ropa de la cama, mobiliario tapizado, peluches, almohadones, etc., es dónde habrá más cantidad de estos ácaros. Se desarrollan más en primavera y en otoño, debido a las condiciones de temperatura media y humedad elevada. Aproximadamente un 70% de los niños con asma alérgico, que es con mucho el más frecuente, son sensibles a los *dermatophagoides* del polvo doméstico y manifiestan más crisis tanto de asma, como de rinitis, conjuntivitis, e incluso de eczema, en ambientes cargados de polvo. Por lo tanto, es de gran importancia eliminar al máximo los ácaros de las casas de los niños alérgicos, tomando para ello toda una serie de medidas:

Que el domicilio sea lo más seco y soleado posible.

Evitar en la casa y, sobre todo, en el dormitorio, materiales que faciliten la presencia de polvo: colchones viejos, alfombras, cortinas, moquetas, peluches, edredones, almohadones, libros, ropa acumulada, etc.

Las paredes de las habitaciones deben estar pintadas al plástico lavable y lisas, evitando cuadros, pósters, etc.

Colchones, preferentemente de látex o goma espuma compacta que se deben aspirar y airear al sol frecuentemente. Se puede añadir fundas especiales protectoras de ácaros. Con las almohadas debemos tomar las mismas precauciones.

La habitación se limpiará con aspirador dotado de un sistema capaz de retener los ácaros, y se eliminará el polvo de los muebles con una bayeta húmeda. Se puede emplear también algún producto acaricida en spray, que mata a los ácaros, lo que disminuye su concentración.

La ropa de cama (sábanas, mantas) deben lavarse frecuentemente (cada semana y cada mes respectivamente), empleando programas a 60° de temperatura del agua, o utilizando productos acaricidas para añadir a la lavadora. El tender la ropa al sol mejora la eficacia contra los ácaros.

Hay que evitar que el dormitorio sea también la habitación de juegos del niño o que se utilice como sala de estar. Una vez limpia y ventilada la habitación debe de quedar cerrada hasta la hora de dormir.

Estas precauciones para evitar los ácaros, junto a la medicación preventiva prescrita por su médico, puede mejorar de manera importante el pronóstico de la enfermedad alérgica de nuestros niños.



## MI HIJO ES ASMÁTICO ¿PUEDE HACER EJERCICIO FÍSICO?

El papel del ejercicio físico en la atención del niño con asma se considera en la actualidad esencial para su salud. El conocimiento tanto por el niño como por los padres, profesores y sociedad en general del asma, su clínica y pautas de conducta a seguir, es uno de los pilares fundamentales para el correcto tratamiento integral del asma.

Consideraciones a tener en cuenta antes y durante el ejercicio:

1.- **Premedicación previa al ejercicio:** utilización de los medicamentos recomendados, que generalmente son en aerosol, entre 10- 15 minutos antes del ejercicio.

2.- **Precalentamiento adecuado:** para evitar el jadeo, es esencial un periodo de precalentamiento más largo y menos intenso de lo normal. Puede incluir actividades en las cuales el niño pueda controlar la intensidad y con ello descubrir su nivel de tolerancia al ejercicio y sus límites.

3.- **Ejercicio a intervalos:** alternando períodos de ejercicio vigoroso que no exceden de 3-4 minutos, con períodos de reposo relativo o de ejercicio menos intenso. Esto se consigue con juegos de pelota, por ejemplo, baloncesto, fútbol, etc.

4.- **Ejercicio submáximo:** Deben realizar los ejercicios sin llegar al esfuerzo máximo, intentando conseguir una frecuencia cardiaca entre 160 y 170 latidos por minuto, en niños entre 10 y 15 años.

5.- **Ambiente cálido y húmedo,** o por lo menos evitar el frío utilizando mascarillas, pañuelos, etc.

6.- **Respiración nasal:** Se debe enseñar a los niños a respirar por la nariz con el fin de calentar y humedecer el aire, aunque muchos niños con asma de esfuerzo, padecen también rinitis, lo que impide esta maniobra.

7.- Debe existir un **período gradual de enfriamiento** al finalizar el ejercicio.

8.- El **programa de entrenamiento** debe ser divertido para el niño y tan variado como sea posible, combinándolo con juegos deportivos motivadores, creando sensación de alegría y placer a los niños.

Si durante un ejercicio sufre una crisis, pensar que casi seguro no es la primera vez que lo tiene, y si el niño conoce bien su situación sabrá comportarse. Debemos calmarlo, llevarlo a un lugar aireado, tranqui-



lo y hacer que se administre la medicación broncodilatadora que use habitualmente, **medicación que debe de llevar siempre en su bolsa de deporte**. Si tras la toma de ésta, la crisis no cede, deberemos preguntarle si desea ir a un centro sanitario, ya que por ser una situación crónica el niño normalmente conoce sus necesidades.

Es importante, que una vez ceda la crisis el niño se integre en el grupo de juego o deporte, si esto le es físicamente posible, aunque como es normal estará fatigado y deberá realizar un ejercicio menos violento, juegos etc. Debe evitarse mandarle al vestuario si no es necesario para no aislarle del grupo por culpa de su enfermedad.

Después de una crisis es muy difícil que ésta se repita, ya que existe un período de tiempo en el cual es necesario mucho más esfuerzo que el realizado anteriormente para que se le produzca otra.

Aunque en ocasiones el ejercicio físico induzca a una crisis de broncoespasmo, el deporte y la actividad física regular están considerados como parte importante en el tratamiento integral del niño con asma. Una buena preparación física desarrolla los músculos necesarios que el niño deberá ejercitar en los momentos de las crisis. El deporte es muy importante, también para ellos, tanto física como mentalmente para no sentirse diferentes.

# Vista y oído

Vista y oído



## ¿VE BIEN MI HIJO?

El desarrollo de la visión en el niño es uno de los hechos que más preocupan a los padres de todo recién nacido. El niño nace con el sistema visual incompletamente desarrollado.

### **¿Cómo pueden saber los padres que su hijo está desarrollando con normalidad su visión?**

Desde el nacimiento existe un reflejo de cierre de los párpados ante luces de gran intensidad. A las dos semanas aparece el cierre de los párpados ante el intento forzado de abrirlos (reflejo de defensa). También en esos primeros 15 días de vida mejoran los movimientos de coordinación de los ojos, si bien la mirada sigue siendo inexpressiva. Hacia el final del primer mes comienza a aparecer el reflejo de fijación. El niño ya dirige su mirada hacia una luz intensa que se encuentre dentro de su campo visual (reflejo de seguimiento) y suele ser evidente hacia el tercer mes de vida. Los movimientos de los ojos aún no están bien coordinados y durante 2 a 3 meses de vida no es infrecuente que el niño muestre de un modo esporádico desviaciones en los ojos (estrabismo). Estos estrabismos esporádicos tienen también su origen en la insuficiente visión del niño en esa edad.

La visión de un recién nacido se estima que es el 5% de la visión de un adulto normal. Luego se produce una rápida progresión hacia la maduración de la función visual, máxima durante el primer trimestre y que sigue evolucionando de un modo más lento hasta los 5 a 6 años, en los que se alcanza la visión del adulto. Entre el 1º y 3º año de vida, el niño ya presenta respuestas que permiten evaluar su nivel de desarrollo visual en un 50% al adulto. Esta evaluación se realiza mediante representación de tests diversos, que puede realizar tanto el pediatra como el oftalmólogo.

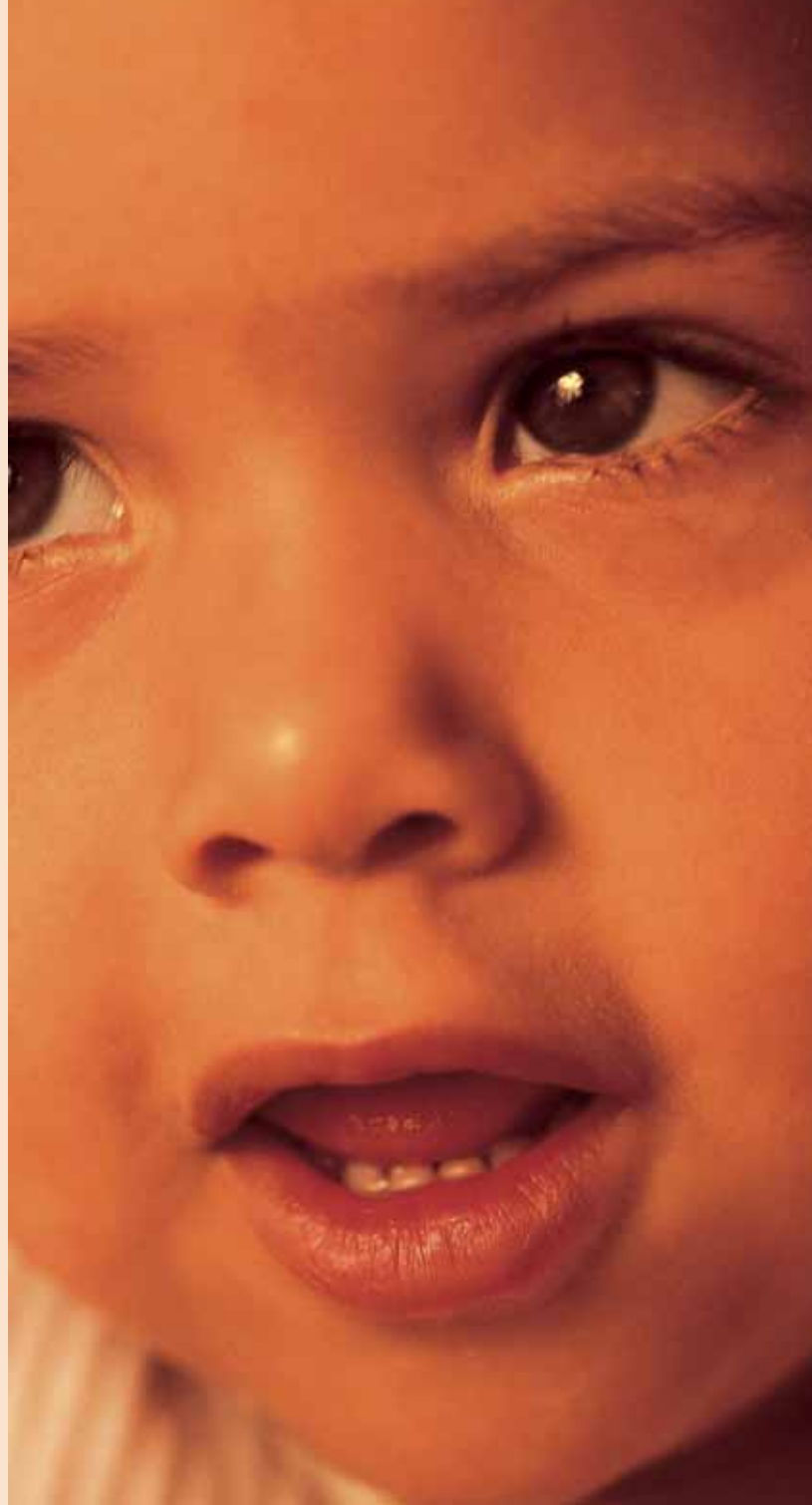
Es importante valorar la visión de cada ojo por separado para detectar diferencias entre ambos ojos. No debemos olvidar que el desarrollo de la función visual abarca otros aspectos más amplios que la simple medida de la visión de los objetos pequeños (agudeza visual). La visión con los dos ojos, la de los colores y el desarrollo del campo visual son hechos de importancia fundamental en el desarrollo de la visión que requieren ser evaluados en todos los niños.



En el estudio y seguimiento de la maduración visual del niño, juega un papel fundamental la estrecha colaboración entre el pediatra y el oftalmólogo, para confirmar de un modo preciso la existencia de una disfunción visual, que en estas etapas del desarrollo tiene casi siempre un fácil y muy exitoso tratamiento.

### **Fases del desarrollo de la visión**

- Nacimiento hasta el tercer mes: Fijación y seguimiento de una luz, con aumento de la amplitud de los movimientos oculares del nacimiento a los 3 meses.
- 3° a 4° mes: El niño mira su mano a distintas distancias.
- 3° al 5° mes: Mira su mano y juega con ella.
- 6° a 8° mes: Coordina ya su visión con el movimiento de su mano, pasándose objetos de mano a mano y comienza a usar la pinza del dedo pulgar, mirándosela.
- 9° a 10° mes: Toca objetos con los dedos que reconoce y comienza a jugar con ellos. También comienza a buscar los juguetes que se le caen para cogerlos.
- 18 meses: Es capaz de construir torres de 3 ladrillos, diferenciando cuales corresponden a cada nivel.
- 3° año: El niño copia un círculo y conoce los colores.
- 4° año: Dibuja personas con extremidades.



## ¿QUÉ ES EL ESTRABISMO?

Estrabismo es aquella situación en la que los ojos no se encuentran alineados. Este término debe entenderse en toda su extensión, es decir, la falta de alineamiento en algún momento o alguna posición de la mirada. De este modo, podemos hablar de estrabismos permanentes o intermitentes. También hablaremos de estrabismo en todas las posiciones de la mirada o únicamente los que afectan a determinadas posiciones. De cualquier manera, la falta de alineamiento ocular es un estrabismo y debe considerarse una enfermedad.

Con respecto a su aparición podemos encontrar estrabismos congénitos (desde el nacimiento) o adquiridos (aparecen tras un periodo variable). La aparición del estrabismo puede presentarse en cualquier momento de la vida y en todos los casos requiere un estudio por parte del oftalmólogo.

La sospecha de estrabismo se considera de máxima prioridad en oftalmología, debiendo realizarse un examen ocular lo antes posible. Si se confirma la presencia del estrabismo, debe realizarse un estudio de sus causas y un tratamiento inmediato.

El tratamiento del estrabismo pasa por varias fases, todas ellas de máxima importancia. En primer lugar es necesaria una correcta graduación, ya que un gran número de casos puede manejarse sólo con gafas. Si la corrección con gafas no es suficiente, puede recurrirse a técnicas como la cirugía o el uso de toxina botulínica.

El ojo vago o ambliopía casi siempre acompaña al estrabismo y es importantísimo su diagnóstico y tratamiento para evitar pérdidas importantes de visión durante el desarrollo. La ambliopía es la situación en la que uno o ambos ojos no son capaces de alcanzar una visión adecuada, incluso con la corrección óptica necesaria. Clásicamente el mejor tratamiento para la ambliopía es el parche. En algunos casos, sobre todo en las fases finales de determinados tratamientos, pueden utilizarse gotas o filtros, todo ello bajo supervisión oftalmológica.

085





La audición permite que el niño se relacione con el medio ambiente en el que vive, así como su desarrollo intelectual y social, ya que sin audición no hay lenguaje hablado. Los padres tienen un papel muy importante tanto en la detección de la pérdida de audición, como en su rehabilitación.

Los problemas que plantea la pérdida de audición en el niño dependen de su *intensidad*, de la precocidad del *diagnóstico*, de su *duración* y de la presencia de otras alte-

raciones asociadas, siendo más graves los problemas cuanto más intensa es la sordera, más tarde se diagnóstica y más duradera sea.

Es importante que se conozca cuanto antes la pérdida auditiva, ya que su recuperación será mejor y más efectiva. Es de tanta trascendencia que todas las Comunidades Autónomas de España han asumido el reto del diagnóstico precoz, con el fin de conocer a los niños con este problema y poner los medios necesarios para rehabilitar-

les cuanto antes a fin de que sus consecuencias sean las menores posibles.

Los métodos de detección precoz comienzan en el recién nacido con unas pruebas de filtrado (otoemisiones acústicas) que se realizan a todos los niños. Se informa a los padres del resultado de esta prueba y se anota en la cartilla del recién nacido. Si el recién nacido ha pasado la prueba bien, habrá que seguir vigilando en los meses y años posteriores que el desarrollo auditivo del niño sea normal, al existir resultados falsos negativos a la prueba o casos en los que la pérdida auditiva aparece más tarde. A veces la prueba no sale bien, en ese caso, se repite y se lleva un control para confirmar el estado auditivo, esto no quiere decir que el niño es sordo, sino que hay que estudiarlo para descartar esta posibilidad.

Los padres deben saber que existen unos modelos de comportamiento que sirven para orientar si su hijo oye o no, y si notasen que no oye bien, deben consultar con un profesional (pediatra u otorrinolaringólogo) para que dirija los pasos a seguir:

Este comportamiento del niño es fácil de evaluar. Se fundamenta en su reacción a los ruidos y el desarrollo del lenguaje:

- En líneas generales, el niño hasta los 3 meses cuando escucha un ruido tiene respuestas reflejas, tales como parpadeo, agitación, o se despierta si está dormido.
- A los 3-4 meses, el niño se tranquiliza ante la voz de la

madre, reacciona ante el sonido de una campanilla girando la cabeza, se queda quieto cuando está en movimiento llegando a emitir sonidos monótonos.

- Entre los 6-9 meses disfruta con los juguetes musicales, dice mamá y arrulla y canturrea con modulaciones.
- De los 12-15 meses responde a su nombre y al “no”; tiene un vocabulario de 3-5 palabras e imita algunos sonidos.
- De los 18-24 meses conoce las partes de su cuerpo y aumenta su vocabulario hasta 20-50 palabras, pudiendo hacer frases de dos palabras y un 50% de su lenguaje es inteligible para un desconocido.
- A los 36 meses aumenta su vocabulario y realiza oraciones de 4-5 palabras, su lenguaje se hace inteligible hasta el 80% para los desconocidos y comprende algunos verbos.
- A los 4 años sabe contar lo que le pasa y es capaz de mantener una conversación sencilla. A los 5 años conversa con otros niños.

En la actualidad, en los casos de pérdida auditiva (incluso en la más grave, la sordera profunda bilateral) existen medios suficientes, que se pueden aplicar a todos los niños y conseguir que las consecuencias de esa pérdida les afecte lo menos posible.



La piel





## ¿QUÉ CUIDADOS HAY QUE DAR A LA PIEL DEL NIÑO?

El buen cuidado de la piel del niño en los periodos iniciales de la vida es básico para evitar, con el tiempo, muchas alteraciones. La piel está recubierta por un manto ácido gracias al cual permanece siempre íntegra y se puede defender de las agresiones que pueda sufrir.

Gracias a la higiene de la piel se consigue eliminar las secreciones cutáneas (sudor, sebo,... y así evitar el mal olor), eliminar la suciedad ambiental (manchas, contaminación,...) y prevenir algunas infecciones.

Hay que mantener intactas las características de la piel, desaconsejando una higiene demasiado enérgica, y el uso de productos de higiene y de limpieza inadecuados, que pueden irritar, eliminar las grasas naturales de la piel y favorecer las enfermedades cutáneas. En resumen, una excesiva frecuencia en los lavados no es garantía de salud.

Se debe **evitar la pérdida de calor**, abrigar al niño (no demasiado y con sentido común), bastará para ello. Evitar temperaturas extremas y ropas de fibras sintéticas. Se

prefieren los tejidos de algodón y de hilo para las ropas en contacto con la piel.

**El baño** puede realizarse desde el primer día. Un baño corto y templado bastará para la higiene del bebé y para estrechar los lazos afectivos. Es muy conveniente el baño diario. Prepare agua templada y no lo alargue más de 10 ó 15 minutos. Elija un jabón adecuado neutro, acompañado con aceite de baño, pues son los menos irritantes. No es preciso lavar el pelo a diario, aunque no es perjudicial. No utilice acondicionadores del cabello u otros productos cosméticos. Pueden irritar el cuero cabelludo del bebé.

Tan importante como el enjabonado es un buen aclarado, los restos de jabón alcalinizan la piel y la resecan. Los baños demasiado calientes y prolongados también pueden dañar la piel, por lo que se recomienda ducha para el niño mayor y baños templados para los bebés y niños pequeños.

**La piel del recién nacido** puede estar agrietada o descamarse en algunas zonas. No debe ser motivo de alarma

una descamación fina en manos, pies, cuero cabelludo (costra láctea). Una crema hidratante con ingredientes naturales y un aceite vegetal solucionan el problema.

La **zona del pañal** es una zona conflictiva, con irritaciones frecuentes, en especial desde el nacimiento hasta que ya controla los esfínteres. Se recomiendan cambios frecuentes de pañal, para evitar el contacto prolongado de las heces con la piel. Se debe lavar con agua y jabón (el mismo del baño) y aplicar una crema barrera (bálsamo, pasta) en cada cambio y fundamentalmente por la noche.

Los polvos de talco deben evitarse, ya que se han documentado casos graves de aspiración hacia el aparato respiratorio.

**Las uñas** pueden ser cortadas desde los primeros días. No hay que apurar y siempre cortarlas rectas, especialmente las de los dedos de los pies.

**El pelo:** es absolutamente falso que al cortar o rapar el cabello éste crezca más fuerte, por lo que no están justificadas las “podas radicales” a las que se someten tantos bebés.

A medida que van creciendo hay que enseñarles su **autohigiene** (lavado de manos, de dientes, genitales....). Las colonias deben ser pobres en alcohol, para evitar así irritaciones. Los niños usan cada vez más otros cosméti-

cos, viéndose casos de dermatitis de contacto debidos a ellos, por lo que parece razonable recomendar precaución en el uso de estos productos (sets de maquillaje, tatuajes...).

Si observa alguna alteración en la piel del bebé o del niño, picor, eczemas, ronchas, etc. no dude en consultar al dermatólogo o pediatra, pues muchas enfermedades de la piel tienen su debut en esta edad y mejorarán con el tratamiento adecuado.



## ¿QUÉ ES LA DERMATITIS ATÓPICA?

### ¿Qué es la dermatitis atópica o eczema atópico?

La dermatitis atópica es una inflamación de la piel que se caracteriza inicialmente por piel seca y picor intenso. El rascado constante lleva a un círculo vicioso de picor-rascado-erupción-picor:

### ¿Cuándo se inicia?

Puede iniciarse desde los 2 primeros meses de vida. En un 60% de los casos lo hace en el primer año de vida, y hasta un 85% de casos en los 5 primeros años. Afecta al 10% de la población infantil.



Es habitual la curación espontánea durante la infancia. Ocasionalmente, puede volver a aparecer en la adolescencia. En algunos niños la enfermedad persiste durante la edad adulta. Los padres con eczema tienen más probabilidades de tener hijos con eczema.

### ¿Qué factores empeoran o reagudizan el eczema?

El eczema se reagudiza en épocas de estrés, cuando la temperatura es extremadamente elevada o baja, cuando el niño sufre una infección bacteriana o cuando la piel se irrita por el contacto con tejidos (lana) o detergentes.

### ¿Dónde se localizan las lesiones cutáneas?

En bebés y niños pequeños, el eczema suele localizarse en la cara, parte externa de los codos y de las rodillas. En los niños mayores y adultos, tiende a manifestarse en manos y pies, y en las flexuras de las extremidades.

### ¿Qué síntomas produce el eczema?

Piel reseca, con picor. Pequeños bultitos que se abren y exudan al rascarse. Enrojecimiento e inflamación de la piel. Engrosamiento de la piel. El rascado y frotamiento excesivos pueden rasgar la piel y provocar una infección. Ya que la dermatitis atópica se asocia con alergias, ¿pueden causarla ciertas comidas?



Sí pero es raro (10% de casos). Aunque algunas comidas pueden provocar dermatitis atópica, especialmente en niños y jóvenes con asma, la eliminación de ellas raramente curará la dermatitis.

### **¿Son útiles las inyecciones como aquellas que se dan para otras alergias?**

Usualmente no. En ocasiones pueden empeorar la condición cutánea en algunos pacientes.

### **¿Qué podemos hacer para mejorar el control de la dermatitis atópica?**

Evitar el contacto de la piel con lana. Evitar la sudación. El agua seca la piel por lo que es preferible reducir los baños (preferible la ducha) a sólo 1-3 veces por semana (especialmente durante los períodos en que el eccema está peor). En caso de bañarse (niños menores de 3 años) durará menos de 5 minutos y se hará con el agua templada. No haga nunca un baño de espuma y utilice muy poco jabón. Utilice sólo un jabón neutro. Después del baño seque al bebé con una toalla limpia y suave. Tras el baño, una vez bien seco, en la piel no lesionada aplíquese una loción hidratante. Seque especialmente alrededor de los genitales y pliegues cutáneos (rodillas, muñecas, codos, nariz, orejas, etc.). Evite rascar el área afectada. Disminuya al mínimo el estrés.

### **¿Cuándo deberemos tratar esta enfermedad?**

Consultar con el pediatra o dermatólogo para que nos aconseje sobre como evitar factores irritantes o circunstancias que puedan empeorar la dermatitis atópica. El dermatólogo le indicará medicaciones externas como cremas de cortisona, pomadas, etc. Medicaciones orales como los antihistamínicos le ayudarán a controlar el picor. Los antibióticos orales son preferibles si hay una infección bacteriana secundaria. Es importante reseñar que hay nuevas medicaciones (Ej.: los inmunomoduladores tópicos) que pueden ser gran ayuda cuando fallan las medicaciones habituales. Las inyecciones de cortisona se deben evitar. Sin embargo, si otras medidas han fallado, su dermatólogo los podrá prescribir en forma de comprimidos o inyecciones.

En definitiva, la dermatitis atópica es una enfermedad muy común y que con el cuidado de la piel y tratamiento adecuado se controla bien en la mayoría de las personas.

## ¿CÓMO PUEDO PROTEGER DEL SOL LA PIEL DE MI HIJO?

La radiación solar sobre la piel es imprescindible para obtener la vitamina D necesaria para el correcto desarrollo de los huesos. Pero, por otro lado, está comprobado que las quemaduras solares en la infancia son determinantes para la aparición de melanomas (el cáncer cutáneo más agresivo) en la edad adulta. Dibujados los extremos de este “campo de juego” vamos a estudiar con más detenimiento los factores que intervienen.

### La piel del niño

Es evidente que es mucho más frágil que la del adulto, pero dentro de ella y desde el nacimiento, no todas las pieles tienen la misma resistencia a los rayos solares. Para ello se desarrolló el concepto de “**fototipo**” que es la clasificación de cada tipo de piel en base a su resistencia a la radiación solar. Existen seis fototipos que irían desde el albino o fototipo I, al negro o fototipo VI. Los fototipos más bajos son los que tienen menor resistencia a la exposición solar. Primera conclusión, **a fototipo más bajo, mayor necesidad de protección.**

### La radiación solar

Es absolutamente distinta en función de la hora y del lugar en que se reciba. Es necesario recordar que las horas centrales del día, entre las 12 y las 4 de la tarde, son las horas de máxima irradiación, independientemente

del lugar en que se reciba. Con respecto al lugar, cuanto más próximos al ecuador mayor cantidad de radiación, por tanto mayor necesidad de protección. El concepto de reflexión solar habla de la radiación que recibimos desde arriba y que se suma a la que el terreno refleja sobre nuestra piel. Se ha comprobado que la reflexión del césped es similar a la del agua, aunque inferior a la de la arena, por tanto el hecho de estar alrededor de una piscina con césped no evita este factor de reflexión solar. Dos conclusiones más, **evitar la exposición en las horas centrales del día, y tener siempre presente el factor de reflexión solar.**

### Los sistemas de protección

Dentro de una casa se recibe menos radiación que fuera de ella, ese es el máximo exponente de filtro, no dejar pasar ninguna radiación. Con este ejemplo podemos conocer el concepto de “**filtro físico**”. Si hablamos de sustancias que colocadas sobre la piel no permiten el paso de ninguna radiación solar, estaríamos definiendo los “**filtros químicos**”, que son fabricados con sustancias que absorben parte de la radiación que reciben. El “**factor de protección**” es la cantidad de radiación solar que puede recibir nuestra piel con filtro antes de ponerse roja (eritematogena), y nos indicara el tiempo que podemos permanecer expuestos al sol con menos riesgo.





Una serie de recomendaciones finales cuando nos referimos a los niños, **los filtros para los niños han de ser diseñados para ellos**, ya que es imposible que estén sin entrar ni salir del agua continuamente, como tampoco sin restregarse por la arena o el césped. Han de ser resistentes al agua y a la fricción. Igualmente, la cantidad de filtro a colocar para un niño de unos 5 años de tamaño normal equivaldría a una cucharada sopera, y si es un

niño especialmente activo, es aconsejable repetir la aplicación cada dos horas de exposición.

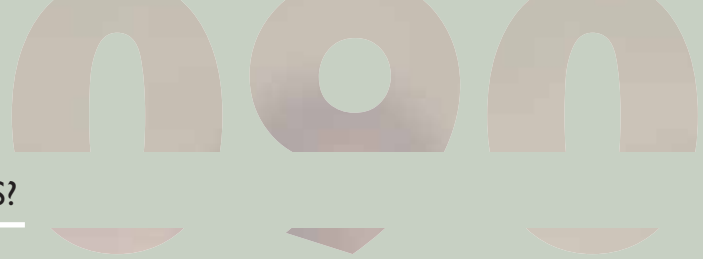
Nos restaría recordar que bajo la sombrilla se recibe casi la misma radiación que fuera de ella, que los días nublados no son días sin radiación solar y que el hecho de estar en movimiento o dentro del agua no limita la exposición al sol.

Los riesgos

Los  
riesgos







## ACCIDENTES EN CASA ¿CÓMO EVITARLOS?

En los países occidentales los accidentes se han convertido en uno de los principales problemas de salud en la infancia, y de hecho actualmente son la primera causa de muerte en niños de 1 a 15 años. En los primeros 5 años de vida la mayor parte de los accidentes se producen en el hogar.

### Caídas y golpes

- Cómo evitarlos:
  - Vigilar a los niños cuando están sobre una superficie elevada (cambiadores...).
  - La cuna y las escaleras deben tener una barandilla adecuada. Comprobar que el niño no quepa entre los barrotes.
  - No utilizar tacatá.
  - Las ventanas y balcones deben estar cerrados o protegidos, y las terrazas y azoteas deben tener una barandilla de suficiente altura.
  - Colocar material antideslizante en la bañera.
  - Evitar limpiar los suelos con abrillantadores o ceras. No pisar suelos mojados.
- Qué hacer:
  - Aplicar hielo o compresas frías.
  - Si tras un golpe en la cabeza el niño vomita, tiene sueño o sangra por la nariz o por el oído, hay que llevarlo urgentemente al hospital.

### Heridas y hemorragias

- Cómo evitarlas:
  - No dejar al alcance de los niños objetos cortantes o punzantes.
  - Proteger las esquinas puntiagudas de los muebles.
  - Poner topes en los cajones para que no salgan completamente. Sujetar bien las estanterías a la pared.
  - Al vestir al niño, tener cuidado con las cremalleras.
  - Advertir al niño del peligro de introducirse objetos en los orificios naturales.
- Qué hacer:
  - Lavar la herida con agua y jabón, y aplicar con un desinfectante yodado.
  - Si la herida es profunda, cubrir con gasas estériles, presionar para cortar la hemorragia y acudir urgentemente al hospital.
- Qué no hacer:
  - No se debe utilizar algodón ni alcohol.
  - Tampoco se debe extraer un objeto grande clavado en una herida.

### Atragantamiento por cuerpos extraños

- Cómo evitarlos:
  - Evitar que los niños menores de cinco años coman frutos secos u otros alimentos que necesitan ser bien masticados.

- Educar al niño a comer en la mesa, masticando bien y a no jugar mientras come; no se les debe forzar a comer mientras llora.
- No se le debe permitir jugar con objetos pequeños; y tener precaución con juguetes grandes que puedan desmontarse en trozos pequeños o que contengan pilas pequeñas.
- Qué hacer:
  - En caso de atragantamiento, aplicar la maniobra de Heimlich: colocarse detrás del niño y rodearle con los brazos; situar una mano cerrada por encima del ombligo y la otra sobre la primera; realizar varias presiones rápidas hacia arriba y hacia adentro.
  - Acudir al pediatra si se produce un episodio de atragantamiento, aunque aparentemente haya expulsado algún fragmento con la tos.

### **Quemaduras**

- Cómo evitarlas:
  - Utilizar los quemadores interiores de las cocinas y colocar los mangos de cacerolas y sartenes hacia dentro.
  - Prestar la máxima atención al trasladar líquidos calientes.
  - Comprobar la temperatura del biberón o comida antes de la toma, y la temperatura del agua antes del baño.
  - Evitar que jueguen con cerillas, encendedores o petardos.

- Advertir a los niños que no toquen los interruptores con las manos o pies húmedos.
- Los enchufes deben estar protegidos o situados a una altura inaccesible para niños.
- Revisar periódicamente la instalación eléctrica del hogar.

- Qué hacer:
  - Lavar con agua fría a chorro; después aplicar un desinfectante yodado.
- Qué no hacer:
  - Usar algodón o esparadrapo.
  - Aplicar cremas o remedios caseros.
  - Romper las ampollas.

### **Además:**

No colocar cintas o cadenas alrededor del cuello de los niños, especialmente mientras duermen.

No dejarles jugar con bolsas de plástico.

No dejar a los niños pequeños solos en la bañera o cerca de cubos o recipientes llenos de agua.

## ¿QUÉ DEBO HACER SI TOMA POR ACCIDENTE ALGÚN TÓXICO?



Los niños con edades comprendidas entre el año y los 5 años son los más susceptibles a padecer intoxicaciones, de manera que en la actualidad un 0,5% de las urgencias hospitalarias son por dicho motivo.

Los tóxicos más habituales son, en primer lugar, medicamentos de uso común, tales como el paracetamol y antes la aspirina, que se utilizan para la fiebre, los psicofármacos que utilizan los padres o abuelos y, en segundo lugar los productos de limpieza del hogar como lejías, detergentes, hidrocarburos, etc. Por lo que deberemos tener los medicamentos siempre fuera del alcance de los niños, a ser posible con tapón de seguridad. Tampoco debemos almacenar medicamentos de forma innecesaria, ya que la mayor parte de las veces no los usamos, caducan y son un riesgo potencial para el niño. Hay que prestar mucha atención a los productos de limpieza, que debemos guardar bajo llave o poner en sitios inaccesibles para evitar que los niños puedan llegar hasta ellos.

Si su hijo ingiere una sustancia potencialmente tóxica por su cantidad o características es imprescindible que recoja una serie de datos de gran importancia, que luego ayuda-



rán a que el pediatra pueda actuar de la forma más eficaz posible.

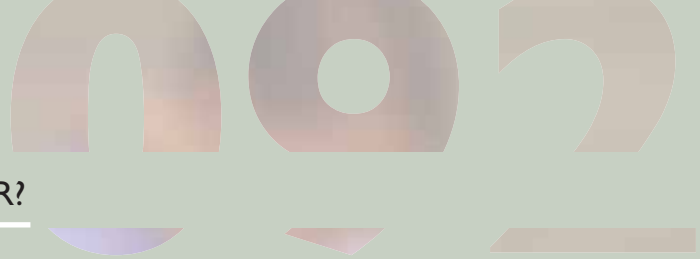
Como norma general aconsejamos siempre a los padres que controlen en los medicamentos que tienen en casa el número de pastillas que quedan o el volumen de jarabe u otro producto potencialmente tóxico. Este dato es muy importante, dado que la actuación médica se guía por la cantidad de producto ingerido.

Ante una ingestión accidental de un tóxico por nuestro hijo debemos actuar de forma tranquila pero sin perder el tiempo. Los padres no deberán tomar ninguna actitud terapéutica si no saben, dado que cada intoxicación puede tener un tratamiento diferente. Cuidado con provocar el vómito, ya que muchas veces estará contraindicado. Deberemos acudir a nuestro centro de salud o a urgencias del hospital más próximo según la gravedad, por lo que es importante decir qué tóxico se ha ingerido, así el pediatra nos aconsejará dónde deberemos acudir y las primeras medidas a tomar. Notificaremos el tiempo aproximado transcurrido desde la ingestión del tóxico, el número de pastillas o volumen ingerido, guardaremos el envase del producto donde figura su compo-

sición y comprobaremos el estado de conciencia del niño para poder valorar la actitud a seguir.

En general, la prevención y las precauciones son el mejor tratamiento para las intoxicaciones en el niño. Aún así, existen una gran cantidad de sustancias que están al alcance de los niños y las pueden ingerir, sustancias que normalmente no son tóxicas (aunque ningún agente químico es completamente seguro), y que habitualmente no producen intoxicación en el niño, tales como aceites de baño, colonias, suavizantes de ropa, etc.

Pero siempre ante la duda contactar con vuestro pediatra y si esto no es posible existe un número de teléfono de consulta en el Instituto Toxicológico Nacional que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, es el **914112676**, donde nos darán las pautas a seguir.



## PICADURAS DE ANIMALES ¿CÓMO ACTUAR?

Las más frecuentes son de **mosquitos**, problema leve cuyo mejor tratamiento es la prevención.

Las **avispas y abejas** provocan una reacción local (hinchazón, dolor y enrojecimiento). Cuando queda el aguijón clavado hay que raspar para eliminarlo (no sacar con pinzas), poner hielo, compresas de amoníaco, desinfectar y una pomada de corticoides si la lesión es importante. En caso de alergia a estas picaduras, acudir a urgencias.

Las **arañas** que conviven con nosotros no son peligrosas. En otras partes del mundo hay especies que sí lo son y, además de reacción local importante, pueden dar fiebre, dolores musculares, vómitos, habiéndose descrito casos fatales. En todos los casos, el tratamiento es igual al de avispas y abejas.

Las de **escorpiones** son frecuentes, viven debajo de las piedras y pueden atacar a los niños al levantarlas. Nuestras especies no son peligrosas, y cuando pican dan reacción local (dolor importante, hinchazón, ampollas...). A veces producen dolor de cabeza, vómitos, lagrimeo y ocasionalmente cuadros más graves, por lo que hay que acudir a un centro sanitario.

Las mordeduras de **serpiente** son poco frecuentes, pero asustan. En España sólo hay tres especies venenosas de víboras. Provocan sobre todo reacciones locales: dolor intenso, hinchazón de todo el miembro (brazo o pierna), ampollas... Si es venenosa da fiebre, mareos y dificultad respiratoria. El tratamiento de ambas es frío local, limpieza y desinfección de la zona. Si duele, utilizar paracetamol, a veces anestésicos locales. Y si hay reacción generalizada, medidas especiales. Siempre hay que tratar de identificar el tipo de serpiente.

En el mar, la picadura más frecuente es la de **medusa**. Hay que poner vinagre o bicarbonato para inactivar el veneno, rascar con un cuchillo para retirar tentáculos o púas, lavar con agua salada caliente, y pueden ponerse pomadas de corticoides.

Las picaduras son molestas pero no suelen ser graves. Se debe evitar el rascado excesivo para no infectar la lesión.

## ¿CÓMO PREVENIR LOS ACCIDENTES PIROTÉCNICOS?

En nuestra cultura mediterránea pólvora y fiesta son inseparables. Las múltiples celebraciones y fiestas locales no pueden entenderse sin la quema de grandes cantidades de pólvora.

Pero la pólvora va asociada ineludiblemente a accidentes.

La normativa en la venta y uso del material explosivo está consiguiendo que disminuyan, pero nos corresponde a los padres vigilar atentamente para que toda la alegría y ambiente de fiesta no se conviertan, en un minuto, en un escenario triste y doloroso.

He aquí una relación de riesgos que no debemos olvidar: **Quemaduras.** Son las lesiones más habituales, pero debemos saber que poseen características peculiares como la de poder ser más profundas que extensas y de lesionar con frecuencia manos, cara y genitales (cuando se llevan petardos en los bolsillos del pantalón), factores todos ellos que añaden un escalón de gravedad a su pronóstico.

**Amputaciones** traumáticas de dedos (al explotar un petardo en la mano antes de lanzarlo).

**Lesiones oculares** (al acercarse a inspeccionar por qué no explota ese petardo que acabamos de encender)

**Lesiones auditivas:** pérdidas de sensibilidad auditiva o presencia de acúfenos (silbidos que se oyen aún en silencio).

Así pues, no nos despreocupemos cuando nuestros hijos estén manipulando artificios pirotécnicos, vigilémoslos y sepamos aconsejarles convenientemente:

No llevar los artículos pirotécnicos en los bolsillos.

No encenderlos en la mano sino en el suelo, en superficies planas y lisas.

No lanzarlos sobre personas, animales, etc. ni cerca de material inflamable.

No introducirlos dentro de botellas, botes, etc., al explotar, la metralla puede expandirse de forma incontrolada.

No manipular ni vaciar el contenido de los artefactos pirotécnicos.

El embalaje debe estar intacto y tener instrucciones de uso en castellano.

Sólo así no convertiremos una fiesta en una tragedia.

## ¿QUÉ DEBO HACER SI SE DA UN GOLPE EN LA CABEZA?

Los golpes en la cabeza son una causa frecuente de consulta y angustia en los padres. En algunos servicios de urgencia, representan el 3%-6% de todas las consultas pediátricas. Si ustedes tienen hijos, se habrán dado cuenta de lo fácilmente que se golpean la cabeza cuando caen, sobre todo porque, en los primeros años de vida, ésta es proporcionalmente más grande y más pesada que el resto del cuerpo. La mayoría de las veces el golpe se limita a los huesos del cráneo (traumatismo craneal) pudiendo aparecer un hematoma o “chichón” en la zona golpeada. En ocasiones se producen fracturas del hueso, pero suelen ser fracturas lineales que no dan problemas y que no afectan a los órganos intracraneales.

En un pequeño porcentaje de casos, los más graves, las fracturas son más complicadas o puede existir lesión cerebral.

Si su hijo se ha golpeado la cabeza es importante que lo observe las primeras 24-48 horas. Algunos niños, tras el golpe, pueden vomitar y referir dolor. Por ello se encontrarán mejor en casa, guardando reposo y con analgésicos. Pónganle hielo o paños fríos si aparece chichón. Si el

golpe ha sido importante puede tener sueño: déjenle descansar, pero despiértenlo frecuentemente para ver cómo reacciona.

Acudan al pediatra cuando vomite repetidamente o el dolor no ceda con analgésicos, si se duerme en horas no habituales o no pueden despertarlo, si sangra o aparece un líquido claro por el oído o nariz, si no puede mantenerse erguido o tiene una marcha anormal, si aparece pérdida de fuerza en brazos o piernas, si tiene problemas para hablar o si su comportamiento no es el habitual.

Y recuerden: eviten situaciones que faciliten estos golpes (andadores, los columpios no adecuados...), siéntenlos en las sillas homologadas para el automóvil. Siempre es mejor prevenir que curar.

En los últimos años la calle ha pasado de ser un sitio de encuentro, juegos y socialización a ser un sitio que presenta riesgos para los niños. Aunque en las grandes ciudades este hecho es evidente desde hace tiempo, en los pueblos los padres a veces no se dan cuenta de este cambio y de los riesgos que conlleva.

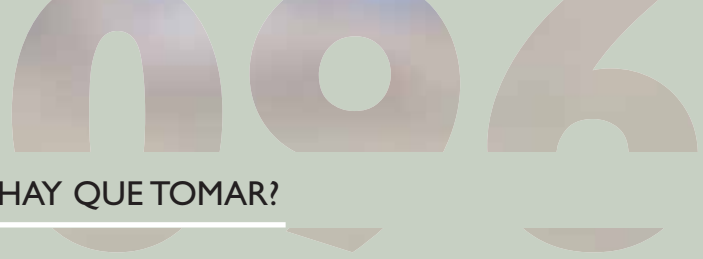
Lo primero y más importante es el ejemplo que damos. Un buen hábito vial de los padres servirá de guía para sus hijos: cruzar por pasos de cebra donde los haya, respetar los semáforos, no cruzar la calle entre coches aparcados, no bajar del coche por otras puertas que no sean las del lado de la acera, etc.

Asimismo, los niños menores de 3-4 años deberán ser vigilados y acompañados en estrecha cercanía por sus padres. Si como progenitores, tenemos la “sensatez” de no obligar a realizar una multiplicación a un hijo de esas edades, tampoco deberíamos responsabilizarle de que por sí solo se detenga al llegar a una esquina.

A los niños más mayores, hasta 13-14 años, aparte del buen hábito como peatón, hay que educarlos en el uso

y disfrute de medios propios de locomoción, especialmente de las bicicletas. Según las edades deben utilizarse en parques o ámbitos urbanos diseñados para ello, no deben utilizarse en horarios sin luz solar; se debe respetar el sentido y la intensidad del tráfico y deben ser “visibles” para los conductores de coches (chaleco reflectante, etc.).

De todos modos, está claro que el ámbito urbano ha sido invadido por el tráfico a motor; y que la calle no es, en general, un espacio seguro para los niños. Sólo un ejercicio responsable del rol de los ciudadanos “padres”, educadores y autoridades harán que la calle sea un sitio menos hostil para la infancia.



## VIAJAR EN COCHE, ¿QUÉ PRECAUCIONES HAY QUE TOMAR?

Viajar con los hijos en coche se ha convertido casi en una rutina. Y si viajar es un placer, lo será mucho más si antes de ponernos en marcha repasamos esos puntos que todos conocemos, y que a veces olvidamos.

### El conductor

Los adultos debemos demostrar una conducción responsable y ejemplar para los niños. Para ello, hemos de cumplir y hacer cumplir las normas de la Dirección General de Tráfico, en especial a los niños.

Nunca descuide que todos los ocupantes del vehículo utilicen el cinturón de seguridad.

Y como conductor recuerde que no debe consumir alcohol, drogas o medicamentos que le puedan producir somnolencia, ni antes ni durante el viaje. No utilice el teléfono móvil mientras conduce. Descanse cada 200 km o tras 2 horas de conducción. No se olvide de mantener siempre la “distancia de seguridad” con el vehículo precedente. Si baja del vehículo, pare el motor y quite las llaves del contacto, dejando puesto el freno de mano. Y siempre respete toda la reglamentación: señalización, luces, pasos protegidos, estacionamiento, etc.

### Los pasajeros: los niños

Cualquier niño puede tener una reacción imprevisible. Por ello es importante adoptar ciertas medidas de seguridad cuando viaje con ellos:

- Compruebe que están puestos los seguros de las puertas traseras, para que los niños no puedan abrirlas.
- No se olvide de comprobar que estas puertas están bien cerradas antes de arrancar el coche.
- Vigile al cerrar las puertas del coche para no atraparle los dedos.
- No permita de ninguna forma que un niño saque la cabeza u otra parte de su cuerpo por la ventanilla o por el techo del automóvil.
- No lleve objetos sueltos en la bandeja trasera del coche; en caso de choque estos objetos alcanzan gran velocidad y pueden producir lesiones graves en la cabeza de los pasajeros.
- No deje nunca a un niño solo en el coche.

Los asientos traseros son el sitio más seguro para un niño a cualquier edad. Por ello los niños deben viajar siempre en los asientos posteriores, con las medidas de retención adecuadas a su tamaño. Esto disminuye la probabilidad de heridas en caso de accidente.



Hasta los 12 años de edad se deben utilizar sistemas de sujeción especiales para niños: sillas y asientos elevados. A partir de esta edad, si el tamaño del niño lo permite, se pondrá el cinturón de seguridad de la misma forma que un adulto.

Nunca lleve a un niño en brazos en el interior de un vehículo; y mucho menos si viaja en el asiento del copiloto, aunque utilice el cinturón de seguridad y dispongan de airbag.

Si un niño, hasta los 2 años de edad o con menos de 10 kg de peso, tiene que viajar en el asiento del copiloto, lo hará en sentido inverso a la conducción (mirando hacia atrás), en silla homologada sujeta, y habiendo anulado el airbag del mismo lado.

Nunca lleve un niño entre el volante y el conductor; aunque sea en un trayecto corto, ni como un juego.

### **El vehículo**

Para su seguridad, es importante llevar el vehículo en las mejores condiciones. No olvide hacerle una revisión unos días antes del inicio del viaje, y comprobar su buen estado (ruedas incluidas) antes de cualquier nuevo trayecto.

Compruebe que el equipaje va sujeto correctamente. Y si se lleva animales de compañía, recuerde que deben viajar en compartimentos separados.

### **El botiquín del coche**

Un antiséptico, gasas, vendas, tijeras, esparadrapo, tiritas. No está de más llevar medicación contra la fiebre y el dolor.

No olvidemos que casi todos los accidentes que sufren los niños, no habrían llegado a producirse si se hubieran adoptado las medidas de prevención adecuadas.



# Quando llega la adolescencia

Cuando llega la adolescencia







## LA ADOLESCENCIA ¿ES UNA ETAPA TAN DIFÍCIL?

“La pubertad es un acto de la naturaleza, la adolescencia es un acto del ser humano”. Lo dijo Kant. Y es que, más allá de la acción de las hormonas, la adolescencia supone un largo proceso a través del cual el niño se convertirá en un ser humano adulto y maduro. La adolescencia es un largo camino que cada cual recorre con un ritmo propio. Durante este período, el adolescente deberá cumplir con **unas tareas psicológicas** que van a facilitar su inserción en el mundo de los adultos. Se trata de:

Adquirir independencia con respecto a los padres.

Adoptar claves de emparejamiento y estilo de vida.

Asignar una creciente importancia a la imagen corporal, aceptando los cambios que se van produciendo.

Establecer una identidad sexual, vocacional y ética.

Podemos considerar **tres etapas** en el camino hacia la madurez:

La adolescencia inicial (de los 12 a los 14 años, aproximadamente)

La adolescencia media (de los 15 a los 17 años)

La adolescencia tardía (de los 18 a los 21 años o más).

No se trata de compartimentos estancos. Son etapas que pueden sobreponerse entre ellas, con oscilaciones en progresión o en retroceso, que es lo normal a esta edad.

La **adolescencia inicial** es la etapa que más sorprende a los padres. Mientras el cuerpo se estira y se transforma, aparecen unos cambios importantes en la personalidad que hasta entonces aparecía estable.

Disminuye el interés por las actividades de los padres, mientras se recela de sus consejos y críticas. Son frecuentes las variaciones en el estado de ánimo y en la conducta. Y, coincidiendo con el inicio de la ESO, puede aparecer una inflexión escolar.

La preocupación por el aspecto corporal le puede llevar a sentimientos de inseguridad ante su aspecto y su atractivo, comparándose con sus iguales. Aumenta el interés por la anatomía y fisiología de los órganos sexuales, y puede aparecer ansiedad ante la primera menstruación, la masturbación, las poluciones nocturnas, o el tamaño de los genitales.

Del compañerismo se pasa a la amistad. No debe preo-



cupar a los padres la elección de un amigo único, aunque sea del mismo sexo.

Pero el proceso más importante del cambio se va a dar en los sentimientos internos que llevan al adolescente a descubrir su propia personalidad. Por ello, a menudo se siente el centro de atracción, suele soñar despierto, y pone a prueba la autoridad de los padres. Los diarios íntimos son la expresión de su necesidad de una mayor intimidad y la exageración de su situación personal es una manifestación de su elevado egocentrismo.

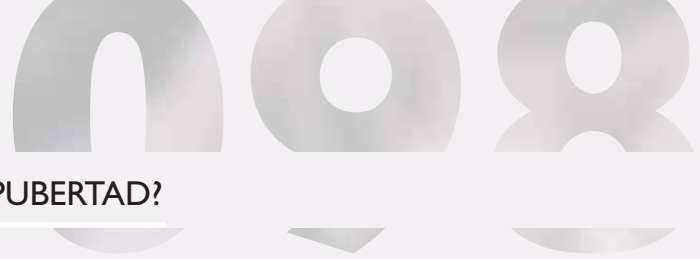
La **adolescencia media** se caracteriza por la combinación de los sentimientos de omnipotencia (“tengo que probarlo todo”) y de invulnerabilidad (“a mi no me va a pasar nada”).

Siguen los conflictos con la familia, mientras el grupo de

amigos adquiere mayor relevancia, e influye en los valores, las reglas, las formas de vestir... ¡Pueden más los “pares” que los padres!. Del egocentrismo se pasa a un interés creciente por los sentimientos de los demás. Aumenta la capacidad intelectual y la creatividad, mientras disminuye el idealismo vocacional.

Finalmente, con la llegada de la **adolescencia tardía**, el camino toca a su fin. El joven aprende a vivir con los valores de la madurez y la responsabilidad. Se reconstruyen las relaciones con la familia, se han integrado plenamente los cambios corporales, y los propios valores prevalecen sobre los del grupo.

La conciencia es más racional y realista, capaz de conocer los límites del compromiso, y con unos objetivos vocacionales prácticos y concretos. Se concretan los valores éticos, religiosos, sexuales. La madurez está a la vuelta de la esquina.



## ¿CÓMO CAMBIARÁ SU CUERPO CON LA PUBERTAD?

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la adolescencia es el período que abarca de los 10 a 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase y llega hasta los 14-15 años, momento en el que el período de cambios físicos culmina con la capacidad reproductiva del adulto. La adolescencia media y tardía abarca de los 15 a 19 años.

La pubertad normal se inicia a los 10 años en las niñas y 11 años en los niños. En las niñas se manifiesta con un aumento en el volumen de las mamas (telarquia), que puede iniciarse de forma asimétrica y que suelen ser dolorosas. En los chicos puede observarse también un ligero aumento de las mamas, llamado ginecomastia. Pueden ser dolorosas y aparecer sólo en un pecho; es normal.

En el niño el arranque de la pubertad se manifiesta por el incremento del volumen o tamaño testicular; al pasar de 3 a 4 ml se considera que la pubertad se ha iniciado. El volumen se valora con un artificio llamado orquidómetro.

Posteriormente y en ambos sexos aparecen otros cam-

bios físicos propios de la pubertad como el vello en pubis y axilas, crecimiento de los genitales externos e internos, estirón de la talla (puberal), aparición de acné, incremento de la grasa corporal sobre todo en chicas, cambios en la voz en los chicos...

La pubertad viene a durar de 3 a 4 años, produciéndose el pico de máximo crecimiento en los chicos entre los 15-16 años y en las chicas a los 12 años, aunque esto puede ser variable.

En las chicas la menarquia o primera regla suele ocurrir 1 año después del pico de crecimiento, y tras ella se crecen unos 4-6 cm en 2 años. Hay que saber que existen muchos factores que influyen en la edad de aparición de la primera regla (raza, herencia, nutrición...) y que varía de forma importante de unas niñas a otras.

Existen variaciones cronológicas en la edad de inicio de la pubertad que son dignas de tener en cuenta:

Cuando la pubertad comienza entre los 8-10 años en las niñas y los 9-11 años en los niños, se denomina *pubertad temprana*; suele ser una variación de la normalidad. En



estos casos el pediatra generalmente supervisará cómo evoluciona esta pubertad; y si lo hace de una manera rápida o sospecha que se puede comprometer la talla final, remitirá al niño/a a un endocrinólogo para su valoración.

La pubertad es *precoz* si se inicia antes de los 8 años en las niñas y antes de los 9 años en los niños. La pubertad está *retrasada* si a los 13-14 años no existe ningún cambio corporal. Ambos casos son motivo de consulta con el endocrinólogo.

En ocasiones podemos observar cambios físicos propios de la pubertad como la aparición de vello pubiano (denominada pubarquia), vello axilar, acné, mal olor corporal... sin la manifestación principal de la pubertad, que es el aumento de las mamas en las niñas y del volumen testicular en los niños. Esto se denomina *adrenarquia prematura* y obliga al pediatra a hacer una supervisión del niño y en ocasiones una valoración de su edad ósea y analítica hormonal.

En resumen, los cambios físicos en la pubertad tienen una gran variabilidad cronológica en su desarrollo. Usted deberá tener presente estos márgenes de edad expuestos y consultar si tiene alguna duda.





## LA NUTRICIÓN ¿CORRE MÁS RIESGOS DURANTE LA ADOLESCENCIA?

La adolescencia es un periodo de intensos cambios físicos, psicológicos y sociales. Es una etapa de gran riesgo nutricional debido al aumento de las necesidades nutricionales, a los cambios en los hábitos alimentarios y a las posibles situaciones de riesgo.

Durante la infancia y adolescencia es esencial una correcta alimentación para conseguir un adecuado estado de salud, un óptimo desarrollo físico e intelectual y para evitar la aparición de problemas en la edad adulta: hipertensión, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cánceres, osteoporosis....

### **Crecimiento y desarrollo**

Durante este periodo se adquiere el 25% de la talla y el 50% del peso definitivo, y se producen importantes cambios en el tamaño y la composición corporal: aumenta un 50% la masa esquelética, casi se duplica la masa muscular (algo menor en las chicas), la cantidad y distribución de grasa varía según el sexo, de manera que a los 20

años las chicas tienen el doble de tejido graso que los chicos.

### **Hábitos alimentarios de riesgo**

Debido a su sentimiento de independencia, a la preocupación por su aspecto, a la influencia de los amigos, de los medios de comunicación y a las diferentes situaciones familiares, se adoptan con frecuencia hábitos especiales:

- **Comer fuera de casa**, realizando comidas rápidas (fast-food). Esto forma parte del estilo de vida adolescente. Son atractivas y baratas, pero tienen un elevado aporte de grasa, sales y carbohidratos refinados, con escaso aporte de fibra, vitaminas y minerales.
- **Suprimir comidas**, especialmente el desayuno o la comida. Varios estudios observan que el 20-50% de los adolescentes no desayunan o lo hacen insuficientemente, lo que puede originar dificultades en el aprendizaje y rendimiento escolar.

- **Picar entre comidas, especialmente** galletas, dulces, *snacks*, etc. que tienen bajo valor nutritivo y alto valor calórico, favoreciendo la obesidad, caries y malos hábitos dietéticos.
- **Disminuir el aporte de leche y aumentar el consumo de bebidas azucaradas** (refrescos), lo que repercute en el metabolismo del calcio y en la adquisición de una adecuada masa ósea.
- **Dietas especiales** (hipocalóricas, vegetarianas, macrobióticas...) que conducen a carencias nutricionales y enfermedades. Actualmente han aumentado los comportamientos asociados a distorsión de la imagen corporal y uso de medidas para perder peso (restricciones, ejercicio físico excesivo, vómitos, medicamentos), como la anorexia y bulimia nerviosa.

#### Situaciones de riesgo nutricional

- **El consumo de anabolizantes** puede alterar la función sexual y detener el crecimiento.
- **El consumo** de ciertos **productos comerciales** de escaso valor nutricional: ginseng, lecitina, aminoácidos, aceites, fósforo,... puede producir efectos secundarios.
- Las chicas con desarrollo puberal temprano y los chicos con desarrollo puberal tardío tienen con frecuencia una baja autoestima que conduce a conductas arriesgadas incluyendo los trastornos alimentarios.

- **El uso de anticonceptivos orales** así como **de tabaco, alcohol y otras drogas**, afecta al metabolismo vitamínico y mineral, y puede producir hipercolesterolemias.

#### Consejos nutricionales

Una dieta variada y equilibrada cubrirá las necesidades nutricionales, de vitaminas y minerales. Los alimentos se distribuirán a lo largo del día. El desayuno incluirá un producto lácteo, cereales y fruta o zumo natural. En las comidas no hay que olvidarse de las legumbres, pescados y cereales, así como de las ensaladas y verduras. Las hamburguesas y pizzas pueden tomarse, siempre y cuando se equilibre la dieta. Conviene utilizar aceite de oliva y pan integral. La mejor bebida es el agua. Hay que favorecer los zumos naturales sobre las bebidas manufacturadas. En los refrigerios los frutos secos, frutas, colines y palomitas son más saludables que la bollería y los fritos.

Se debe promocionar una **adecuada imagen corporal y las habilidades personales** para resistir influencias adversas.

**Y no olvide acudir a los exámenes de salud** para detectar y tratar precozmente los problemas.



## ANOREXIA Y BULIMIA ¿SON PROBLEMAS IMPORTANTES?

La anorexia nerviosa y la bulimia son trastornos del comportamiento alimentario que afectan fundamentalmente a mujeres adolescentes. De cada diez pacientes sólo uno es varón. Entre sus causas, parece existir cierta predisposición, unida a la presión constante de la sociedad actual, que identifica el ideal de la perfección de la mujer con la delgadez extrema. Estos factores deben de coincidir en un momento exacto en una persona vulnerable para que esta desarrolle la enfermedad, es decir: no enferma quien quiere.

El **ser “una anoréxica”** no es sólo no querer comer por no querer engordar; es mucho más, es no gustarse como persona, no aceptarse como se es y creer que la perfección y la solución a todos los problemas llegará cuando se consiga alcanzar un número de kilos, mágicamente idealizados y que, por supuesto, cada vez se aleja más de lo normal.

En esa carrera hacia la solución anormal de sus problemas, la paciente cada vez come menos y hace más cosas “útiles”; estudia incesablemente, ayuda en casa, hace la comida para toda la familia, aunque no la prueba... En esa primera fase es “Doña Perfecta”, todo el mundo le anima y eso le reafirma en su búsqueda “del control de la situación”. Pero poco a poco en su vida sólo tiene sentido perder peso y el no comer; el verse gorda ocupa todo el “espacio” disponible en su mente, no puede pensar en

otra cosa y el carácter le va cambiando, pierde amigos, aparecen las peleas con los padres, la vida familiar se convierte en un infierno, especialmente en el momento de las comidas.

La **bulimia nerviosa**, psicológicamente, es muy parecida a la anorexia; tienen el mismo miedo a engordar, pero cuando empiezan a restringirse en la comida llega un momento en que no lo pueden controlar y se dan un “atacón”; esto les provoca un sentimiento de miedo, culpa e inutilidad, que intentan contrarrestar con más ayuno y otras actividades como vómitos o el uso de laxantes, llegando a crear un círculo vicioso del que es imposible salir. Su alimentación es un caos y su vida también.

Tanto la anorexia como la bulimia son enfermedades serias y graves, no son una tontería de niña que se cura “con un par de tortas”.

Causan un gran sufrimiento tanto a las pacientes como a sus familias, el tratamiento es largo y difícil y, en ocasiones, necesitan ingresar en un hospital, bien por las complicaciones físicas de la enfermedad o por el descontrol psicológico que padecen.

Muchos adolescentes intentan numerosas dietas para adelgazar o llevan una alimentación desordenada: no

desayunan, meriendan “dentro de la nevera”, cenan cualquier cosa de pie o engullen sin control enfrente del televisor. Éstos tienen un gran riesgo de enfermar y hay que abrir los ojos ante otros signos de alarma, como cambios en el carácter o pérdidas de peso inexplicables.

¿Se pueden prevenir? Está claro que hacer una dieta para adelgazar es un factor predisponente. Es muy importante mantener una alimentación correcta en todo momento. Quiero destacar el papel protector de la comida familiar; se come con los padres en la cabecera de la mesa y con un orden de platos (primero, segundo y postre), la televisión está apagada y los comensales no se levantan hasta que todos han terminado.

Durante la adolescencia se adquiere una mayor autonomía y los horarios de estudio y diversión cambian. Esto puede dificultar el cumplimiento de algunas normas pero quizás el papel protector de esta comida familiar sea de los más importantes frente a los trastornos del comportamiento alimentario, resaltando además que la comida no es tan sólo el ingerir un número determinado de calorías, sino que cumple una función social mucho más importante y profunda.





## EL DESPERTAR DE LA SEXUALIDAD.

Desde el nacimiento nuestro cuerpo puede excitarse y sentir placer. Desde la infancia la sexualidad se pone de manifiesto de múltiples formas. Uno de cada tres menores, aproximadamente, descubre el placer de la excitación sexual y se masturba. Prácticamente todos los menores hacen preguntas y están muy interesados por las diferencias anatómicas, el origen de los niños, cómo se hacen los niños, por donde nacen, etc. Casi todos los niños y niñas imitan conductas sexuales de los adultos y participan en juegos de contenido sexual que les sirven para explorarse, tocarse, besarse, etc.

Llegada la pubertad se producen cambios sustanciales tanto en los chicos como en las chicas. Hay mayor motivación sexual en ambos sexos: más excitación, deseo, atracción y tendencia al enamoramiento. Aumentan los pensamientos y las fantasías sexuales.

El deseo sexual se especifica u orienta como homosexual, heterosexual o bisexual. Aunque la orientación mayoritaria es la heterosexual, las otras orientaciones son compatibles con la salud y el bienestar si la familia y la sociedad no les crea dificultades.

Es frecuente que aumenten las conductas de masturba-

ción, tanto en chicos –la mayoría acaba masturbándose, si no lo había hecho ya antes de la pubertad- como en las chicas –más o menos la mitad de las chicas se masturban en la adolescencia-. Es importante decir que, tanto si se masturban, como si no lo hacen, pueden desarrollarse bien sexualmente.

### **¿Cuáles son los principales problemas de la sexualidad en la pubertad y primera adolescencia?**

Aceptar el diferente ritmo de los cambios de la pubertad, en unos tempranos y en otros tardíos y su figura corporal. Aceptar los cambios “normales”, especialmente la menstruación debiendo los padres adelantarse en la explicación de estos cambios. Aceptar los gustos sexuales, heterosexuales u homosexuales, como una orientación del deseo que puede ser saludable. Los padres deben aceptar a sus hijos e hijas homosexuales, apoyándoles frente a las posibles dificultades sociales. Los adolescentes pueden llevar a cabo conductas sexuales de muy diverso tipo desde el flirteo, los besos, las caricias, etc., hasta el coito.

Muchos adolescentes, especialmente después de los 15 ó 16 años, se siente con el derecho a tener relaciones sexuales coitales. La media de acceso a las relaciones coi-





tales está hoy entre los 15-18 años, dependiendo de la zona del país y otros factores. Los profesionales no nos pronunciamos sobre la edad concreta a la que pueden acceder a tener relaciones, hablamos de las condiciones que deben darse: información adecuada, prácticas de sexo seguro, tenerse en cuenta y tratarse bien el uno/a al otro/a, etc.

Hay datos alarmantes: numerosos adolescentes (entre el 25 y 50%) tienen la primera relación con prácticas de riesgo (de embarazo, SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual) y otros muchos (entre el 20 y 30%) mantienen las prácticas de riesgo posteriormente. Las prácticas de riesgo son más frecuentes en la primera adolescencia, por debajo de 18, 17, 16, años y, sobre

todo, por debajo de 15, 14, 13, etc. Esto quiere decir que la primera adolescencia es un momento crucial para que los padres, escuela y sanitarios actúen hablando abiertamente de este problema.

Los padres deben dar consejo sobre la actividad sexual adolescente, según sus creencias (pueden darle el consejo de que la retrasen o aceptar que las tengan), por lo que no todos los padres tienen que decir lo mismo a sus hijos en este campo, pero todos deberían ser realistas y hablar abiertamente de estos temas de forma que les quede claro que si llegan a tener relaciones sexuales, en ningún caso deberían asumir prácticas de riesgo, y deben conocer qué alternativas tienen una vez que se ha consumado una práctica de riesgo.

## ACNÉ EN LA ADOLESCENCIA ¿QUÉ SE DEBE HACER?



Aunque puede haber acné en todas las edades, es la etapa de la adolescencia (jóvenes entre 12 y 21 años) la que sufre mayoritariamente la forma clínica más frecuente, el llamado “acné polimorfo juvenil”. Durante la pubertad comienzan a aparecer las hormonas sexuales y entre ellas los andrógenos, que regulan muchas funciones vitales e intervienen en el control de las glándulas sebáceas, aumentando su tamaño, lo que conduce a una mayor secreción de sebo, que al acumularse en el conducto excretor provoca su taponamiento, viéndose en forma de un punto negro llamado comedón o “espinilla”. La



inflamación y posterior infección del comedón, origina el resto de lesiones que van sucediéndose por brotes de mayor o menor intensidad. Finalmente, la resolución de las lesiones, deja a veces una cicatriz o marca, que agrava y complica el problema.

Existen una serie de mitos y falsas creencias que dificultan su tratamiento. El primero de ellos es considerar que el acné no es una enfermedad, que son “cosas de la edad” y que ya pasará. Esta forma de enfocar el problema, no solo retrasa su curación, también puede compli-

carlo en su grado más severo y profundo, dejando secuelas. Además, padecer acné tiene unos efectos psicológicos que pueden desmoronar la personalidad. Si la etapa de la adolescencia comporta cambios en el carácter, en el adolescente con acné estos cambios se ven condicionados por la sensación de malestar que les provoca el aspecto de su cara. Hay pérdida de la autoestima, con el consiguiente sentimiento de vergüenza en su propia imagen, que les lleva a situaciones de aislamiento social o rebeldía, estrés, ansiedad y depresión, que a su vez son factores que favorecen los brotes de acné. Es por tanto esencial, conocer el tipo de acné que se padece, sus posibles complicaciones y secuelas, las opciones de tratamiento y los resultados que puede esperar, advirtiéndole que la mejoría puede tardar meses en hacer su aparición.

En la actualidad existen numerosos medicamentos para conseguir su control. Es necesario establecer una buena relación médico-paciente, que facilite la confianza del adolescente en el tratamiento que será necesario durante periodos largos, a veces de años, así como la aceptación de los posibles brotes. También hay que valorar la repercusión psicológica y corregir los cuadros de ansiedad y depresión.

Según su intensidad, el acné se combate con medicamentos tópicos (sobre la piel), indicados para casos superficiales o leves, a los que se añadirían antibióticos sistémicos para aquellos otros, que presentan lesiones más profundas e inflamatorias. La correcta elección de

uno de estos medicamentos o su asociación, dará lugar a un tratamiento individualizado y personal en cada paciente.

En todos los casos la limpieza y preparación de la piel, son importantes para que los medicamentos tópicos penetren mejor. La higiene de la piel acnéica ha de ser diaria pero no excesiva, siendo útiles los jabones antisépticos y lociones astringentes que eliminan las bacterias y el exceso de secreción sebácea. Puede ser útil, la extracción de comedones abiertos y cerrados, pero en ningún caso debe ser el propio paciente quien “manipule” sus lesiones, ya que puede ocurrir una sobre infección por gérmenes resistentes.

Por último hemos de contemplar en el acné, el tratamiento corrector de las secuelas, a veces importantes cuando el acné ha sido severo. No habría que precipitarse. Las lesiones recién curadas han de “sedimentar” durante un tiempo, y no son definitivas, por lo que actuar sobre ellas podría ser contraproducente. Sólo cuando el acné esta “apagado” y observamos unas cicatrices definitivas, sin signos de inflamación, habría que aconsejar dicho tratamiento corrector.

Dejemos constancia de entrada de las numerosas virtudes de los adolescentes y jóvenes, que son injustamente calificados por algunos sectores de opinión como “secundarios” y encajados en estereotipos que no siempre son reales. Esta afirmación no oculta la preocupación generada por el consumo de alcohol, y que popularmente se refleja en la frase “beben a lo tonto y sin motivo”, así como por la iniciación y posterior adicción al tabaco.

Nuestros jóvenes están adoptando pautas de consumo de alcohol anglosajonas concentrándose los mayores “atracones” de alcohol los fines de semana en los que un 16% de los jóvenes de 20 a 24 años consume más de media docena de cervezas o bien tres combinados.

En el grupo de edad de 14 a 18 años el 37% afirma haberse embriagado alguna vez en los últimos seis meses y al menos el 50-60% consume alcohol los fines de semana según informa el Plan Nacional de Drogas en 2002.

Por primera vez en la historia desde el año 2000 las chicas beben igual, o un poco más, que los chicos. Esto es

muy negativo ya que a la mujer le hace más efecto el alcohol por causas metabólicas ligadas a su fórmula hormonal.

Las preocupaciones no son menores en lo que se refiere al tabaco. El Ministerio de Sanidad presentó en noviembre de 2003 una campaña con el lema “No fumes, corta por lo sano” destinada a concienciar a los adolescentes y jóvenes españoles acerca del peligro del tabaco que origina 56.000 muertes al año como causa directa, además de ser responsable de numerosas enfermedades. Fuman el 34% de los mayores de 15 años y el 28% de los menores entre 14 y 15 años consume una media de 7 cigarrillos al día, cifrándose la edad de inicio en los 13,1 años.

En la Encuesta de Conductas de Salud 2002-2003 se recoge que el 14% de los adolescentes entre 11 y 17 años fuman a diario. En la población total el índice de fumadores entre los hombres ha pasado del 50 al 42% mientras que en las mujeres se mantiene en torno al 27%. El Plan Nacional contra el Tabaquismo impulsa el



que todos los centros sanitarios y docentes estén pronto libres de humo.

Teniendo en cuenta que el 50% de los adolescentes no ve peligro en alcohol, tabaco y marihuana y que la asociación es frecuente, se debe iniciar una prevención eficaz. No hay una causa única para explicar este comportamiento y solo la suma de varios hechos nos acercará a las claves. Los niños y adolescentes españoles tienen una baja resistencia a la frustración, están acostumbrados a obtener todo. Antes al llegar a la adolescencia "se descubría el mundo", ahora han disfrutado de "casi todo", se han quemado etapas. Vivimos en una sociedad con saturación de información, pero no de formación y buscan en la experimentación con sustancias algo nuevo, porque "lo normal" ya lo han conocido.

Admitiendo que es necesario un rearme ético, moral y humanístico en la sociedad actual, es evidente que las familias, los docentes y los sanitarios tienen mucho que decir y hacer en la prevención para el consumo de alcohol y tabaco. Recordemos que para mantener su negocio las tabaquerías necesitan captar cada día 480 nuevos clientes entre los niños, niñas y adolescentes españoles. Ya es hora de abandonar las eternas lamentaciones y pasar a la acción.



## ¿QUÉ ACONSEJAR SI QUIERE HACERSE UN TATUAJE O UN PIERCING?

Desde la prehistoria hombres y mujeres de diferentes orígenes y culturas han practicado diversas técnicas de decoración del cuerpo humano. Su significado (religioso, de identidad, estético, etc.) ha ido variando en función de la época y del entorno cultural, al igual que los métodos utilizados.

En los últimos años ha tomado auge, especialmente entre los jóvenes, la práctica de las perforaciones o piercing, así como de los tatuajes y micropigmentaciones o las escarificaciones cutáneas.

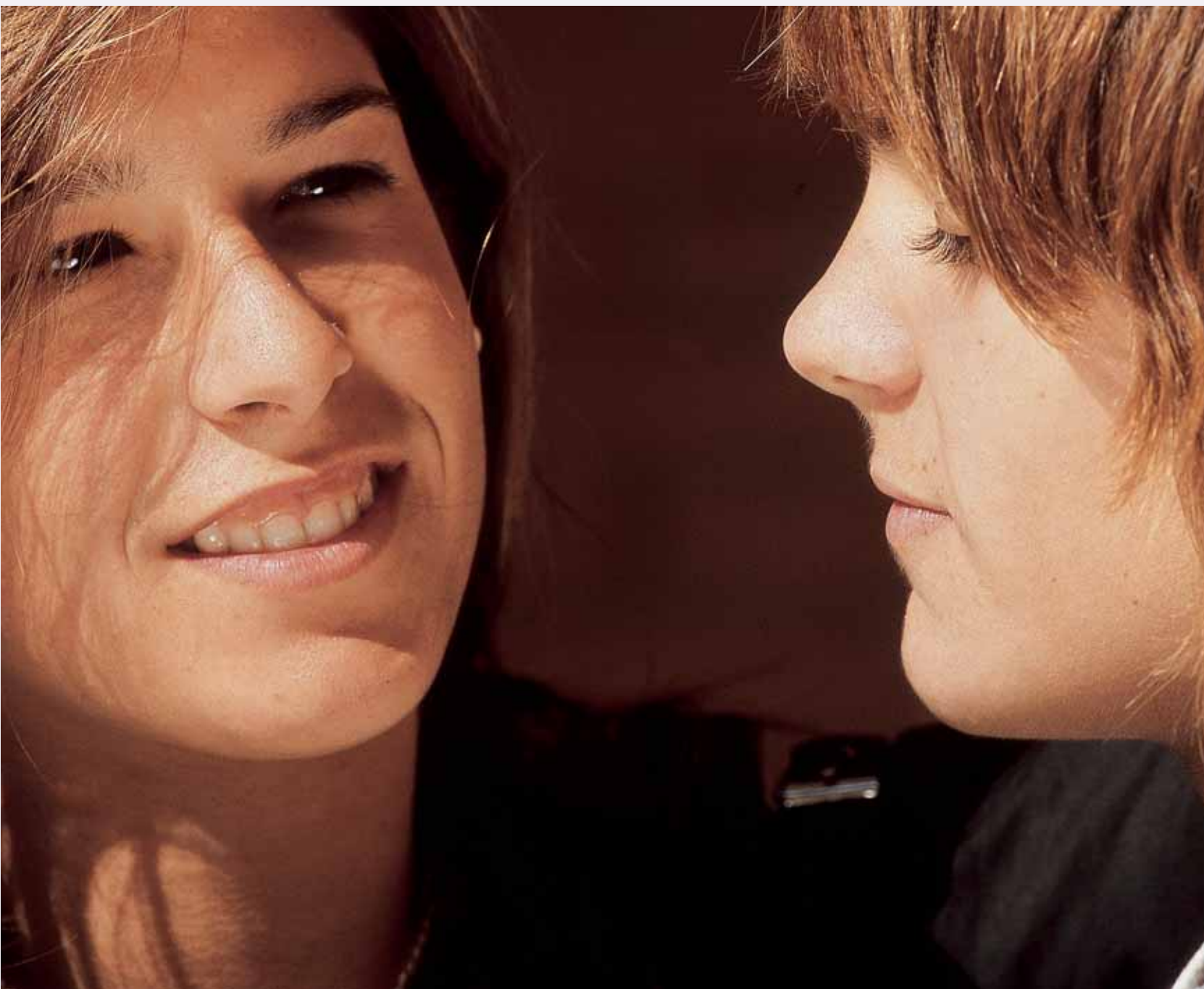
Cuando nuestros hijos se plantean realizarse un piercing o un tatuaje es importante que, antes de tomar la decisión, conozcan los posibles riesgos y complicaciones de cada método, como son las infecciones (abscesos, hepatitis B-C-D, candidiasis, SIDA), cicatrizaciones anómalas, alergia a los materiales, alteraciones dentarias en los piercings de la boca, etc. y que sepan qué precauciones son necesarias para disminuir su aparición.

Hay personas en las que están contraindicadas estas prácticas con fines estéticos, por su vulnerabilidad o incremento del riesgo de complicaciones de infección, reacción anormal de la piel o sangrado: personas con

dermatosis o con infecciones activas de la piel, como verrugas víricas, herpes o infecciones bacterianas por la posibilidad de extensión a la zona tatuada o perforada. Personas con cicatrices anormales (queloides) o que han tomado recientemente fármacos para el tratamiento del acné, por riesgo de cicatrización anormal de la herida en la piel producida por estas técnicas. Personas con alteraciones sanguíneas o que tomen tratamiento anticoagulante. Tampoco deben realizarse en embarazadas y los menores de edad precisan la autorización paterna o legal.

Es especialmente importante que se garantice la seguridad higiénico-sanitaria por parte de los profesionales que realizan estas técnicas. Por ello, hay acudir siempre a profesionales con demostrada capacitación y autorización para realizar estas técnicas en centros acreditados, según la normativa vigente.





ISBN 84-482-3664-5



9 788448 236649