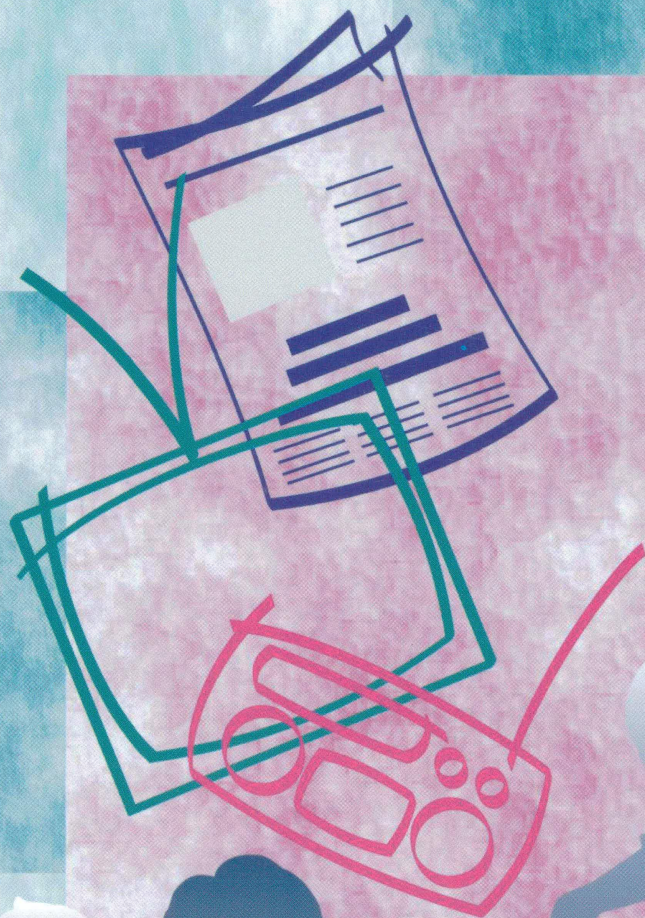


Periodistas y Medios de Comunicación

# Ayudando a Crecer

Información  
de referencia  
sobre el desarrollo  
integral  
de niñas y niños  
menores  
de seis años



2003



# Los periodistas opinan sobre Ayudando a Crecer

La edición del Manual "Ayudando a Crecer" ha sido objeto de numerosas revisiones por parte de profesionales de la salud, de la comunicación y del periodismo. Una de las fases más importantes en la puesta a tono del documento lo constituyó el ejercicio desarrollado con 16 periodistas de distintos países de América Latina. Durante un mes, estos profesionales evaluaron los contenidos del manual y nos entregaron sus impresiones y comentarios sobre el mismo. A la edición final del manual se han incorporado numerosas sugerencias hechas por este grupo de periodistas, lo que sin duda alguna ha elevado el nivel de esta publicación. En este sentido, se hizo el mayor esfuerzo para acomodar el mayor número de recomendaciones posibles.

*En "Ayudando a Crecer" el periodista encuentra un aporte importante que permitirá informar, comentar sobre la forma cómo se deben guiar a los hijos. El método apunta hacia la obtención de una familia más integrada... va dirigido hacia la obtención de una persona más generosa y solidaria... el manual, tan sencillo y práctico, contribuye a que el periodista haga un aporte sobre la formación de mejores hábitos a favor de un futuro mejor.*

**Miguel Humberto Aguirre,**  
Coordinador General, Radioprogramas, Lima, Perú

*Los temas del manual son de interés social, vigentes y muy útiles para los medios de comunicación y a través de ellos para la comunidad.*

**Alina Anton,**  
Periodista, *El Tiempo*, Piura, Perú

*El contenido del manual es de mucha utilidad para la sociedad. Por lo tanto, ¿qué mejor que el mayor número de medios pueda difundirlo? Recomendaría a cualquier colega que esté en condiciones de utilizar el manual, incluirlo en sus fuentes de información.*

**Tuffi Aré Vásquez,**  
Editor General, *Diario El Deber*, Santa Cruz, Bolivia

*El manual es muy útil en el cubrimiento diario de los temas de salud, especialmente en el campo radial que exige información pertinente y ágil. En mi caso, me ha servido mucho en el cubrimiento de la información sobre temas del sector salud, aspecto al que le damos un gran énfasis en nuestro noticiero radial.*

**José Barraza,**  
Reportero, «Atlántico en Noticias», Emisora Atlántico,  
Barranquilla, Colombia

*El Manual me ha parecido fabuloso, no solo porque sus temas abarcan todo lo que uno necesita saber en lo relacionado con la salud, del crecimiento y desarrollo de niños y niñas, para poder elaborar informaciones periodistas al respecto, sino por la manera sencilla, clara y veraz como están redactados cada uno de esos temas.*

**Rosario Isabel Borrero Becerra,**  
Periodista, *El Herald*o, Barranquilla, Colombia

*Considero indiscutible la importancia y el interés periodístico del manual. Pienso que debe dirigirse una estrategia no solo a los y las periodistas en relación a sus contenidos, sino también a ejecutivos de los medios, como editores, jefes de redacción, etc. Considero muy novedoso la incorporación del hombre y de toda la familia como audiencia para el cuidado de niños y niñas.*

**Isaura Cotes,**  
Redactora, Periódico *Hoy*, Santo Domingo,  
República Dominicana

*Es un excelente material de consulta para los redactores que suelen cubrir el tema de salud, y es un documento que debe ser leído por quienes deciden políticas de salud o los líderes de opinión que tienen posibilidades de participar formal o informalmente en el lobbying.*

**Jacqueline Fowks,**  
Ex Editora de «Vida y Futuro», Diario *El Comercio*,  
Lima, Perú

*La información del manual es valiosa y novedosa porque muy pocas veces se abordan los temas con un lenguaje no sexista y con una visión de igualdad de género que hace visible tanto a la niña como al niño. Esto le da a los periodistas una visión diferente en el tratamiento del tema.*

**Alina Guerrero,**  
«El Pulso de la Noticia», Canal 4, Directora, Managua, Nicaragua

*El manual me ha servido muchísimo para generar reportajes y entrevistas que han sido de mucha utilidad para la audiencia. Televidentes han comentado su agrado con estos temas.*

**Karla Herrera,**  
Directora, Televisión Rural Noti 14, San Carlos, Costa Rica

*El manual tiene contenidos muy educativos e informativos, pero muchos no se adecuan a nuestra realidad. El lenguaje es muy claro, sobre todo la forma de redacción. Escapan a nuestra idiosincrasia palabras que se utilizan en regiones centroamericanas.*

**Rossana Luján Crosta,**  
Periodista, Red Uruguay de TV, Canal 12/BBC, Montevideo, Uruguay

*“Ayudando a Crecer” tiene como mayor virtud el enfoque práctico de la información. Ese tratamiento es de gran impacto en salud y coincide con el avance del periodismo de servicio en la Región. Para el principiante en la cobertura de salud, el texto le adelantará muchos de los temas obligados en la agenda anual. Al experimentado, le refrescará conceptos o le recordará la necesidad de presentar la información de una manera práctica.*

**José Mairena Morera,**  
Productor de TV, San José, Costa Rica

*Los temas del manual son de gran trascendencia para contribuir a una cultura de la salud, para orientar a las futuras madres, para prevenir accidentes y enfermedades y para detectar a tiempo cualquier problema.*

**Marisol Ortega Guerrero,**  
Coordinadora de la Sección Salud, *El Tiempo*, Bogotá, Colombia

*Trabajo en televisión y el manual me ha abierto la inquietud de producir un programa semanal específico sobre el tema, en el que la población pueda participar y resolver dudas y compartir experiencias.*

**Cathia Rodríguez Clavijo,**  
Periodista Reporter/Conductora de Noticias,  
Periodistas Asociados Televisión, La Paz, Bolivia

*La temática y actores (niñas, niños y mujer como actuante en eventos relacionados con su nacimiento, lactancia, desarrollo, crecimiento, etc.) convierte al proyecto «Ayudando a Crecer» en una herramienta útil para la inclusión y tratamiento en los medios masivos de temas que contribuyan a la promoción de la salud y prevención de enfermedades de un sector de la población que puede ser la base de sociedades más sanas.*

**Alicia Pineda,**  
Directora Gerente, Luz FM 102.9, Maracaibo, Venezuela

*Tal como está concebido el manual, su información se podría estructurar en medios plegables, afiches, boletines, cápsulas radiales y cortos audiovisuales dirigidos al público con información general. El manual cumple como un elemento de apoyo. Los temas que trata requieren más investigación por parte del periodista.*

**María Isabel Solís,**  
Consultora, Proyecto Modernización  
C.C.S.S.-Banco Mundial, San José, Costa Rica



# Índice General

<b>Sección introductoria</b> .....	<b>xi</b>
<b>Maternidad</b> .....	<b>33</b>
<b>Nutrición</b> .....	<b>67</b>
<b>Mejor prevenir</b> .....	<b>111</b>
<b>Crecimiento y desarrollo</b> .....	<b>173</b>
<b>Desarrollo de la inteligencia</b> .....	<b>201</b>
<b>Desarrollo emocional y social</b> .....	<b>229</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>297</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>313</b>

# Índice

## Sección introductoria

<b>Los periodistas opinan sobre Ayudando a Crecer .....</b>	<b>v</b>
<b>Prólogo .....</b>	<b>xiii</b>
Ayudando a crecer: una herramienta vital para los periodistas .....	xiii
<b>Prefacio .....</b>	<b>xv</b>
<b>Antecedentes .....</b>	<b>xvii</b>
<b>Agradecimientos .....</b>	<b>xxiii</b>
<b>El propósito del documento .....</b>	<b>1</b>
<b>Organización y contenido del documento .....</b>	<b>2</b>
El material .....	2
<i>Datos importantes</i> .....	2
<i>El tema durante los primeros cinco años</i> .....	2
<i>Información para las familias</i> .....	3
<i>Consejos</i> .....	3
<i>Temas conectados</i> .....	3
Revisión del Manual .....	3
Los temas .....	4
<b>Los medios y las campañas de desarrollo social .....</b>	<b>7</b>
Audiencias: para todos los gustos .....	8
<b>Las cifras .....</b>	<b>10</b>
América Latina y el Caribe .....	10
Las causas de muerte .....	11
La salud de los pueblos indígenas .....	13
Familias y crisis: variaciones sobre un mismo tema .....	14
Crecer en las ciudades .....	15
Municipios saludables: gobierno, instituciones y comunidad: itodos ponen! .....	16
El riesgo: una larga historia de desventajas .....	18
<i>Enfermedades inmunoprevenibles</i> .....	19
<i>Enfermedades diarreicas</i> .....	21
<i>Infecciones respiratorias agudas</i> .....	22
Situación nutricional en la Región .....	23
La atención en salud .....	24
<b>Crecimiento y desarrollo .....</b>	<b>27</b>
Todos no nacemos iguales .....	27
El afecto limitado .....	28
<b>Afecto y salud .....</b>	<b>31</b>
Amor: la receta de la salud .....	31



# Prólogo

## Ayudando a crecer: una herramienta vital para los periodistas

La salud es un elemento crucial en la construcción de todo tejido social y es factor determinante en las distintas dimensiones del desarrollo físico y emocional de niños y niñas. Sin embargo, mientras la infraestructura de servicios sigue teniendo una significativa importancia en los niveles de salud de la población, los estilos de vida, actitudes y comportamientos de las personas a menudo juegan un papel aun más preponderante en la salud de hombres, mujeres y niños. Un sinnúmero de enfermedades y condiciones de salud está asociado a los estilos de vida de cada individuo y en particular a sus actitudes, creencias y comportamientos, elementos que pueden ser reforzados o modificados a través de la información proveniente de los medios masivos de comunicación.

Uno de los compromisos de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de las Salud (OPS/OMS) es fortalecer las actividades de promoción de comportamientos saludables logrando la incorporación de información sobre salud en la agenda de los medios masivos de comunicación. Con este fin, varias estrategias han sido implementadas en los últimos años, entre las que se encuentran los esfuerzos orientados a la incorporación del tema de la salud en la currícula de escuelas y facultades de comunicación social de las universidades de la Región; el diseño de un CD-ROM en periodismo en salud en colaboración con la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) y el «International Broadcasting Bureau» de los Estados Unidos de América, y la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS) para la capacitación de periodistas en ejercicio y estudiantes de periodismo; la preparación de un currículo para la enseñanza del periodismo en salud; la participación de periodistas en talleres sobre comunicación en salud, e investigaciones como el proyecto COMSALUD coordinado con FELAFACS, que analiza la cobertura de la salud en los medios masivos en América Latina y la relación con los adolescentes, medios de comunicación y salud pública. Igualmente, otra actividad clave de nuestra Organización consiste en trabajar con los medios de comunicación, con el fin de posicionar con mayor fuerza los temas de salud de niñas y niños en la agenda pública de los países de la Región, con el propósito de promover políticas de salud que beneficien a miles de familias.

Por ello, con entusiasmo y orgullo me complace presentar, en nombre de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el manual **Periodistas y Medios de Comunicación «Ayudando a Crecer» Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de seis años**, el cual constituye otro aporte de nuestra

Organización al mencionado esfuerzo. Este manual, dirigido a periodistas y medios masivos de comunicación de América Latina y el Caribe, tiene como propósito el apoyarles en su esfuerzo por incorporar información sobre la salud en su rutina periodística.

El manual ha sido concebido como un documento de referencia y una herramienta de apoyo al trabajo de los periodistas vinculados a diversos medios de comunicación (radio, prensa y televisión) de la Región, quienes regularmente cubren temas relacionados con la salud infantil. El manual contiene información útil y práctica sobre diversos temas como *Maternidad; Nutrición; Crecimiento y Desarrollo Emocional, y Desarrollo de la Inteligencia y Desarrollo Emocional y Social*, entre otros temas, con el fin de promover la crianza y desarrollo de niños saludables.

A través de este manual y con el decidido apoyo de instituciones de capacitación como la Fundación para un Nuevo Periodismo, dirigida por el escritor, periodista y Premio Nóbel de Literatura de 1982, Gabriel García Márquez, de agremiaciones como la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social, de las distintas universidades y facultades de comunicación social que han colaborado con nosotros durante más de nueve años, y muy especialmente con el valioso concurso de los periodistas de la Región comprometidos con los temas de salud, esperamos contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de niñas y niños de América Latina. Al poner en manos de los periodistas y medios de comunicación este valioso instrumento, les deseamos mucho éxito en esta nueva aventura de incorporar temas de salud en su quehacer diario.

**GEORGE A. O. ALLEYNE**

*Director*

*Organización Panamericana de la Salud*

*Organización Mundial de la Salud*

*Septiembre de 2002*



# P O

¿Qué es lo más importante en la vida? Esta pregunta fue formulada en la Encuesta Mundial de la Salud, la más grande del mundo, realizada en el año 2000 en 60 países, sobre una muestra representativa de 100 millones de personas. En 37 países la salud es lo primero y una familia feliz es lo segundo. En los países encuestados de América Latina (Argentina, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay), el 51% de las personas mayores de 35 años respondieron que tener una familia feliz es lo primero. Tener una vida familiar feliz, con 38%, ocupó el segundo lugar. Claramente, la salud y la familia son dos razones importantes en la vida de los seres humanos, independientemente de la cultura.

En consecuencia con lo anterior, en los estudios que hacen los medios de comunicación para determinar los intereses de las audiencias, aparecen los primeros lugares los temas relacionados con la salud, la familia, la salud en general, la educación para los hijos, la educación sexual, la adolescencia, y violencia familiar, entre otros aspectos. En estas materias la vocación de servicio de los periodistas tiene un terreno fértil de trabajo para atender las necesidades y las demandas de los usuarios de los medios. Por su parte, los estrategas del *marketing* mediático sí se han dado cuenta de la oportunidad de negocios alrededor de la información sobre salud, y eso explica la proliferación de publicaciones de disímil calidad, especialmente en Estados Unidos y en Europa, que se dirigen de preferencia a sectores con alto poder de consumo. Es bien sabido que las industrias de alimentos y productos farmacéuticos impulsan un torrente de información interesada que se utiliza de manera acrítica en los medios de comunicación masiva.

Uno de los desafíos más importantes que enfrentan los medios de comunicación es cómo interpretar y presentar la información relacionada con la salud, de manera sencilla e interesante, acorde con las características socioculturales de los distintos grupos de audiencia, y según principios y valores profesionales del periodismo: independencia, veracidad, rigor, equilibrio, responsabilidad social. No es una tarea fácil: por ejemplo, un estudio reciente en los Estados Unidos de América indica que el 77% de los periodistas científicos no entienden la complejidad de la información científica, incluyendo los temas de salud.

Por ello hay que celebrar las diversas iniciativas que adelanta la Organización Panamericana de la Salud para trabajar de manera conjunta con los medios de comunicación, apoyar la tarea de los informadores y contribuir a mejorar la salud, y por ende la calidad de vida de nuestras comunidades.

Uno de los grupos que requiere más atención es el de los niños, dada su mayor vulnerabilidad en los primeros años de vida, etapa que reviste crucial importancia para su posterior desarrollo físico y emocional. Con este objetivo la Organización Panamericana de la Salud decidió preparar el manual **Periodistas y Medios de Comunicación: Ayudando a Crecer**

- **Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de seis años**, para ofrecerlo a los directivos y profesionales que trabajan en medios de comunicación de América Latina como una herramienta básica en el cubrimiento de la información relacionada con la salud infantil.

El manual es una obra colectiva con aportes de numerosos profesionales de la salud y del periodismo en salud, pertenecientes a distintos medios e instituciones de diferentes países de la región. Los dos tomos que lo componen presentan información completa, útil y sucinta sobre la salud de los niños y niñas, hasta seis años de edad. Y aunque el trabajo está dirigido a periodistas y productores de programas que cubren los temas relacionados con salud, sus contenidos pueden ser de gran utilidad para profesionales de la salud, padres y madres o cualquier persona interesada en educarse y adquirir mayores niveles de conciencia para asegurar que niños y niñas crezcan de manera saludable.

En términos sociales la salud es negocio en el cual todos ganan. Todos los medios de comunicación masiva de América Latina deberían, más temprano que tarde, incorporar estos temas a su agenda informativa, a su programación habitual, y evaluar con su propia experiencia el valor de la salud como asunto de gran interés mediático. Con ello la comunidad recibe información útil e interesante que produce un impacto positivo en la vida cotidiana, las empresas de medios aumentan sus audiencias e ingresos, los comunicadores tienen un campo apasionante de servicio al público y el sector salud amplía sus posibilidades de diseminación de información, elemento que contribuye de manera significativa a que familias y comunidades logren mejores niveles de salud y bienestar. Este manual es una formidable herramienta de trabajo para dominar y cubrir mejor un tema que a todos nos interesa.

**JAIME ABELLO BANFI**

*Director*

*Fundación Nuevo Periodismo Iberoamericano*

*Creada en 1994 por iniciativa del periodista y escritor colombiano*

*Gabriel García Márquez, Premio Nobel de Literatura de 1982*

*Cartagena de Indias, Colombia*

*Abril de 2002*



# Antecedentes

La importancia de los medios masivos de comunicación en la transmisión de información relacionada con la salud se ha evidenciado con mayor fuerza en las últimas décadas y esto ha conducido a que diversos investigadores de la comunicación hayan resaltado y prestado mayor atención a este fenómeno. Refiriéndose a la relevancia de los medios y su carácter prominente como conductores de información sobre la salud, Atkin & Bratic<sup>1</sup> ya han advertido que «los temas relacionados con la salud son presentados diariamente por la televisión a una abrumadora mayoría de la población. Información, mensajes e imágenes tanto positivas como negativas son incorporadas a los distintos contenidos más populares de la televisión» (p.26). Por su parte, Brown & Walsh-Childers<sup>2</sup> y Milio<sup>3</sup> han señalado la existencia de un nivel personal y un nivel público en torno a la relación entre los medios masivos y la salud. Es decir, los medios pueden incidir en las personas a través de la promoción de comportamientos saludables, mientras que a nivel público pueden contribuir a la adopción de políticas y toma de decisiones favorables para el sistema y condiciones de la salud de la comunidad.

En las naciones de América Latina y el Caribe, al igual que en otras en vías de desarrollo, los mensajes provenientes de los medios masivos de comunicación se constituyen en importantes fuentes de información sobre temas de salud pública. El ciudadano del nuevo milenio está expuesto, cada vez en mayor grado, a información sobre temas de la salud a través de los medios masivos que por medio de visitas a médicos o profesionales de la salud (Signorielli<sup>4</sup> y Montgomery<sup>5</sup>). Incluso, en muchos casos, y durante largos períodos de tiempo, las personas solo tienen un acercamiento a temas de la salud vía los medios masivos de comunicación o de la comunicación con otras personas, a menudo familiares y amigos (Wahl<sup>6</sup>).

Investigaciones llevadas a cabo en Europa, Estados Unidos y América Latina y el Caribe corroboran esta tendencia. Un estudio realizado en Estados Unidos señala que por cada persona que recibe información sobre la salud a través de un médico o profesional de la salud, veinticinco personas

<sup>1</sup>Atkin, C. & Bratic, E. 1990. «Issues and initiatives in communicating health information,» in C. Atkin & L. Wallack (Eds.). 1990. *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury Park, CA: Sage.

<sup>2</sup>Brown, J.D. & Walsh-Childers, K. 1996. «Efectos de los Media sobre la Salud Personal y Publica.» en J. Bryant & D. Zillmann (compiladores), *Los Efectos de los Medios de Comunicación: Investigaciones y Teorías*. Barcelona: Paidós.

<sup>3</sup>Milio, N. 1986. «Health and the Media in Australia: An Uneasy Relationship» *Community Health Studies*, 10(4), 419-422.

<sup>4</sup>Signorielli, N. 1993, *Mass Media Images and Impact on Health: A Sourcebook*. Greenwood.

<sup>5</sup>Montgomery, K. 1990. «Promoting health through entertainment television,» in C. Atkin & L. Wallack (Eds.). 1990. *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury Park, CA: Sage.

<sup>6</sup>Wahl, O.F. 1995. *Media Madness: Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

la reciben de los medios masivos de comunicación. Diversos análisis de contenidos de los medios en los Estados Unidos —incluyendo diarios y revistas— revelan que cerca del 40% de la información presentada se relaciona con salud, mientras que en América Latina esta cifra tiende a ser más baja y se estima que solo alcanza el 10% (DeVries<sup>7</sup>).

En el estudio de las Naciones Unidas, Conciencia y Comportamiento sobre SIDA<sup>8</sup>, los adolescentes citaron la radio, la televisión y los periódicos o revistas como primera, tercera y cuarta fuentes prioritarias de información sobre esta enfermedad; la radio se ubicó como primera fuente con diferencias considerables frente al resto de medios; 7 de cada 10 hombres recibieron información sobre SIDA a través de la radio. En los países con amplio acceso a la televisión, este medio fue citado con mayor frecuencia. La segunda fuente de información la constituyeron los amigos y parientes.

Entre las razones más importantes para el incremento de la presencia de la salud en los medios se encuentra el interés que tiene el público en temas de salud y bienestar. Por ejemplo, La Encuesta del Milenio, desarrollada por Gallup Internacional a finales de 1999, preguntó a una muestra de 50.000 personas de 60 países: ¿qué es lo que más importa en la vida? El primer lugar lo ocupó la salud, seguido por la familia.

Además, los medios también se han beneficiado comercialmente por este cubrimiento. Por ejemplo, en algunos países de la Región la circulación de los diarios aumenta cuando la edición incluye el suplemento de la salud. En los Estados Unidos, aproximadamente 1 o 2 ediciones mensuales de las revistas Time y Newsweek destacan como portada un tema relacionado con la salud. Tal respuesta ha demostrado que la salud es un buen negocio para todos ya que a través del mayor y mejor cubrimiento de temas relacionados con salud se benefician los medios, se beneficia el sector salud y, lo que resulta más importante, se beneficia la comunidad y las familias.

En los últimos años, entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, han enfatizado la necesidad de promover a través de los medios de comunicación una cultura orientada hacia la prevención, en oposición al tradicional énfasis centrado en enfermedad, curación y tratamiento. Este énfasis en prevención ha sido impulsado por el creciente consenso en torno al rol que la promoción de comportamientos saludables puede tener en la población y porque se convierte en una de las pocas alternativas efectivas para resolver las necesidades de salud de la población (Beltrán<sup>9</sup>).

En el caso de la población infantil, se calcula que cada año mueren cerca de 250.000 niños y niñas menores de cinco años a causa de enfermedades que podrían prevenirse o tratarse a tiempo tales como

<sup>7</sup>DeVries, WC (1988). *The physician, the media, and the spectacular case*. JAMA, 886.

<sup>8</sup>United Nations (2002). *HIV/AIDS Awareness and Behaviour*. UN: New York.

<sup>9</sup>Beltrán, L.R. 1995. «Comunicación y Salud en América Latina». Chasqui, 51: 28-32.

enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, desnutrición y VIH/SIDA, así como otras enfermedades prevenibles por vacunación. Igualmente, muchos niños y niñas sufren serios trastornos y su calidad de vida se deteriora de manera significativa debido a que a menudo son víctimas de maltrato o no reciben un adecuado estímulo que contribuya positivamente a su desarrollo afectivo y emocional.

En este sentido, la edición de un manual orientado a promover la crianza de niños saludables se apoya en dos elementos conceptuales clave. En primer lugar, la importancia de ubicar los temas relacionados con el crecimiento y desarrollo de los niños en la agenda de los medios obedece a la suficiente evidencia empírica que indica que la presencia de ciertos temas en la agenda de los medios determinará la importancia de esos temas en la agenda pública. A través de este concepto conocido como agenda social (agenda setting), se espera que la ubicación de temas relacionados con la salud de los niños en la agenda pública contribuya a generar una mayor atención a este tipo de información por parte de la comunidad. Rogers & Dearing<sup>10</sup> ya habían definido el concepto de agenda social como «el proceso a través del cual los medios masivos comunican al público acerca de la importancia relativa de ciertos temas y asuntos» (p.56).

Al mismo tiempo, la presencia de determinados temas en la agenda de los medios puede, en muchos casos, incidir no solo en el público sino también en aquellos individuos que toman decisiones a nivel de políticas. Diversos autores (por ejemplo, McQuail<sup>11</sup>, Rogers & Dearing) han planteado la existencia de tres agendas que interactúan entre sí. A la señalada agenda de los medios se suma la existencia de una agenda pública y la de una agenda política o del gobierno. Esta interacción puede plantearse en distintas direcciones, pero una de ellas puede darse a partir de la ubicación de temas específicos en la agenda de los medios. En este caso, se espera que el incorporar temas relacionados con el crecimiento y desarrollo saludable de los niños en la Región contribuya a colocar estos temas en la agenda del público y en la agenda de individuos que toman decisiones a nivel político y público. Sin embargo, esto solo será posible en la medida en que editores y periodistas de los medios escritos y electrónicos de la Región se conviertan en aliados de este proceso.

Precisamente, la elaboración de este manual ha contado con la participación activa de varios periodistas de la Región con el fin de garantizar su relevancia y pertinencia al ejercicio periodístico cotidiano de los profesionales de la información en América Latina. El manual fue diseñado y elaborado bajo la coordinación de las Divisiones de la OPS de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, de Promoción y Protección de la Salud

<sup>10</sup>Rogers, E. & Dearing, J. 1988. «*Agenda-setting Research: Where It Has Been, Where It Is Going.*» en J.A. Anderson (ed.), *Mass Communication Review Yearbook*, v.11, Newbury Park, CA: Sage.

<sup>11</sup>McQuail, D. 1987. *Mass Communication Theory: An Introduction*, 2<sup>nd</sup>. Ed. London: Sage.

<sup>12</sup>The Communication Initiative. <http://www.comminit.com>.

<sup>13</sup>La Iniciativa de la Comunicación. <http://www.comminit.com/la>.

y de la Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la División de Prevalencia y Control de Enfermedades, y contó con la participación de médicos especialistas en temas de salud infantil, expertos en comunicación y salud y periodistas.

Una versión preliminar del manual fue preparada por médicos y especialistas en temas de salud infantil y fue posteriormente entregada a diecisiete periodistas de prensa, radio y televisión de ocho países de América Latina (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) quienes utilizaron el documento durante un periodo de treinta días como parte de un proceso de validación de la utilidad de los contenidos del manual.

Los periodistas utilizaron el manual como parte de su actividad periodística cotidiana y al final de los treinta días respondieron un cuestionario preparado para evaluar distintos aspectos del manual en el que se incluyeron preguntas abiertas y cerradas en torno a contenidos, estructura y organización del manual, así como preguntas acerca de la importancia de los temas de la salud en la agenda de los periodistas y la importancia relativa asignada a determinados temas relacionados con la salud, entre ellos la salud de los niños. Además, los participantes en esta evaluación tenían la libertad de consignar comentarios adicionales en torno a cualquier otro aspecto del manual que ellos consideraran relevante. En base a estos resultados se hicieron las modificaciones pertinentes al manual y posteriormente se hizo una validación adicional con profesionales de la salud con el fin de garantizar la precisión de los contenidos técnicos relacionados con la salud de los niños.

El manual puede ser utilizado de diversas maneras. A continuación presentamos una lista de alternativas que no incluye todas las opciones posibles. Por el contrario, esperamos que los periodistas y todas aquellas personas que hagan uso del manual encuentren formas innovadoras de uso de este documento. Algunas sugerencias son:

- ❑ El manual puede ser utilizado como herramienta de consulta en la preparación de notas periodísticas.
- ❑ El manual puede facilitar la incorporación de determinados contenidos, particularmente los consejos prácticos, en las notas periodísticas que se produzcan.
- ❑ Diferentes secciones y temas del manual pueden convertirse el punto de partida para la preparación de informes especiales a nivel local o nacional.
- ❑ El manual puede servir como herramienta para la preparación de una serie de notas o informes especiales sobre determinados temas de interés local o nacional.
- ❑ El manual puede servir de herramienta para preparar una agenda de cobertura de temas relacionados con la niñez en forma sistemática a lo largo de un determinado periodo de tiempo.



Para la Organización Panamericana de la Salud este proceso riguroso y participativo en la preparación del manual brinda la confianza necesaria para diseminar el manual a más de 500 periodistas de la Región con el fin de contribuir a que, paulatinamente, la salud de los niños de América Latina pase a ocupar un lugar protagónico en la agenda pública de nuestras comunidades, de tomadores de decisión y de los gobiernos en la Región. Este manual también está disponible a profesionales de la salud, de otras disciplinas y en general a todas aquellas personas interesadas en estos temas contenidos en espacios de divulgación y diseminación de información como la Iniciativa de la Comunicación ([www.comminit.com](http://www.comminit.com) y [www.comminit.com/la](http://www.comminit.com/la)) y la página Web de la OPS ([www.paho.org](http://www.paho.org)).

# Agradecimientos

La producción del manual *Periodistas y Medios de Comunicación «Ayudando a Crecer - Información de referencia sobre el desarrollo integral de niñas y niños menores de seis años»*, ha sido posible gracias al esfuerzo de personas dedicadas y comprometidas con la propuesta de preparar información sobre la salud en forma atractiva para uso de los medios de comunicación masiva. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce y agradece la contribución de estas personas para mejorar el nivel de salud y bienestar de nuestros pueblos latinoamericanos:

- ❑ a la Maestra Dalys Dixon Silvera y a la Lic. Sofía Izquierdo Valderrama, por su excelente trabajo en interpretar la información científico-técnica y presentarla de manera interesante y clara.
- ❑ a la Dra. Dora Migdalia Whiteman de Da Costa, Directora de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de Panamá (1994-1999); a la Dra. Gina Watson, Asesora de la Representación OPS en Panamá (1994-1999) por apoyar el trabajo de interpretación de la información científico técnica de la salud, y al Dr. Roberto Ruiz Merino, Jefe del Departamento de Medicina Pediátrica del Instituto de Salud del Niño, Lima, Perú y Consultor del Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia quien hizo la última revisión del Manual.
- ❑ a Jaime Abello Banfi, Director, Fundación Nuevo Periodismo Iberoamericano creada por el periodista Colombiano Gabriel García Márquez, Premio Nóbel de Literatura 1982, por su compromiso desinteresado y su constante interés en ayudar a la OPS a vincularse más estratégicamente con los medios de comunicación masiva de América Latina.
- ❑ al Lic. Walter Ventosilla por su creatividad en el diseño del manual, los dibujos y la carátula.

La edición del manual «Ayudando a Crecer» ha sido objeto de numerosas revisiones por parte de profesionales de la salud, de la comunicación y del periodismo. En este sentido, nuestro agradecimiento a la Maestra Jennie Vásquez-Solís Arnaiz, Coordinadora del Programa de Comunicación y Salud de la Representación de la OPS en Perú; al Dr. Rafael Obregón, Profesor Asociado, Programa de Comunicación Social, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia, y desde junio del 2002, Asesor Regional de Comunicación, Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, de la OPS; a la Dra. Helia Molina, Asesora Regional en la Salud de la Familia y del Niño por su revisión del Manual y su contribución al capítulo sobre Resiliencia; y a la Lic. Claudia Chamorro y a Matilde Cresswell, de la Unidad de Publicaciones de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, por su dedicación al cuidado de la edición, diagramación y producción.

El desarrollo del manual fue posible gracias a la visión y liderazgo de la Doctora Carol Collado, Coordinadora del Programa de Salud de la Familia y Población, División de Promoción y Protección de la Salud, del Dr. Pedro Brito, Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, y del Dr. Yehuda Benguigui, Coordinador de la Unidad de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, funcionarios de la OPS.

Agradecemos al grupo de periodistas que evaluó el manual y lo enriqueció con sus impresiones y comentarios. Ellos son: Kathia Rodríguez de Periodistas Asociados de Televisión de La Paz y Tufi Are de El Deber de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; José Barraza de Emisora Atlántico, Barranquilla; Rosario Isabel Borrero Becerra de EL HERALDO de Barranquilla y Marisol Ortega de El Tiempo, Bogotá, Colombia; José Mairena Morera del Programa «Aló, Qué tal?», Carla Herrera Masis del Noticiero NOTI 14, Canal 4, San Carlos y María Isabel Solís Ramírez del Programa «Por Tu Salud», Radio Reloj, San José, Costa Rica; Alina Guerrero de El Pulso de la Noticia, Canal 4, Managua, Nicaragua; Miguel Humberto Aguirre, Radioprogramas del Perú, Alina Antón, de El Tiempo, Piura y Jaqueline Fowks, Página Vida, de El Comercio, Lima, Perú; Isaura Cotes Javier y Altagracia Ortiz Gómez de HOY y Marta Doris Pantaleón, de Listín Diario, Santo Domingo, República Dominicana; Rossana Crosta, del Informativo Central de la Red Uruguaya de Televisión, Montevideo, Uruguay, y Alicia Pineda, de Luz FM 102.9, Maracaibo, Venezuela.

*Gloria A. Coe, Ph. D.  
Asesora Regional de Comunicación y Periodismo en Salud  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios en Salud  
OPS/OMS*

# El propósito del documento

Cuando se pensó en elaborar un *Manual de referencia para los medios de comunicación sobre el desarrollo integral de niños y niñas menores de seis años*, se priorizó la información sobre el cuidado diario. Una de las maneras de aumentar la eficiencia de ese cuidado es poner a circular información para las personas que se encargan de atender a los menores de seis años.

Diversas experiencias en varios países permiten reconocer el papel de los medios de comunicación en la difusión de mensajes que promueven una mejor calidad de vida. Varios factores se han vinculado al proceso de apropiación de esos mensajes. Entre ellos se destaca la relación entre las personas que trabajan en los medios, la elaboración, publicación o emisión de materiales que tienen como principal objetivo animar a las familias —y a las comunidades en general—, a adoptar prácticas que inciden en su salud, y el hecho reiterado de que familias que han tenido acceso a este tipo de materiales —entre otras condiciones— se muestran más abiertas a incorporar propuestas que mejorarán su calidad de vida. Bajo esa óptica, se presenta el material que se incluye en este manual. El contenido de esta propuesta busca que las personas que trabajan en los medios de comunicación:

- cuenten con información que les permita elaborar materiales de comunicación que promuevan cambios en la percepción y en la relación de la sociedad con niños menores de seis años.
- cuenten con información que pueda ayudar a desarrollar destrezas de crianza en los padres, las madres, hermanas y hermanos y las personas que cuidan a los menores.
- conozcan algunas condiciones que obstaculizan o propician el crecimiento y desarrollo de los menores de seis años.



# Organización y contenido del documento

## El material

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación para los medios, se concibió la redacción y presentación de cada tema incluido como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual para elaborar un artículo, reportaje o anuncio promocional. De antemano, se autoriza la reproducción total o parcial de este material.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica. La información de cada subtema se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, así como cada tema puede ser leído de manera independiente, cada subtema —a su vez— conforma una unidad con datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros seis años de vida.

El siguiente es el esquema utilizado para presentar la información en cada tema.

### Datos importantes

Esta información tiene como objetivo dar una visión del impacto que tiene el tema en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de seis años. Se aborda desde diferentes ópticas: las consecuencias en la vida adulta o en la salud de los menores, la incidencia del problema en algunos países, el costo de atenderlo en el sistema de salud o bien, las posibilidades que se abren para cada niño que recibe atención en esta área durante los primeros seis años de vida. En resumen, se busca dar elementos para contestar a la pregunta ¿por qué es importante tratar este tema en los medios?

### El tema durante los primeros seis años

En la medida de lo posible, se hace una descripción “cronológica” del tema. Se presentan características básicas en diferentes etapas (al nacer o durante el embarazo, en los primeros meses y cada año, hasta los seis años). El objetivo es presentar los primeros seis años como un periodo donde es fundamental dar atención y cuidado “sostenido” a los niños.

## Información para las familias

En este nivel se incluye información básica (práctica y conceptual) con el fin de buscar respuesta a la pregunta ¿qué puede hacerse y por qué, para garantizar un cuidado de mayor calidad? Se combina información sobre la conveniencia de evitar o promover determinadas actitudes o actividades con datos prácticos. Cuando se considere pertinente, los datos se consignarán a partir de un esquema cronológico (por ej.: recién nacido, por meses y por cada año hasta los seis años). En este segmento se presentarán recuadros que pueden servir como guía a los padres para dar seguimiento al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

## Consejos

Se exponen datos prácticos para el cuidado diario de los menores, para enfrentar situaciones conflictivas o estimular comportamientos que favorezcan su crecimiento y desarrollo.

## Temas conectados

En algunos subtemas se propone la búsqueda de información o la referencia a fuentes con el fin de abordar otros aspectos del tema con miras al cuidado que reciben los niños o a la incidencia de este punto en la agenda pública de cada país.

## **Revisión del Manual**

La edición del Manual «Ayudando a Crecer» ha sido objeto de numerosas revisiones por parte de profesionales de la salud, de la comunicación y del periodismo. Una de las fases más importantes en la puesta a tono del documento la constituyó el ejercicio desarrollado con 16 periodistas de distintos países de América Latina. Durante un mes, estos profesionales evaluaron los contenidos del manual y nos entregaron sus impresiones y comentarios sobre el mismo. A la edición final del manual se han incorporado numerosas sugerencias hechas por este grupo de periodistas, lo que sin duda alguna ha elevado el nivel de esta publicación. En este sentido, se hizo el mayor esfuerzo para acomodar el mayor número de recomendaciones posibles.

Los periodistas solicitaron dos temas adicionales: *VIH/SIDA –Una nueva amenaza* y *La inteligencia emocional* que han sido incluidos en los capítulos «Mejor prevenir» y «Desarrollo de la inteligencia» respectivamente.

## Los temas

La **sección introductoria** presenta la importancia del apoyo de los medios a las campañas de desarrollo social. Se describe la situación de la niñez en América Latina y el Caribe a partir de algunos cuadros estadísticos y del desarrollo de dos temas esenciales a la hora de "pensar" en la niñez de la subregión: la "urbanización" de un continente que hace dos décadas se estudiaba bajo una óptica que enfatizaba lo rural y el peso de los hogares con jefatura femenina en el abanico de familias que viven en estas ciudades.

En esta sección también se busca proponer tres conceptos: en primer lugar, el respeto a las condiciones individuales, físicas e intelectuales que cada persona tiene al nacer. En esencia se trata de promover el concepto de "normalidad" como "característica común" pero no "obligatoria" a una edad o condición específica. Luego, se plantea la conveniencia de que los hombres (padres, hermanos, abuelos, etc.) establezcan una relación más cercana en lo que se refiere al cuidado de niñas y niños. En tercer lugar, se propone promover el cuidado afectivo como un elemento clave en el proceso de atender las necesidades de niñas y niños. En general, a lo largo de todo el contenido se propone utilizar un lenguaje que incorpore a las niñas, en la redacción de los materiales de comunicación.

Prepararse para la llegada de un bebé supone una serie de eventos donde pueden participar todos los miembros de una familia. En los últimos años, la paternidad ha sido promovida como un derecho y, por supuesto, un placer, aun en etapas consideradas un tanto "extrañas" a la "naturaleza" masculina como el parto. En el capítulo titulado **Maternidad**, se propone la incorporación del padre a la "espera" del bebé y se ofrece información sobre el período de gestación, el parto, el puerperio y los principales cuidados que una mujer embarazada debe tener a lo largo de este período. Bajo una perspectiva afectiva y física, resulta saludable que las parejas tengan la capacidad de decidir cuándo y cuántos hijos quieren tener. En ese marco se incluye información que ayudará a evitar o a controlar algunas causas de embarazos de riesgo.

En este capítulo, además, se describe el tema de la lactancia como un proceso para el que las madres se preparan desde que están embarazadas. La mayoría de las madres está en capacidad de amamantar y hacerlo garantiza mejores condiciones de salud para el bebé. Iniciar la lactancia materna después del parto ayuda a expulsar la placenta, a recuperar el tamaño del útero, estimula la producción de leche y fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el bebé.

Una alimentación adecuada garantiza que niñas y niños menores de seis años cuenten con la energía necesaria para completar cada una de las etapas de crecimiento y desarrollo. En el capítulo sobre **Nutrición**, en el apartado «**Del pecho a la papilla**», se busca alentar a las familias a examinar la dieta diaria bajo la óptica de las necesidades nutricionales durante el embarazo, la lactancia y el período de transición de la lactancia a la comida familiar. También se examina el consumo de vitamina A, hierro y yodo y la necesidad de conocer algunos factores que influyen en los

períodos de “inapetencia” por los que atraviesan los menores de seis años. Los temas de alimentación de transición e inapetencia, se refieren a dos momentos especialmente difíciles tanto para la madre y el padre o las personas que los cuidan, como para los menores. Además de la incidencia de estos dos puntos en la nutrición infantil, se quiere brindar información práctica a los padres sobre la conducta que puede ayudar a sus hijos en estas etapas.

Durante los primeros seis años de vida, los niños son especialmente vulnerables a las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. Vacunar es un mensaje que debe llegar a todas las familias. Cada niño menor de seis años debe recibir todas las dosis de las vacunas que evitan que enfermen de polio, tosferina, tétanos, tuberculosis, difteria, rubéola, paperas y sarampión. Estas enfermedades son culpables de que muchos niños y niñas retarden su crecimiento y el desarrollo de algunas de sus capacidades. En otros casos, corren el peligro de perder la vida o mueren, lo que representa una situación especialmente dolorosa para las familias. Las cifras de mortalidad —los que mueren— y morbilidad —los que enferman— de menores de seis años en América Latina y el Caribe revelan la necesidad de que las familias tengan información sobre las posibilidades de evitar que la diarrea y las infecciones respiratorias —por ejemplo la neumonía— afecten el desarrollo y crecimiento de sus hijos. En el capítulo, **Mejor prevenir**, también se brinda información sobre cómo atender y prevenir estas enfermedades.

De un 15 a un 20 por ciento de las consultas pediátricas están relacionadas con el asma. En este capítulo se ofrecen recomendaciones sobre la manera como las familias pueden atender a los niños que sufren de asma.

Estudios recientes enfatizan la relación entre las etapas de crecimiento y desarrollo y la vulnerabilidad de niñas y niños ante accidentes en muchos casos prevenibles. En este mismo *tercer capítulo* se incluye información sobre normas de seguridad que la familia debe tener en cuenta para prevenir los accidentes más comunes.

Monitorear y acompañar el crecimiento físico y el desarrollo de los hijos desde el nacimiento, permite que padre y madre sepan si se están desarrollando saludablemente. En el capítulo **Crecimiento y Desarrollo** se ofrece información sobre las habilidades y comportamientos que deben esperarse de niños y niñas durante los primeros seis años. Además, se incluyen algunas de las actividades que pueden estimular el desarrollo de la coordinación y la destreza de movimiento. El “surgimiento” de los dientes, su cuidado, importancia e higiene también hace parte de este *cuarto capítulo*.

La temática de este capítulo busca aportar a las personas que trabajan en los medios, información que permita elaborar materiales para ayudar a los padres, a las madres, a las personas que cuidan a los niños y a la comunidad. A la vez, se presentan datos que pueden contribuir a estimular habilidades o a ayudarles a resolver algunas dificultades propias de cada etapa.



Así como contamos con determinadas características físicas a nivel intelectual y social, también poseemos características propias que influyen en la manera como nos desarrollamos. **El Desarrollo de la Inteligencia** trata de cómo el estímulo temprano en diversas actividades como el dibujo, el lenguaje y el juego contribuyen a consolidar el proceso de independencia y autonomía y a desarrollar la inteligencia —entendida como la capacidad de que las niñas y los niños conciban y apliquen soluciones a problemas cuya complejidad puede variar.

La relación de afecto y el desarrollo de un buen nivel de comunicación en la familia, inciden de manera positiva en la salud física, emocional y mental de los niños. El capítulo **El Desarrollo Emocional y Social** busca ayudar a los padres y madres a garantizar que sus hijos crezcan felices, afectivamente equilibrados y con hábitos adecuados de conducta. Se pretende, además, fomentar la comunicación dentro de la familia como un elemento que refuerce la disciplina positiva y que elimine el castigo físico y la violencia psicológica que es maltrato infantil. Se brindan algunas herramientas para lidiar con conductas específicas como las rabietas, el mentir, robar, lenguaje inadecuado y conducta agresiva. Se abordan temas como aprender a avisar cuando se tienen ganas de orinar, juegos sexuales e interés sexual, así como sobre la hora de dormir, los miedos y otros. En este capítulo se habla también de la relación de los niños con la televisión.

# Los medios y las campañas de desarrollo social

La conservación o adopción de prácticas que incidan en la calidad de vida de niñas y niños depende en muchos casos del conocimiento de las posibilidades o de las carencias que determinada sociedad tiene. A través de las campañas de información, muchas familias y aun algunas instancias de decisión se han visto inclinadas a adoptar medidas o a alentar prácticas que tienen un impacto positivo en la calidad de vida de niñas y niños.

Una de las alianzas más productivas que ha tenido la salud y el bienestar infantil en los últimos años ha sido la de los Medios y las propuestas de mejoramiento de la calidad de vida provenientes de muchos campos: los Medios participan en campañas de vacunación o prevención de enfermedades, proponen respuestas a la violencia familiar, cubren eventos como la Convención de los Derechos de las Niñas y los Niños, publican la Declaración Mundial y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y —entre otras muchas acciones— dan espacio a instancias interesadas en mejorar la calidad de vida de niñas y niños.

En las Américas, en países que reportan logros en temas como la adopción de la Terapia de Rehidratación Oral para reducir la cantidad de muertes infantiles por causa de la diarrea y la inmunización a enfermedades que causan un alto porcentaje de mortalidad y discapacidad infantil, se ha reconocido el valor de las comunicaciones para movilizar comunidades y animar a las familias a participar. Algunos estudios han evidenciado el papel de los medios en la movilización de la sociedad civil y política en la campaña de prevención y atención al cólera. Del mismo modo se registra la contribución de los medios en la adopción de leyes y medidas para la protección física y emocional de las niñas y niños.

Tantos logros hacen parte de un hecho innegable: la popularidad de los medios parece tener muy pocos límites: una vez que se tiene acceso a la electricidad, los barrios nuevos se llenan de antenas de televisión. No bien amanece suenan los radios... Quien sabe leer tiene "su" diario. Los medios, "esa octava maravilla" casi omnipresente, tuvieron una gran responsabilidad en que a lo largo y ancho de Brasil las familias se decidieran a apoyar a las madres para que amamantaran a sus bebés y a fortalecer la autoconfianza en sí mismas y en la calidad de su leche.

Algunas propuestas de comunicación buscan *capacitar* a las familias en una serie de actitudes, prácticas y patrones de conducta social que les darán confianza en su capacidad de proteger la salud familiar. Algunos estudios destacan que el valor de los medios no radica en capacitar a las familias para que adquieran determinadas habilidades sino en "*legitimar*" la importancia de principios generales. En síntesis, la credibilidad de los medios es un elemento crucial a la hora de proponer hábitos saludables.

En el caso de los menores de seis años, se espera que el hecho de que circule información sobre los temas que trata este manual anime a las

familias y a la comunidad a establecer un vínculo más estrecho con niñas y niños, que incidirá en temas como la manera de alimentarlos, la promoción de condiciones de bioseguridad, la prevención de riesgos, la vigilancia de los signos de crecimiento y desarrollo o en la forma en que las familias y la sociedad responden a los miedos, inseguridades y juegos que plantean niñas y niños.

## **Audiencias: para todos los gustos**

¿A quién aconsejar que a las niñas y los niños con diarrea se les debe insistir que coman y —a menos que lo recomiende el personal de salud— de ninguna manera se les debe dejar de alimentar? ¿A quién se le recomienda ser consistente cada vez que la niña o el niño tenga una pataleta? ¿Influye el personal médico en la disposición de las madres para amamantar a sus bebés?

Para muchas culturas, cuidar y relacionarse con niñas y niños suele ser una tarea de las madres o —en general— de mujeres. En consecuencia, la participación de los padres es desestimada. Diversos estudios señalan la importancia que tienen los miembros de la familia en el apoyo de actitudes, decisiones y comportamientos que favorecen o perjudican la salud y el desarrollo de niñas y niños. En ese sentido, algunas propuestas de comunicación señalan la conveniencia de pensar en el cuidado de los pequeños como una responsabilidad de toda la familia: la idea es tratar de incorporar a todos los miembros en las recomendaciones y consejos.

Se ha establecido una división de audiencias en función de la capacidad de influir sobre el cuidado de niñas y niños. Se ha estimado que un 80% de las personas que tienen acceso a los medios de comunicación, tienen algún grado de relación con niños y niñas. En el primer nivel se ubica a la madre y a las personas que pasan mayor tiempo con los pequeños. En segundo nivel se encuentran las personas que influyen en las decisiones del primer nivel: los padres, las suegras y las abuelas maternas. Un tercer nivel está constituido por los centros de párvulos y guarderías. En el cuarto nivel está el personal de salud que goza de una fuerte credibilidad en los tres niveles anteriores y en cuyas manos en muchas ocasiones se encuentra la posibilidad de amamantar a un bebé o de usar antibióticos para atender una infección que no lo amerita.

La salud de niñas y niños también tiene interlocutores en esferas menos hogareñas como las normas de seguridad de las industrias que fabrican juguetes, ropa y alimentos para niños, la yodización de la sal o la fluorización del agua, el acceso a la atención primaria para las madres y los niños, el respeto a los convenios internacionales sobre la niñez y la prohibición del uso de determinados materiales de construcción que perjudican a la salud. Una estrategia de comunicación sobre estos temas puede tener en cuenta a las personas que toman y apoyan las decisiones políticas en tres niveles:

- las organizaciones internacionales y donantes multilaterales,

- ❑ los gobiernos que destinan fondos para ayuda para el desarrollo, y
- ❑ las personas que hacen, planifican y ejecutan las políticas en los propios países.

Algunos medios y agencias internacionales han elaborado propuestas de comunicación que tienen como interlocutores a niñas y niños de diez años en adelante. Se plantea que son un público abierto al cambio y que además, en algunas comunidades, tienen la responsabilidad de atender a sus hermanos en la casa.

En cualquier caso, la norma general para hablar a las familias sobre la conveniencia de adoptar una nueva conducta o de alentar una actitud tradicional debería tener en cuenta la comprensión de las diversas culturas. El concepto fundamental parece ser: ***los problemas son los mismos pero las soluciones pueden ser diferentes.***



# Las cifras

## América Latina y el Caribe

Son conocidas las dificultades y restricciones para obtener datos confiables en materia de salud infantil. Por esta razón se recomienda el manejo prudente de las cifras y una seria inversión en el mejoramiento de los procesos de recolección de datos. Además se advierte que el análisis global de los datos no siempre pone de manifiesto las diferencias que existen entre diferentes grupos. En ese sentido, se propone considerar las cifras desagregadas como una manera más confiable de acercarse a la situación que nos ocupa.

La salud de niñas y niños del continente está marcada por el ciclo de pobreza y enfermedad que afecta a amplios sectores en las Américas. Según datos de 1999, de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el 44% de la población de las Américas (183 millones de personas) vive en el nivel de pobreza mientras que el 21% (88 millones) vive en la categoría de la miseria.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se refiere a los fallecidos menores de un año relacionados con las niñas y los niños nacidos vivos menores de un año, en el mismo período. En los últimos años la TMI se ha tomado como un indicador de salud y desarrollo. Sin embargo, en la última década, la disminución de la TMI en la mayoría de países del continente a la vez que se considera un logro, también ha obligado a identificar su dependencia relativa del desarrollo socioeconómico. Se considera que la mejora en este indicador no necesariamente es el reflejo de una mejora similar en las condiciones de vida del conjunto de la población. De cualquier modo, la TMI permite evaluar los logros de las campañas de inmunización, el control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, las tres principales causas (de orden infectocontagioso) vinculadas al comportamiento de la TMI.

Las cifras de TMI para América Latina se encuentran por debajo de las de Asia y África, pero las estimaciones para el período 2020-2025 señalan que la situación de los países de la Región será similar a la que tuvieron los países de América del Norte en 1950, lo que representa un "retraso" de más de cincuenta años.

Según datos citados por la Organización Panamericana de la Salud —OPS—, cada año mueren 600.000 niñas y niños menores de un año en América Latina y el Caribe. Las causas de estas muertes pueden ser tratadas con tecnologías simples y de bajo costo. Se ha estimado que el

<sup>1</sup> Todos los datos presentados en este aparte fueron tomados de *Las condiciones de Salud en las Américas*. Vol. I y II. Edición de 1994. Organización Panamericana de la Salud.

El anexo sobre CIFRAS, contiene información sobre atención en salud, nutrición, enfermedades prevenibles, diarrea e infecciones respiratorias, así como cuadros estadísticos.

número de menores de seis años que muere cada año en América Latina es de un millón. Siete millones del mismo grupo de edad están desnutridos.

No existe una situación homogénea en la Región ni dentro de cada país. Cuba, Chile, Costa Rica, Trinidad y Tobago y Bermuda presentan una TMI igual o por debajo de 15 por 1.000 nacidos, lo que los coloca muy cerca de las cifras presentadas por los países desarrollados. En tanto que Haití y Bolivia tienen tasas mayores de 70 por 1.000. Cuba —con 10,2 por 1.000— y Haití —con 133 por 1.000— presentan la tasa más baja y alta de la Región. (Ver cuadro *Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos en países seleccionados de América Latina y el Caribe en Anexo*)<sup>1</sup>

Se han identificado algunos factores contextuales comunes en los países que han logrado un mejoramiento considerable de la TMI. Uno de los más importantes es la decisión política explícita de atender la salud de la madre y de los niños y las niñas. El alto grado de escolaridad —especialmente de las mujeres, quienes continúan asumiendo en mayor medida el cuidado de niñas y niños, la existencia de lo que se ha llamado una “cultura popular en salud” y la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de atención primaria de salud materno-infantil, son elementos presentes en los países que presentan una disminución de la mortalidad infantil.

Los países de habla inglesa del Caribe presentan tasas de mortalidad infantil inferiores a 20. A pesar de que el desarrollo económico de estos países no registra índices tan “alentadores”, los servicios sociales y de salud tienen un fuerte componente de acciones de promoción y prevención, lo que incide en la evolución favorable de la TMI.

Al interior de algunos países, las cifras desagregadas no sólo difieren de manera considerable entre una y otra región, sino que reflejan la inequidad social y económica de algunas sociedades. Factores como la edad, el nivel de educación de la madre, el sexo del jefe del hogar, su ocupación y el espaciamiento de los nacimientos están vinculados a las diferencias que se presentan en cada región. Estudios sobre algunos países señalan que la TMI de hijos de madres analfabetas triplica la de los nacidos de mujeres con educación secundaria y universitaria. El número de años de escolaridad que alcanza una mujer depende en gran medida del ingreso económico familiar y de las condiciones de vida en que crece.

El espaciamiento de los nacimientos es otro factor que se destaca en el comportamiento de la TMI. En todos los países se identifica una mortalidad significativa en niñas y niños nacidos con intervalos menores de dos años. En Bolivia, Perú y Guatemala, la TMI se duplica cuando el período entre uno y otro nacimiento es menor de dos años.

## Las causas de muerte

Un estudio sobre la tasa de mortalidad por causa en bebés menores de un año en países seleccionados de América Latina y el Caribe (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Nicaragua,

Panamá, Perú, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela), señala que desde 1965 hasta inicios de los años noventa las *enfermedades transmisibles* (infecciosas y parasitarias: diarrea, infecciones respiratorias agudas y otras infecciones) y las enfermedades de la madre —incluso el SIDA—, las complicaciones obstétricas y otras *afecciones originadas en el periodo perinatal*, son las principales causas de muerte.

El “ordenamiento” de las causas ha variado. En los años sesenta las enfermedades transmisibles ocupaban el primer lugar. En los años noventa, las afecciones de los recién nacidos son la primera causa. Se estima que el fortalecimiento de la atención primaria de salud en países como Costa Rica, Cuba y Chile ha permitido la reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en más de un 85%.

El tratamiento de las afecciones de los recién nacidos supone intervenciones más complejas y costosas. La causa principal de las muertes durante esta etapa es la desnutrición de la mujer embarazada y por tanto del feto, situación que se manifiesta en el bajo peso al nacer. La mayoría de estas muertes pueden evitarse con un adecuado control del embarazo y el manejo adecuado del parto. En resumen, se requiere un mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios de atención materno-infantil.

Las causas de muerte de menores entre 1 y 4 años han conservado el mismo esquema durante los últimos 20 años. En primer lugar se encuentran las enfermedades transmisibles, seguidas por lo que se ha denominado “causas externas” que se refiere a accidentes domiciliarios y causas violentas. Luego se encuentra el grupo de afecciones identificadas como “tumores” y las enfermedades cardiovasculares. En los últimos años se ha reportado una disminución de las enfermedades transmisibles y un incremento de las muertes causadas por “causas externas”.

Según datos registrados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para menores de un año —excepto en el caso de Barbados y Jamaica de los que sólo se dispone de la tasa en menores de seis años—, sólo Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico y Perú presentan tendencia a la baja por causas externas, mientras que la mayoría del resto de países registra tendencia al aumento. Argentina ha triplicado la tasa y en Chile el último valor es el mayor observado en todo el período y de todos los países, con una tasa de 234 para ambos sexos y de 258 y 208 para niños y niñas respectivamente.

Las causas de las defunciones por accidente y violencia en menores de un año en los países donde ha aumentado se agrupan en “otros accidentes”, lo que implica que no son ni por vehículos de motor o transporte, ni por envenenamiento, ni ahogamiento por inmersión, ni por caídas, ni por armas de fuego o fuego, sino por causas asociadas a las condiciones de vida del menor. Lo que sugiere un conjunto de causas registradas en forma muy poco específica.

## La salud de los pueblos indígenas

Se estima que para comienzos de los años noventa vivían en las Américas 42 millones de personas pertenecientes a 400 etnias (un 6% de la población total de la Región y un poco menos del 10% de América Latina y el Caribe).

A pesar de que se ha incrementado la atención a la población indígena en las Américas, no todos los países cuentan con información específica que permita valorar los problemas de salud y el acceso de este grupo al sistema de salud. En los años ochenta, sólo 9 de los 35 países de la Región incluyeron en censos o encuestas de hogares la posibilidad de discriminar la información sobre estos grupos.

Las cifras oficiales o estudios especializados que reportan la situación de los indígenas, evidencian características demográficas y económicas por debajo de la media nacional. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer de la población indígena del Canadá es, en promedio, unos ocho años menor que la de la población general, aunque esta situación ha venido mejorando. Un estudio del Banco Mundial reveló que en Bolivia, casi el 75% de la población indígena monolingüe vive en condiciones de extrema pobreza, y más de dos tercios de la que habla español, además del idioma nativo, es pobre.

En lo que se refiere a la salud de los menores de seis años, las cifras mantienen la desventaja observada para la población indígena en general. En México, por ejemplo en 1990 las defunciones de las niñas y los niños indígenas menores de seis años tuvieron un peso relativo superior al nacional: 26% frente al 20%. Cuando se desagrega esta información en menores de un año y en la población de 1 a 4 años, se encuentran diferencias relevantes. En el grupo de 1 a 4 años, la proporción de defunciones de niñas y niños indígenas (12,8%) es casi tres veces mayor que la de niñas y niños de la población en general (4,8%). Esta diferencia no se reporta en el grupo de menores de un año debido —entre otras causas— al sub-registro existente.

En Bolivia, según la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en 1989, las niñas y niños de madres que hablaban una lengua indígena (los Aymará o los Quechua) mostraron una tasa de mortalidad infantil más alta que las de las madres no indígenas. Las niñas y niños indígenas menores de seis años presentaron una tasa de mortalidad de 185,8 por 1.000 frente a una de 122,3 por 1.000 de los hijos de madres no indígenas.

Algunos países hacen esfuerzos por atender los problemas de salud de la población indígena. En Canadá las reservas indígenas reciben, a través de programas federales, servicios que además de la atención en salud incluyen asistencia social, educación y vivienda. En Estados Unidos, el Servicio de Salud de los Indígenas hace parte del Servicio de Salud Pública. En México, el Instituto Mexicano de Seguridad Social y el Instituto Nacional Indigenista cuentan con estructuras dirigidas a la población indígena. En México, en el estado de Puebla, funciona un hospital mixto atendido por personal médico del Instituto Nacional Indigenista y por

médicos tradicionales indígenas de la Organización Nahua Totonaca de la región Cuetzalteca.

## Familias y crisis: variaciones sobre un mismo tema

*Como corresponde a una etapa de la denominada "crisis", la sociedad se plantea soluciones o propuestas que permitan dar una orientación saludable a la familia.*

La familia: esa "unidad" compuesta por numerosos hijos e hijas, uno o más abuelos o abuelas, una tía soltera, un padre trabajador y una madre "abnegada" parece ser una vieja postal teñida de sepia: un recuerdo.

Un determinado ordenamiento económico que trajo de la mano la urbanización del continente y el acceso de hombres y mujeres a una mejor calidad en algunos aspectos de la vida, se entretuje con el "advenimiento" de nuevos modelos de núcleos familiares y con la poco grata noticia de que detrás de las idílicas familias de "antes" también se escondía una desigual relación entre quienes la integraban, en términos de género y edad. La violencia familiar, las dificultades para asumir las expectativas de los adolescentes y el cuidado de los ancianos y la condición de inferioridad que tienen los niños, son algunos eventos que tienen sus raíces en esa familia tradicional y que hablan de los problemas que afrontan las nuevas familias.

En ese marco, las propuestas que buscan garantizar la protección y una mejor calidad de vida para los niños se tropiezan con condiciones que empeoran la situación como en el caso de los hogares presididos por mujeres. Una específica manera de concebir la paternidad y la maternidad adjudica una mayor responsabilidad a las mujeres frente al cuidado y porvenir de las hijas e hijos. Una vez que los padres abandonan la familia, los hogares enfrentan el hecho de que las mujeres por lo general tienen una menor educación o tienen capacitación para empleos que son menos remunerados que los que ocupan los hombres de su misma condición social y lo que es más grave, a menudo las mujeres abandonadas tienen una baja autoestima.

En el mejor de los casos, las familias extendidas de antes se transformaron en las familias nucleares de ahora, donde padre y madre trabajan fuera de casa y deben buscar solución a la necesidad de proporcionar formas de cuidado a los niños. El desvanecimiento de redes sanguíneas que parecían imborrables es un hecho que muchas familias nucleares tratan de evitar.

La falta de espacios y horarios de encuentro y la dificultad para fortalecer vínculos, hace que algunas familias que cubren sus necesidades económicas de manera satisfactoria, confronten una tensión emocional que llega a ser tan devastadora como las privaciones económicas.

Las familias que siguen migrando del campo a la ciudad deben asumir el desarraigo y enfrentar problemas como el estancamiento económico, la desintegración social y la degradación del medio ambiente, así como la creciente violencia estructural en la sociedad.

En el campo, los estudios develan la vida de familias marcadas por la sobrecarga de trabajo que llevan las mujeres: a la vez que hacen el trabajo doméstico y se encargan de la crianza de niñas y niños o lo comparten con las hijas, hacen labores agrícolas en el patio o en la parcela. Entre tanto, la jornada de trabajo de los hombres tiene de cinco a siete horas menos que la de las mujeres y se limita a las faenas agrícolas una parte del año.

Como corresponde a una etapa de la denominada "crisis", la sociedad se plantea soluciones o propuestas que permitan dar una orientación saludable a la familia. Una de esas propuestas es precisamente replantearse los objetivos de "ser familia". En ese marco, resulta evidente la importancia que adquiere fortalecer la capacidad de las familias para satisfacer las necesidades sociales y emocionales de los niños. En la base subsiste la idea de que una repartición equitativa de responsabilidades y derechos entre todas las personas que constituyen una familia es una condición indispensable para disfrutar de uno de los vínculos más gratos que pueden tener los seres humanos.

## Creer en las ciudades

En los últimos 30 años la población urbana de América Latina pasó de 49 al 72 por ciento. Las ciudades latinoamericanas crecen pero no parecen gozar de buena salud. La crisis económica de los años ochenta impulsó el "florecimiento" de asentamientos caóticos. Las montañas o algún extremo de la periferia, recibieron sin parar a los pobres urbanos: hileras de familias que —«en virtud» de la recesión y los programas de ajuste— sobreviven entre el desempleo, las contracciones salariales y la inestabilidad de los precios de los alimentos. Hombres y mujeres que tienen trabajos "temporales" o que apuestan todos sus haberes en el amplio menú que adopta la "informalidad" en la economía de las ciudades latinoamericanas.

*Dado el carácter crucial de los primeros cinco años de vida, invertir en mejorar la calidad de vida durante la primera infancia asegura no sólo una mayor productividad sino el ahorro de dolor humano y de dinero vinculado con la reducción de tasas de deserción y repetición escolar, uso de drogas, delincuencia, violencia y embarazos en adolescentes.*

Muchos hogares urbanos pertenecientes a la franja de los "menos favorecidos" parecen cortados por una misma tijera: mujeres que trabajan fuera de casa y a la vez atienden hijos e hijas en una maratónica faena doméstica que se complica debido a la falta de agua, transporte público y otros servicios. Es lo que se conoce como "jefatura femenina". Las niñas y niños que viven en esos hogares han sido catalogados como las personas más vulnerables de las ciudades.

Las familias urbanas pobres deben comprar agua y combustible y pagar en transporte un porcentaje de sus ingresos proporcionalmente "desmesurado" si se compara con el de las familias de mayores ingresos. Las cifras sobre la calidad de vida de los niños y las niñas que crecen en esas familias por lo general se pierden en los promedios urbanos, pues en las mismas ciudades se concentra casi toda la riqueza del país. No es común discriminar las cifras urbanas de manera que se facilite cualificar y evaluar la situación de las niñas y niños urbanos que viven "por debajo del nivel de vida aceptable".

Las estadísticas señalan un mayor acceso al abastecimiento de agua y saneamiento en zonas urbanas que en el campo. Pero el agua que beben las familias pobres urbanas con frecuencia está contaminada por sustancias procedentes de las industrias, aguas residuales sin tratar y descargas de basura.

El paisaje urbano no puede evitar la imagen de niñas y niños que juegan en calles polvorientas, en zanjas o cerca a basureros. La diarrea, la disentería, la fiebre tifoidea, los parásitos intestinales y el envenenamiento producido por alimentos contaminados, son enfermedades frecuentes entre las niñas y niños que viven en "esa parte" de las ciudades. El hacinamiento es responsable del contagio de enfermedades como la tuberculosis, la influenza, la meningitis, el sarampión y la violencia física y sexual. Se ha estimado que las tasas de morbilidad y mortalidad infantil para los pobres urbanos son de tres a cuatro veces más altas que los promedios de las ciudades. Aun así, las ciudades no se detienen: crecer es parte de la cotidianidad. Algunos estudios denominan resiliencia a la capacidad de vivir en estas condiciones y "sobreponerse".

Sin embargo, la convicción general es que la crisis es un estado tal vez prolongado pero no letal. Las agencias y organismos internacionales muestran resultados concretos y proponen una variedad de estrategias para entender y atender la situación de estos niños y niñas. A la vez que se enfatiza la necesidad de asegurar fuentes de empleo estable, recursos económicos, saneamiento ambiental y educación, se promueve la conveniencia de invertir en los menores de seis años. Las razones son muy claras: invertir en esta etapa supone ahorrar durante la adolescencia y la edad adulta.

## **Municipios saludables: gobierno, instituciones y comunidad: itodos ponen!**

***Con los municipios saludables, la propuesta de salud con equidad llegó... esta vez para quedarse.***

La ciudades crecen y parecen no darse abasto con los recién llegados de todas partes para quedarse. Pero en este continente, unas son de cal y otras de arena. La propuesta conocida como Municipios Saludables cada día se aleja más de la utopía y empieza a concretarse, con los ires y



venires que trae el aterrizaje de cualquier sueño pero también con una fuerza que hace crecer las posibilidades de soñar con ciudades pequeñas que pueden atender las necesidades de su población.

En la última década se hicieron evidentes los problemas de organización y la crisis financiera de los sistemas de salud. Todo el continente constató el aumento insostenible de los costos de la atención a la enfermedad y se reconocieron las limitaciones de los servicios sanitarios tradicionales. La respuesta que se planteó tiene como base la necesidad de que los servicios de salud reorienten su labor curativa hacia la promoción y la prevención. A la vez, entró al debate el concepto de salud con equidad, cuya trascendencia sobrepasó el campo de las instituciones públicas y privadas de salud, para entrar a formar parte de la agenda pública de muchos gobiernos.

Estos planteamientos confluyeron con la propuesta de muchos sectores de promover el derecho legítimo de la ciudadanía a participar en la solución de sus propios problemas y la voluntad de muchas instancias de hacer realidad la descentralización como una forma de fortalecer los gobiernos locales.

La propuesta de Municipios Saludables se plantea en este marco y, en pocas palabras, parte del concepto de que una ciudad debe mejorar constantemente su ambiente social y físico y poner a disposición los recursos comunitarios necesarios para ayudar a que todas las personas que habitan ese espacio, mejoren sus condiciones de vida, trabajo y cultura. Detrás del logro de ese objetivo deben estar los gobiernos locales, las instituciones y organizaciones de diverso tipo y, por supuesto, la comunidad o mejor, las comunidades. Es un hecho que las tareas del Municipio no se limitan a un casco urbano cerrado, sino que incluye los conglomerados semi-urbanos y rurales aledaños.

Parte fundamental de semejante gestión es la "diversidad". Muchos municipios a lo largo de todo el continente se apropian de la idea y le imprimen un carácter propio a su ejecución. A nivel de políticas saludables, por ejemplo, algunos municipios han buscado solucionar los problemas persistentes de recolección de basuras con la aportación conjunta de recursos materiales y humanos de los gobiernos, los grupos organizados, las instituciones y la ciudadanía. Otro municipio reglamentó el uso de los espacios públicos publicitarios para que se incluyeran mensajes positivos de salud y bienestar. En otro, la cooperativa de agricultores decidió atender los problemas de erosión y el deterioro del suelo a partir de la adopción de otras técnicas de cultivo y de cambios en la producción (se abrieron programas para promover la apicultura).

En general, en lo que se refiere a la reorientación de servicios de salud, los proyectos de los Municipios Saludables enfatizan la prevención y la promoción. En este campo, la participación de las escuelas junto a los equipos de salud ha abierto las puertas a la incorporación de nuevos temas en el curriculum escolar: en muchas aulas ahora se estudia la prevención de accidentes de tránsito o propuestas relacionadas con estilos de vida sanos y la lucha contra el tabaquismo, el alcoholismo y las drogas.

La propuesta de Municipios Saludables ha propiciado el que los gobiernos centrales y muchas instancias de decisión tomen partido de manera pública frente a temas relacionados con el medio ambiente y muy cercanos a la población como agua potable, desechos, insectos y parásitos, vivienda, e infraestructura vial.

Tal vez uno de los conceptos que más se ha afianzado entre los municipios que entran en la propuesta saludable es el concepto de "proceso más que de resultado final". En este sentido, la OPS/OMS —una de la entidades más interesadas en impulsar la propuesta— ha señalado que un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos y ciudadanas adquieren un compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes.

## **El riesgo: una larga historia de desventajas**

Nacer y crecer con mayores posibilidades de enfermar y morir pronto es un hecho cuantificado: estudios realizados en varios países han demostrado que del 60 a 70 por ciento de las muertes ocurren entre lo que se conoce como niñas y niños en riesgo. Las circunstancias que rodean el nacimiento, ciertas normas sociales y culturales, un medio ambiente degradado y una familia con dificultades para constituirse como grupo solidario, a menudo influyen en la frecuencia con la que una niña o niño enferma y muere.

Algunos de los siguientes factores de riesgo están presentes en la historia de esas niñas y niños:

1. Bajo peso al nacer.
2. Embarazos múltiples: mellizos, trillizos o más.
3. Nacer en quinto lugar o después.
4. Ser hijo de mujeres que quedan embarazadas antes de que su último bebé cumpla nueve meses.
5. Padecer y no recibir el cuidado adecuado de enfermedades como sarampión, tosferina, diarrea y otras enfermedades infecciosas, prevenibles por vacuna.
6. Historia de malnutrición o muerte de un hermano o hermana.
7. No ganar peso en los últimos dos meses.
8. Problemas sociales que tienen como resultado:
  - el abandono de niñas y niños;
  - familias donde solo hay padre o madre;
  - desempleo, enfermedades crónicas, o alcoholismo, o con-

sumo de drogas del padre o de la madre;

- pertenecer a grupos étnicos que tienen menos acceso a recursos económicos y a programas de desarrollo social; y
- pertenecer a núcleos familiares que presentan situaciones de violencia intra-familiar y social.

### **Enfermedades inmunoprevenibles**

En la década que va de 1982 a 1992, las enfermedades inmunoprevenibles que afectan a niñas y niños mostraron dos tendencias: en primer lugar, se hicieron grandes avances en la ampliación de la cobertura a pesar de que se produjeron reducciones en los aportes de los donantes. En segundo lugar, la ampliación del nivel de cobertura, el mejoramiento de los sistemas de vigilancia y la mejor preparación del personal que atiende el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), permitieron definir los grupos de alto riesgo y las zonas subatendidas y, en consecuencia, asignar recursos donde se necesitan.

Ante ese panorama alentador, se establecieron nuevas metas para la Región: erradicar el virus del polio salvaje, eliminar gradualmente el tétanos neonatal y reducir paulatinamente, hasta eliminar el sarampión.

Las diferencias entre los países y al interior de cada país se mantienen, pero aun así se estima que para fines de siglo se obtendrán resultados considerables en la erradicación y control de la causa de enfermedades que hasta hace sólo una generación dejaba incapacitados o acababa con la vida de miles de niñas y niños de la Región.

#### ***Poliomelitis***

A partir de 1977 se inició el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. Desde entonces el número de niñas y niños enfermos de polio causado por el llamado virus salvaje, se ha reducido considerablemente. Para 1984 se notificaron sólo 535 casos. En agosto de 1991 se detectó en Junín, Perú, el último caso de poliomeilitis causado por el poliovirus salvaje autóctono.

La cobertura de la vacuna oral contra la poliomeilitis (OPV) llegó al 90% en 1990 y bajó a 88% en 1991. La vigilancia de la parálisis flácida aguda —empleada para identificar zonas de alto riesgo y definir ajustes en la estrategia de vacunación— está a cargo de una red que en 1993 conformaban 22.000 centros en todos los países de América Latina y el Caribe. Las muestras de materia fecal tomadas a los casos de parálisis flácida aguda se examinan para descartar la posibilidad de que el poliovirus salvaje sea la causa de la enfermedad.

Desde 1992, la Región comenzó a prepararse para declarar la erradicación del poliovirus salvaje autóctono en todo su territorio. Uno de los principales desafíos del decenio de 1990 ha sido evitar que se descuiden los recursos y la decisión política para mantener una estricta vigilancia de la parálisis flácida aguda.

### **Sarampión**

La Organización Panamericana de la Salud estableció el año 2000 como la meta para la eliminación del sarampión en las Américas. En 1988, en Cuba se logró vacunar a todas las niñas y niños de 1 a 14 años. En el Caribe de habla inglesa, desde 1991 se han realizado campañas masivas en las que se vacunaron más del 90% de las niñas y los niños de 9 meses a 14 años. En el primer trimestre de 1994, no se había reportado en esta subregión casos de sarampión confirmados en laboratorio en casi dos años.

En América Latina, durante la década del noventa también se han llevado a cabo campañas de vacunación con resultados que sobrepasan el 90% de niñas y niños que han recibido la vacuna. La estrategia de estas campañas consiste en realizar una actividad única durante la que se inmuniza a todas las niñas y los niños de 9 meses a 14 años, sin tomar en cuenta sus antecedentes de vacunación o enfermedad y garantizar el mantenimiento de altas tasas de vacunación entre las y los bebés lactantes. El siguiente paso consiste en establecer sistemas de vigilancia que permitan controlar los focos de transmisión restantes.

Hay países que reportan una cobertura de vacunación del 80%. Se presume la existencia de muchos casos notificados que no se investigan debidamente y otros, de hecho, no se notifican. Además de la necesidad de prestar apoyo a las campañas de vacunación, se hace hincapié en dar una atención especial a temas como desórdenes civiles, altos índices de emigración e inmigración, las poblaciones de refugiados y las fronteras.

### **Tétanos neonatal**

No hay tétanos neonatal en Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay y Panamá. Pero la enfermedad es endémica en 16 países de América Latina, donde nacen 11,5 millones de niñas y niños cada año.

Una mujer vacunada contra el tétanos transmitirá los anticuerpos a su hijo recién nacido. La estrategia para eliminar el tétanos consiste en identificar las zonas expuestas a alto riesgo y vacunar a todas las mujeres en edad fértil que vivan en ellas.

El promedio de los casos de notificación de bebés muertos por tétanos se ha estimado en cerca del 10 por ciento de los casos reales. En América Latina, los datos de los hospitales son bastante equívocos porque los bebés a menudo mueren en su casa o no pueden llegar al hospital, sobre todo cuando viven en zonas rurales.

### **Tosferina**

De 1980 a 1992, el número de casos notificados de tos ferina se redujo en 88% en las Américas. En 1992, la cobertura de las y los bebés menores de un año con tres dosis de la vacuna de DPT llegó a 77% en la Región. (Vea cuadro *Cobertura de las vacunas DPT, OPV y antisarampionosa de las niñas y los niños de 0 a 1 año de edad, por país, 1992*). Sin embargo, algunos países no han logrado una cobertura del 75%. La vacuna de DPT

tiene una eficacia aproximada del 80% cuando se administran las tres dosis.

La tosferina es una de las enfermedades que causa más muertes entre las niñas y los niños de la Región. Las principales víctimas viven en zonas donde la malnutrición y las infecciones múltiples son comunes y donde los brotes epidémicos son difíciles de registrar por parte del sistema de salud. Esto se conoce como brotes silenciosos.

No hay datos completos sobre las tasas de mortalidad por tos ferina en las Américas. Aunque las tasas de inmunización son alentadoras, la morbilidad notificada es elevada en la Región. Es necesario establecer un sistema de vigilancia que permita la notificación de los casos y la mejora del análisis de datos en especial con el fin de determinar la incidencia de la enfermedad en niños inmunizados, según el número de dosis.

### ***Difteria***

Según las cifras reportadas, puede considerarse que la difteria está próxima a desaparecer como causa de enfermedad y defunción en la población infantil en las Américas, gracias a las campañas de inmunización. Se reconoce la existencia de un cierto grado de subnotificación y periódicamente han ocurrido brotes de la enfermedad, como los reportados por Brasil y Chile en 1991. Sin embargo, la eficacia de la vacuna, que se estima en un 87%, ha reducido la circulación de la enfermedad.

### ***Enfermedades diarreicas***

Las enfermedades diarreicas son la principal causa de defunción de las niñas y los niños menores de un año en América Latina. En algunos países ocupa el primer lugar como causa de defunción de las niñas y los niños de 1 a 4 años. Las enfermedades diarreicas están asociadas a la malnutrición y al retardo en el desarrollo y crecimiento. La disponibilidad de fuentes seguras de agua y el manejo adecuado de alimentos son las principales causas de las enfermedades diarreicas en menores de seis años.

Se estima que de 1960 a 1990, murieron cinco millones de niñas y niños menores de seis años, por diarrea. En 1990, los datos reportados por 26 países señalan que unas/os 52.000 niñas y niños menores de 5 años murieron de enfermedades diarreicas, lo que equivale al 15% de todas las defunciones en ese grupo. Se estima que la subnotificación de muertes por diarrea es del 20 al 40%.

Las mayores tasas de mortalidad por diarrea en niñas y niños menores de 5 años se registraron en Nicaragua (9,83 por 1,000), Guatemala (7,46), Honduras (6,56), Perú (5,50) y El Salvador (4,09). Las tasas más bajas se presentaron en Trinidad y Tobago (0,13), Chile (0,17) y Cuba (0,18). Argentina, Belice, Costa Rica, Panamá y Uruguay se registraron tasas inferiores a 1 por 1.000.

Estudios realizados en la Región señalan la relación entre la mortalidad infantil por diarrea con las intervenciones del sector salud. En el estado de Ceará en el nordeste brasileño, la mortalidad proporcional por diarrea de las niñas y los niños menores de 3 años se redujo del 48% a 32% en 1990. La mortalidad infantil y la prevalencia de malnutrición disminuyeron de manera similar. La estrategia de salud utilizada incluyó la capacitación de trabajadoras/es comunitarios de salud y de parteras tradicionales. Además se enseñó el uso de las sales de rehidratación oral (SRO) y se aumentó el empleo de la terapia de rehidratación oral (TRO) de 22,6 a 37,4% en niñas y niños menores de 5 años. No hubo cambios en las características demográficas, la escolaridad de las madres, el ingreso familiar o factores ambientales que pudieran explicar la disminución de la mortalidad observada.

En diciembre de 1992, las estimaciones regionales señalaron que la tasa de acceso a las SRO era del 70%, la de uso de SRO, del 23% y la de SRO junto con los líquidos caseros recomendados, del 55%. Las tasas de acceso aumentaron de menos del 10% a casi el 70% en el período que va de 1984 a 1994.

La prevención de la diarrea tiene uno de sus ejes en la promoción de la lactancia materna. Cifras y estudios realizados en varios países, señalan la efectividad de esta práctica en la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantil por diarrea. Una investigación realizada en San Pablo, Brasil, mostró que la mortalidad infantil se redujo el 73% desde 1981 a 1987. Durante ese período hubo una intensa campaña de promoción de la lactancia materna y su duración media aumentó de 84 a 146 días. Se estimó que un 32% de la reducción de la mortalidad era atribuible a un aumento de la práctica de la lactancia materna.

### **Infecciones respiratorias agudas**

Según estimaciones de inicios de los años noventa, en las Américas mueren más de 100.000 niñas y niños menores de un año por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Casi el 90% de esas muertes se deben a neumonía. Es muy diferente la situación entre los países de la Región. Cerca del 85% de estas defunciones ocurren en cinco países: Brasil (40%), México (19%), Perú (14%), Bolivia (7%) y Haití (5%).

América Latina y el Caribe no sólo presenta tasas elevadas de mortalidad infantil por IRA sino que es débil la tendencia al descenso.

En la Región, Canadá es el país que ha logrado la mayor reducción de su tasa de mortalidad por neumonía e influenza en menores de 1 año y el que tiene la tasa más baja. Respecto a la morbilidad, no se dispone de datos sobre la incidencia de las enfermedades que se clasifican como IRA. De todas maneras, en casi todos los países de la Región, incluyendo los desarrollados, la causa principal de consulta pediátrica ambulatoria son las infecciones respiratorias agudas. Estudios realizados en algunos países señalan que entre el 40 y el 60% de las consultas pediátricas se deben a infecciones respiratorias.

La mayoría de estas infecciones suelen curarse con cuidados caseros, sin necesidad de ninguna medicina. Sin embargo, los países de la Región afrontan problemas debido al uso excesivo y a veces inadecuado de antibióticos para el tratamiento de las IRA.

La estrategia para controlar las IRA tienen como meta reducir las defunciones por neumonía en menores de 5 años y reducir el uso excesivo e inadecuado de antibióticos para el tratamiento de las IRA. La estrategia consiste en la detección de los casos graves, en base a signos simples pero específicos y sensibles en la predicción de la neumonía con el fin de remitirlos a hospitales. A la vez se busca identificar los casos que pueden ser tratados con antibióticos en el hogar. El tercer punto es la educación de la comunidad para que las personas que cuidan a las niñas y los niños puedan identificar los signos que indican que una niña o un niño está enferma/o.

## Situación nutricional en la Región

La situación nutricional en los países de América Latina está condicionada por factores y decisiones sociales, económicos y políticos, que condicionan la disponibilidad y el consumo de alimentos. La crisis económica iniciada en la década de los años ochenta disminuyó los ingresos reales y el poder adquisitivo de la población en la mayoría de los países.

El estado nutricional se establece mediante indicadores construidos con la ayuda de encuestas o mediante el análisis de datos recogidos por los Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). Las cifras disponibles también provienen de informes de los países. Existe discrepancias en los datos provenientes de distintas fuentes, lo que dificulta el análisis y la comparación de la situación de cada país.

De acuerdo al cuadro *Prevalencia de déficit de peso para la edad en preescolares (Clasificación de la OMS)*, la prevalencia de desnutrición en niñas y niños menores de 4 años varía del 0,8% en Chile al 38,5% en Guatemala.

Según la OMS, el punto de corte por debajo del cual se considera que existe anemia es de 11 grados por decilitro de sangre en embarazadas y en niñas y niños menores de seis años que son los más afectados en la Región. De acuerdo a un estudio realizado en ocho países de América del Sur, las tasas de anemia en preescolares variaron entre el 22 y 45 por ciento en Brasil, el 18% en Chile y el 53% en Perú.

El bocio es la manifestación más conocida de la deficiencia de yodo. No obstante, el espectro de trastornos que produce la carencia de yodo es muy amplio y afecta a los individuos desde edades tempranas del desarrollo fetal y neonatal hasta la niñez, la adolescencia y la edad adulta. Según datos de la OPS, los siguientes lugares presentan prevalencia de deficiencia de yodo superior al 50%: Mérida en Venezuela y Chámeza en Colombia. Entre el 20 y el 50%, la región de Azuero en Panamá, la sierra y la selva peruana y en cuatro regiones de Brasil, así como en Bolivia,



Ecuador, Salvador y Guatemala. El bocio endémico se transforma en un problema de salud pública cuando su prevalencia es superior al 10% de la población examinada.

La deficiencia de vitamina A en la Región constituye un problema de salud pública en áreas geográficas determinadas, por lo general en localidades rurales económicamente deprimidas. Estudios realizados por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) en el decenio de 1970, determinaron que la deficiencia de vitamina A en niños y niñas menores de seis años tenía una prevalencia del 18 al 43% en esa subregión. Ante esa evidencia varios países de la subregión iniciaron programas de fortificación del azúcar lo que redujo significativamente el problema. La medida interrumpida hacia 1980, se está restableciendo y está siendo considerada por otros países.

## La atención en salud

Bajo el auspicio de la OPS se inició, a principios de la década de los noventa, un proceso que permitió estimar el funcionamiento de los servicios de atención en salud en 20 países de América Latina y el Caribe. El 80% de los 1,610 servicios evaluados en la Región se ubicó en el grupo insatisfactorio, el 14% se clasificó como en situación crítica y sólo el 6% llenó los requisitos de la categoría "satisfactorio". (Fuente: OPS. *Las condiciones de salud en las Américas*. Volumen I. Edición de 1994).

La evaluación determinó que los puestos de salud, los centros de salud y los puestos ambulatorios no tienen altos porcentajes de lo que se denominó "situación crítica", mientras que los servicios de hospitalización

**Evaluación de condiciones de eficiencia, distribución de frecuencias de servicios según tipo y puntaje obtenido (a), países de América Latina y el Caribe. 1990-1992**

Tipo	Total de servicios evaluados	Situación crítica		Situación insatisfactoria		Situación satisfactoria	
		No.	%	No.	%	No.	%
Puesto de salud	461	71	15	368	80	22	5
Centro de salud	427	35	8	367	86	25	6
Ambulatorio obstétrico	173	12	7	142	82	19	11
Ambulatorio pediátrico	174	27	16	140	80	7	4
Neonatología	74	14	19	52	70	8	11
Hospitalización obstétrica	147	32	22	109	74	6	4
Hospitalización pediátrica	154	36	23	106	69	12	8
Total	1.610	227	14	1.248	80	99	6

OPS, Programa de Salud Maternoinfantil

en neonatología, obstetricia y pediatría ocupan porcentajes considerables en la categoría citada.

En lo que se refiere a las condiciones de eficiencia, la evaluación determinó que la "participación comunitaria" es el componente más débil. Sólo un 3% de los servicios evaluados alcanzó un nivel aceptable en este punto. La administración y planificación de las actividades y empleo de recursos en los centros hospitalarios resultó ser otro gran vacío en los servicios examinados. En la mayoría de estos centros no se tienen datos sobre su población de referencia. El 81% de las respuestas de los directores de hospitales que fueron consultados sobre conocimientos básicos de la población a la que prestan atención, no correspondían con la situación real del centro hospitalario. Una de las razones que se aducen sobre este punto es el subregistro que prevalece en los servicios del primer nivel de atención donde es atendida la mayor demanda de los menores de seis años.

Como en otros rubros, este estudio evidenció la falta de equidad en la distribución de la calidad de los servicios. Quienes más necesitan tienen nulo o escaso acceso y en caso de lograr acceder, reciben los peores servicios.

El estudio permite afirmar que América Latina y el Caribe presentan avances significativos en inmunización y rehidratación oral, pero tienen dificultades considerables en el desarrollo global de servicios integrales de salud materno-infantil. Los servicios hospitalarios de la Región no cuentan con la posibilidad de tener un impacto en los indicadores de salud.

La explicación a estos resultados se encuentran en los recortes en el gasto social establecidos en los programas de ajuste estructural ejecutados

**Evaluación de condiciones de eficiencia, distribución de frecuencias según categorías seleccionadas y puntaje obtenido (a), países de América Latina y el Caribe. 1990-1992**

Categorías	Situación crítica (0-39)		Situación insatisfactoria (40-79)		Situación satisfactoria (80-100)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Planta física	322	20	934	58	354	22
Recursos materiales	177	11	1030	64	403	25
Recursos humanos	692	43	837	52	81	5
Normas y procedimientos	419	26	966	60	225	14
Programación y administración	14	19	52	70	8	11
Suministros	756	47	741	46	113	7
Educación sanitaria	145	9	837	52	628	39
Participación sanitaria	586	66	275	31	27	3

OPS, Programa de Salud Materno-infantil

en el decenio de 1980. Un estudio realizado por el Banco Mundial en nueve países de la Región estableció que durante la década de los ochenta los gastos per cápita en salud, educación y seguridad social habían disminuido en todos los países.

Sin embargo, la inversión en servicios de salud no representa una meta imposible de alcanzar. Según estimaciones del Banco Mundial el costo total para copar las metas de salud maternoinfantil en 25 países de la Región ascendía a 3.500 millones de dólares. El BM calculó que aun si se presentara un lento crecimiento económico, algunos países podrían alcanzar sus metas si invirtieran menos de la quinta parte del 1% de su producto nacional bruto en el sector social. Los países más pobres necesitarían una asistencia externa de entre 400 y 700 millones de dólares cada año.

# Crecimiento y desarrollo

## Todos no nacemos iguales

Acompañar el crecimiento y evaluar el desarrollo es indispensable para determinar el estado de salud de un niño. Los niños y niñas que están bien alimentados, asisten al control pediátrico y son estimulados por sus padres y madres, crecen y se desarrollan de manera adecuada. Las relaciones afectivas armónicas a lo interno del núcleo familiar también favorecen al crecimiento y al desarrollo.

Se hace la distinción entre crecimiento y desarrollo, pues el crecimiento se refiere al aumento del tamaño del cuerpo, mientras que el desarrollo se refiere a la adquisición de funciones emocionales cada vez más complejas.

El crecimiento se mide a través de los controles periódicos del peso y la talla, en cambio el desarrollo se mide cualitativamente, observando la presencia o la ausencia de determinadas conductas, actitudes y capacidades en las distintas edades. El desarrollo de la capacidad de sostener la cabeza erguida, mantenerse de pie, sostener un objeto con la mano, saltar en un pie, sonreír o hablar, indican niveles de desarrollo.

El crecimiento y el desarrollo tienen el mismo orden o secuencia en todos los niños y las niñas. Sin embargo, la velocidad del proceso es variable dependiendo de las características individuales. Hay niños y niñas que empiezan a caminar a los 11 meses y quienes lo hacen a los 15 meses; algunos manipulan la cuchara eficientemente a los 2 años y medio otros lo hacen a los 3 años y medio. Otros hablan perfectamente a los 2 años de edad y hay los que a esa edad apenas empiezan a hacerlo, algunas niñas tienen su primera menstruación a los 11 años y otras menstrúan por primera vez a los quince años.

Si escuchamos a un grupo de padres y madres intercambiando experiencias vividas en la crianza de sus hijos e hijas se hace más evidente que, desde que son concebidos los bebés tienen características propias que los harán diferentes, a partir del nacimiento, de todos los otros. Hay padres y madres que al comparar la experiencia de la crianza de hermanos enfatizan en las diferencias de carácter, temperamento y personalidad. Hay siempre los más gorditos, los muy activos, los muy cariñosos, los tranquilos y apacibles.

Cada niño tiene su velocidad de desarrollo y de crecimiento y según ese ritmo propio es que se establece el patrón de normalidad relativa para cada uno. A lo largo de este manual se tocarán diversos temas,

*Un consenso casi indiscutible condenó a los hombres a mantenerse alejados del contacto físico con sus hijas e hijos pequeños. En algunos sectores, la reacción ha sido poner sobre el tapete la "prohibición" que impide a los hombres acercarse afectivamente a sus hijas e hijos.*

específicamente los que corresponden a coordinación y motricidad, lenguaje, erupción dentaria, conducta, inteligencia y relaciones sociales, en los cuales se establecerán parámetros para medir el desarrollo "normal" de niños y niñas.

Ese desarrollo "normal" estará expresado en las habilidades y conductas que corresponden al intervalo de edad en el cual la mayoría de niños y niñas (9 de cada 10) las alcanzan y dominan.

Hay que destacar que el crecimiento está íntimamente vinculado a la nutrición y a sus componentes culturales, el tipo de alimentación de la familia y los alimentos aceptados o rechazados por diferentes grupos culturales así como la cantidad de veces que se alimenta a los niños y niñas influye en la estatura y el peso.

El desarrollo también depende del medio social y de como los niños y las niñas maduran y aprenden del ambiente que los rodea, así como de los estímulos y mensajes de su familia. El término madurez se usa para designar cambios cualitativos, esto es, cambios en la complejidad de las estructuras que les hace posible el inicio de su funcionamiento o la funcionalidad a niveles más complejos.

El aprendizaje se refiere a la adquisición de una nueva conducta o a la modificación de la conducta previa producto de algún tipo de práctica, ejercicio o esfuerzo por parte del individuo. El aprendizaje proviene también de la repetición de un acto. Ese aprendizaje se logra imitando un acto, debido a que los niños y niñas copian aquello que ven que las otras personas hacen y se identifican con ello y adoptan como conducta o actitud propia los valores, actitudes, motivaciones y conductas de las personas que admiran o aprecian. A través del aprendizaje, el niño o la niña adquiere competencia en el uso de sus recursos hereditarios.

La capacidad que tengan niños y niñas de asimilar como propios los códigos simbólicos, entender y expresar ideas haciendo uso competente del lenguaje e incorporar reglas de convivencia les introduce en el estrato específico de la sociedad y en parte de la cultura de la que hace parte su familia.

En función de las particularidades de cada familia y de su desarrollo individual cada niño y cada niña se incorpora a la sociedad con las herramientas que le proporciona el aprendizaje y con los legados de su herencia biológica, psicológica y cultural, unida a las prácticas culturales de su medio. Con ellos vivirá o sobrevivirá de la mejor manera posible.

## **El afecto limitado**

La Organización Mundial de la Salud ha destacado el hecho de que en los países donde las niñas reciben la misma atención que los niños, la oportunidad de sobrevivir durante los primeros seis años de vida es un poco mayor en favor de las primeras. También ha llamado la atención sobre los cifras que indican que un tratamiento desfavorable de las niñas

—probablemente derivado de una menor valoración social de las mujeres— desemboca en oportunidades de supervivencia femeninas iguales o menores que las masculinas.

En algunas regiones del continente las niñas asisten a la escuela menos que los niños. En Guatemala, en las áreas rurales, el 66% de las niñas que comienzan la primaria desertan antes del tercer grado. Sólo una de cada ocho niñas que comienza la escuela primaria la termina.

En muchas comunidades y estratos sociales de manera sutil o explícita, las madres consideran menos importantes sus necesidades de nutrición —o sus gustos— que las de los miembros de la familia del sexo masculino. Esta manera de percibirse y actuar a menudo es imitada por sus hijas. Esta percepción cultural en familias de bajo ingreso con frecuencia está relacionada con el nacimiento de niñas y niños de bajo peso.

Más allá de los recursos económicos, muchas familias tienden a favorecer a los niños. Las familias toman decisiones —sin que medie un proceso de reflexión, casi de manera “natural”— en temas como distribución de tareas y alimentos, atención de la salud, acceso a la escuela y a otras oportunidades de cambio en la vida, que generalmente benefician más a los niños que a las niñas. (Algunas fuentes denominan este proceso transmisión y perpetuación de los roles genéricos.)

En el mejor de los casos, cuando niñas y niños tienen las “mismas oportunidades”, la familia y el ambiente que rodea a la niña tienen influencia para que al crecer opte por estudiar carreras que tienen una remuneración o posibilidad de promoción menor que aquellas a las que los niños son estimulados a elegir. En ese mismo marco, se propicia que las mujeres pospongan logros profesionales en favor de la familia en un porcentaje mayor de lo que lo hacen los hombres.

Los estereotipos sexuales se aprenden y refuerzan día a día en el hogar, en la escuela, en los libros de texto, en los juegos y en los juguetes. Rara vez a un niño se le regala como juguete un bebé con sus pañales para que juegue a cambiarlo. Casi ningún padre o madre le regalaría de cumpleaños un carro de control remoto a su hija de seis años. Ni uno ni otro juguete deberían tener etiquetada la “mayor felicidad” que corresponde a cada sexo.

Prohibir o permitir determinadas actividades a una persona por pertenecer a uno u otro sexo hace parte de las diferentes culturas. Es un hecho que en una gran mayoría de aspectos, las necesidades y aspiraciones de las mujeres son relegadas en favor de las de los hombres. Sin embargo, cuando se examinan temas como los “beneficios afectivos” que trae ser miembro de una familia, las cuentas de los hombres con frecuencia arrojan un saldo negativo. En algunos sectores, la reacción ha sido poner sobre el tapete la “prohibición” que impide a los hombres acercarse afectivamente a sus hijas e hijos. No es común que en los libros de texto —ni en la cotidianidad—, los hombres bañen y vistan a sus hijas e hijos pequeños. Ningún juguete estimula al niño para que cuando sea padre, pasee con su bebé, le cambie los pañales o lo ayude a comer sus primeros purés. Aun el placer de hacer dormir a un bebé parece haber

sido “borrado” del menú de los placeres masculinos. De hecho, estas son actividades a las que se les otorga un “valor social” menor. Se diría que un consenso —construido a partir de estereotipos pero casi indiscutible— condenó a los hombres a mantenerse alejados del contacto físico con sus hijas e hijos pequeños y llevó a las mujeres a asumir casi de manera exclusiva la crianza de niñas y niños.

La sociedad actúa en consecuencia: los folletos de salud sobre el cuidado de niñas y niños que enferman casi nunca incluyen una figura masculina que cuida o atiende con cariño. Aun las “buenas intenciones” ignoran a los hombres: el personal médico y las agencias de desarrollo abogan por la necesidad de que las mujeres sean “liberadas” de trabajo en el campo para que puedan dedicar mayor tiempo a aprender destrezas de crianza. De los hombres... ni una palabra.

El hecho es que en la medida en que los hogares se consolidaron como unidades donde hombres y mujeres pasan la mayor parte del día en el trabajo, se redujo el tiempo que niñas y niños pequeños pasan con personas adultas que pueden ofrecerles un cuidado de calidad. Diversos estudios demuestran el papel que juega el afecto durante los primeros años de vida en temas como el desarrollo de algunas habilidades durante la infancia y en la capacidad de responder de manera adecuada a los cambios de la adolescencia y a los retos de la edad adulta. A un nivel elemental, se cita el hecho de que las niñas y los niños de familias de escasos recursos que reciben la atención y el cuidado de sus padres, muestran un estado nutricional mejor que aquellos que reciben menos afecto. Este punto también hace evidente la necesidad de examinar la relevancia que tiene la calidad del tiempo que la familia dedica a niñas y niños.

La respuesta es obvia: criar de manera adecuada a un bebé es un espacio donde los hombres tienen un lugar que va más allá de aportar parte de los recursos económicos. Ser padre no se reduce a aplaudir o censurar los resultados que obtienen sus hijas e hijos. Una nueva propuesta abre un amplio mundo y permite ver la paternidad como un proceso que requiere esfuerzo y brinda satisfacciones todos los días.

“Legitimar” el que los hombres asuman las menospreciadas relaciones cotidianas con los bebés o con las niñas y niños preescolares, es una tarea en la que hombres y mujeres tienen mucho que decir. Es posible que si un niño es estimulado a ayudar a comer a su hermanita o hermanito o sabe que puede contar con su padre para hacer las tareas o escuchar un cuento antes de dormir, encuentre “normal” hacer lo mismo cuando sea padre. Lo raro será ver hombres que no ayudan a sus hijas e hijos a ponerse los zapatos porque en ese trance pueden perder una parte de su —para entonces muy frágil— virilidad.

Es evidente que una visión más amplia del afecto masculino y de la autoestima de las mujeres tendrá un impacto en aspectos aparentemente poco relacionados como las cifras sobre tasas de sobre-mortalidad femenina durante los primeros seis años, baja escolaridad de las niñas, embarazo en adolescentes y calidad de vida de niñas y niños.



# Afecto y salud:

## Amor: la receta de la salud

Cualquier persona diría, con toda seguridad, que para bajar la temperatura, en caso de fiebre, se deben tomar un par de analgésicos y acudir al médico. La receta puede ser complementada con beber alguna infusión caliente y guardar cama. Pero, cuántos gramos de amor hacen falta para crecer emocionalmente de manera equilibrada, curar una enfermedad o para permanecer saludables?

Los padres y madres que se preocupan por la salud de sus hijos, intentan, en la medida de sus posibilidades, satisfacer casi todas sus necesidades básicas. Les alimentan, cumplen con las consultas de control pediátrico y controlan la aplicación de las vacunas correspondientes, les llevan al médico si se enferman, suministran vestido, calzado, educación y esparcimiento.

Niños y niñas necesitan todas estas cosas, pero necesitan también de atención, manifestaciones de afecto, seguridad, protección y grandes dosis de amor de su padre, madre, sus familiares y de la comunidad.

El amor, la protección, la seguridad de ser aceptado y valorado y las manifestaciones de afecto hacen que los niños y niñas crezcan seguros y sean capaces de desarrollar al máximo sus potencialidades. Aquellos que se sienten queridos y que disfrutan de refuerzo afectivo grato y continuo se enferman menos y cuando lo hacen se recuperan más rápido que aquellos que no cuentan con ese ambiente de refuerzo en sus familias o que han sido abandonados.

La seguridad emocional unida a reforzadores positivos ayuda a niños y niñas a fortalecer su autoestima, manifestar sus sentimientos y manejar mejor sus ansiedades y miedos. Un niño con una autoestima fortalecida se convierte en un adolescente y luego en un adulto seguro de sí mismo, menos sujeto a las presiones de grupo, capaz de aceptar y expresar sus sentimientos y emociones.

Un niño que crece en un ambiente de reglas bien definidas y disciplina positiva (sin castigo físico) llega a ser un ciudadano que practica valores para convivir en sociedad, respeta el derecho de los otros y agota los recursos del consenso sin considerar la violencia un medio legítimo para resolver los conflictos.

Creer en un ambiente de seguridad afectiva es un ingrediente básico de la salud integral de los niños y las niñas y puede contribuir de manera significativa a la construcción de las sociedades más armónicas. Tenía razón quien dijo que "el amor lo cura todo".

# Maternidad

Prepararse para la llegada de un bebé supone una serie de eventos donde pueden participar todos los miembros de una familia. En los últimos años, la paternidad ha sido promovida como un derecho y, por supuesto, un placer, aun en etapas consideradas un tanto "extrañas" a la "naturaleza" masculina como el parto. En este capítulo se propone la incorporación del padre a la "espera" del bebé y se ofrece información sobre el período de gestación, el parto, el puerperio y los principales cuidados que una mujer embarazada debe tener a lo largo de este período. Bajo una perspectiva afectiva y física, resulta saludable que las parejas tengan la capacidad de decidir cuándo y cuántos hijos quieren tener. En ese marco, se incluye información que ayudará a evitar o a controlar algunas causas de embarazos de riesgo.

Además, se describe el tema de la lactancia como un proceso para el que las madres se preparan desde que están embarazadas. La mayoría de las madres está en capacidad de amamantar y hacerlo garantiza mejores condiciones de salud para el bebé. Iniciar la lactancia materna después del parto ayuda a expulsar la placenta, a recuperar el tamaño del útero, estimula la producción de leche y fortalece el vínculo afectivo entre la madre y el bebé.

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación, la redacción y presentación de cada tema incluido en este capítulo se las concibió como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual o todo el capítulo, para elaborar un artículo, un reportaje o un anuncio promocional.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica que se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, en cada tema y en cada subtema se aportan datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros seis años de vida.

# Índice

## Maternidad

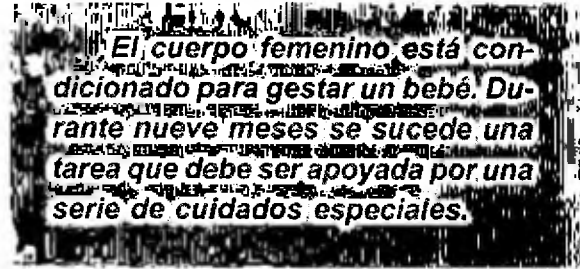
<b>El embarazo</b> .....	<b>37</b>
Datos sobre este tema .....	37
<i>Paso a paso: nueve meses de cambios</i> .....	37
Información para la familia .....	39
<i>Planificar: una alternativa saludable</i> .....	39
<i>Amor, descanso, buena alimentación y control médico</i> .....	40
<i>El nuevo papá</i> .....	41
<b>Embarazos de riesgo</b> .....	<b>42</b>
Datos sobre este tema .....	42
<i>La edad recomendable: después de los 18 y antes de los 35</i> .....	42
<i>Espaciar los nacimientos</i> .....	43
<i>Mucho cuidado después del cuarto</i> .....	43
Información para la familia .....	44
<i>Las ventajas de asistir al control prenatal</i> .....	44
<i>Riesgos durante el embarazo: ¡S. O. S! (señales de alarma)</i> .....	45
<b>Nutrición durante el embarazo</b> .....	<b>47</b>
Datos sobre este tema .....	47
<i>El costo energético del embarazo</i> .....	47
Consejos .....	48
<i>La dieta de mamá</i> .....	48
<i>El ácido fólico</i> .....	50
<b>El parto</b> .....	<b>52</b>
<i>¡Llegó la Hora!</i> .....	52
Datos sobre este tema .....	53
<b>El puerperio</b> .....	<b>54</b>
Luego del parto .....	54
<i>Siete señales de infección</i> .....	56
<b>Empezando a amamantar</b> .....	<b>57</b>
Datos sobre este tema .....	57
Información para las mujeres que amamantan .....	58
<i>El cuidado de los pezones</i> .....	58
<i>Algunos problemas frecuentes de la lactancia</i> .....	59
Consejos .....	60
<i>Posición correcta para amamantar</i> .....	60
<i>Cuando el lactante llora entre una y otra mamada</i> .....	61
<i>Las madres que temen no tener suficiente leche</i> .....	61
<i>La succión frecuente</i> .....	62
<i>Para producir suficiente leche</i> .....	63
<i>¿Cómo amamanta la madre que vuelve al trabajo?</i> .....	63
<i>Para sacar la leche con la mano</i> .....	64
<i>Las madres que trabajan fuera del hogar</i> .....	65

# El embarazo

## Datos sobre este tema

### Paso a paso: nueve meses de cambios

- ❑ El óvulo es fecundado por el espermatozoide en la trompa de falopio. Luego de tres o cuatro días, el óvulo "se acomoda" en el útero. Tres días más tarde, el óvulo fecundado se convierte en embrión y se "pega" en el útero.
- ❑ Entre el embrión y el útero se forma una membrana que crecerá junto con el bebé: la placenta.
- ❑ La placenta es la conexión más directa entre la madre y el bebé. La placenta transforma todo lo que la madre puede dar a su bebé a través de su sangre y lo envía al bebé por medio del cordón umbilical. La placenta también absorbe lo que el bebé no necesita y lo saca hasta la corriente sanguínea para purificarlo.
- ❑ Durante el embarazo, las mujeres necesitan más oxígeno, que será utilizado para ellas mismas y para el bebé. Por eso la respiración aumenta y se hace más rápida.
- ❑ Durante la octava o décima semana de vida, al embrión se le nota la forma de la cabeza, de los brazos y las manos. Ahí comienza a llamarse feto. Durante el primer mes de embarazo el embrión no tiene más de un centímetro de largo. Al segundo alcanza más o menos cuatro centímetros. Al quinto tendrá 25 y cuando nace, si la madre y él han recibido los cuidados adecuados, tendrá medio metro de largo.
- ❑ Alrededor del embrión se forma una bolsa de membranas que contiene un líquido que lo acompañará hasta el nacimiento (líquido amniótico).
- ❑ La futura mamá aumenta durante los nueve meses, unos diez kilos. El aumento de peso corresponde al líquido amniótico, al crecimiento del útero y al crecimiento de la placenta, así como al bebé.
- ❑ El cuerpo de la madre crece porque ella necesita más grasas que le darán energía durante la gestación y le ayudarán a dar de mamar al bebé cuando nazca.
- ❑ Una mujer que pesa 60 ó 70 kilos cuando no está embarazada, tiene unos cinco litros de sangre. Durante el embarazo, ese volumen alcanzará los siete litros y medio. Todo el ali-



mento y el oxígeno que recibe el bebé le llega a través de su sangre.

- ❑ El útero crece y sus paredes se vuelven más gruesas porque va acumulando proteínas. Las proteínas hacen que el útero se vuelva elástico. Esto ayuda a producir las contracciones que permiten que el bebé salga al exterior y luego, que el mismo útero recupere su tamaño normal. Desde el cuarto mes se sienten contracciones. La razón es que el útero, desde entonces, se prepara para el día del parto.
- ❑ El útero por lo general pesa 70 gramos. Cuando una mujer está embarazada, el útero llega a pesar un kilo.
- ❑ Desde el primer mes los senos aumentan de tamaño. Las glándulas mamarias se preparan para producir leche, cuando el bebé succione. Los senos también crecen porque deben almacenar grasas que luego se utilizarán en el trabajo de amamantar.
- ❑ Durante el embarazo las mujeres tienen más pigmentación por eso aparecen manchas en diferentes partes del cuerpo y en la cara. Generalmente desaparecen después del parto.
- ❑ En el centro de la barriga aparece una línea oscura que la divide en dos partes iguales. También aparecen estrías en la cadera y en la barriga.
- ❑ El estómago de la madre y los intestinos se reacomodan para hacer lugar al bebé. Con frecuencia la digestión se vuelve más lenta.



- ❑ Las mujeres embarazadas suelen tener acidez y eructos frecuentes. Se aconseja comer pequeñas cantidades de comida cada vez para disminuir un poco las molestias.
- ❑ Una buena alimentación (leche, frutas, verduras, carne, pescado, huevos, cereales, etc.), ejercicio moderado y el apoyo y cariño de la pareja y la familia, son elementos definitivos durante todo el proceso del embarazo y la mejor antesala para tener un buen parto y un bebé sano.

## Información para la familia

### Planificar: una alternativa saludable

Existen muchos métodos seguros y aceptables para evitar el embarazo. Los servicios de planificación familiar pueden ofrecer a las parejas los conocimientos y medios adecuados para planificar el momento de empezar a tener hijos e hijas, el espacio de tiempo entre los nacimientos y cuándo no tener más hijas e hijos.



- ❑ La mayor parte de los centros de salud pueden ofrecer a las parejas los métodos de planificación familiar que prefieren. Se debe elegir un método aceptable y eficaz. Las parejas deben pedir asesoría de la salud, agente de salud calificado, o a un consejero de planificación familiar más próximo para seleccionar el método más adecuado.
- ❑ Algunos métodos de planificación familiar, como los dispositivos intrauterinos y las píldoras anticonceptivas pueden obtenerse en las farmacias y en otros establecimientos, sin necesidad de receta médica. Sin embargo, el uso de las píldoras anticonceptivas requiere de supervisión médica. Después de visitar la unidad de salud correspondiente, se debe elegir un método de planificación familiar.
- ❑ La planificación familiar es responsabilidad de ambos sexos. Todos los hombres deben estar informados de los beneficios de la planificación familiar para la salud, así como de los diferentes métodos disponibles para ambos sexos.
- ❑ Recurrir al aborto para evitar los nacimientos no es una opción segura. Los abortos ilegales realizados por personas no calificadas causan la muerte de 100,000 a 200,000 mujeres cada año.

## ***Amor, descanso, buena alimentación y control médico***

Son cuatro puntos que toda familia debería garantizar a una mujer embarazada.

Una futura mamá, a menos que ya presente exceso de peso, necesita más alimentos durante el embarazo. Además, todas las mujeres embarazadas tienen mayor necesidad de descanso y de sentir que la decisión de tener un/a bebé es compartida y apreciada por su marido y por sus familiares más cercanos.

Se recomienda que el marido y la familia de una mujer embarazada se aseguren de que ella reciba una ración adicional de alimentos y disfrute de un tiempo de descanso superior al habitual durante el día, en particular durante los tres meses anteriores al parto.

Una mujer embarazada debe recibir una dieta variada de los mejores alimentos al alcance de la familia: leche, frutas, verduras, carne, pescado, huevos, legumbres y cereales. No existe motivo para evitar que las mujeres consuman estos alimentos durante el embarazo.

Si fuera posible, la mujer debería pesarse en cuanto sepa que está embarazada. Es importante que su peso aumente cada mes de embarazo y que logre un incremento total de 6 a 12 kilogramos antes del parto. Un mayor aumento de peso no es bueno para la madre ni para el futuro hijo o hija y puede resultar peligroso.

Pueden evitarse muchos de los riesgos del embarazo y el parto si la futura madre acude a un centro de salud en cuanto crea estar embarazada. El personal de salud la ayudará a tener un buen control prenatal y de la evolución del embarazo para un parto sin riesgos para que su bebé nazca sano.

La mujer embarazada no debe fumar y debe evitar aspirar el humo de otros fumadores, lo que puede ocasionar que su bebé nazca con bajo peso, pudiendo interferir en la evolución del embarazo o causando la pérdida del bebé. Aumenta el peligro de complicaciones en la salud del bebé. También es importante no tomar medicamentos durante el embarazo a menos que sean absolutamente necesarios y los haya recetado un profesional de la salud o agente de salud autorizado.



## El nuevo papá

¿Y qué tal si ser padre o madre jamás pudiera ser un "caso fortuito"? ¿Qué tal que "aquello" solo fuera posible si la pareja está convencida de que es una fortuna amar y ayudar a crecer a una personita a quien le basta una de sus primeras sonrisas para hacer sentir a papá y mamá que han hecho lo mejor de sus vidas: traer ese bebé al mundo?

*Tener un bebé es un evento muy personal en el que cada vez se inscriben más padres.*

Pero no es así. O por lo menos no siempre esperar y criar un hijo o hija es un proceso tan idílico. Lo normal es que durante el embarazo las mujeres continúen con sus actividades cotidianas. Sin embargo, el hecho de que las embarazadas hayan perdido el aura de gracia y virtud que le adjudicaron algunas culturas, tiene desventajas. Por ejemplo, con frecuencia no se recuerda que ellas y el bebé que está por nacer necesitan una dosis extra de descanso, tranquilidad, buena alimentación, control de salud y afecto..., muchísimo afecto.

Con la paternidad sucede algo similar. Ha sido tanta la alharaca —a veces dulzona— sobre el instinto maternal, que el hecho de ser padre ha sido relegado a un plano verdaderamente secundario. De manera que la satisfacción que puede significar la participación del futuro padre en el período de espera del bebé, en el momento del parto o en el mismo proceso de crianza, es un tema casi inexistente.

Algunos centros de atención a embarazadas han comenzado a invitar a los futuros papás a charlas y reuniones para intercambiar dudas y experiencias sobre el proceso físico y afectivo que vive una pareja que espera un bebé. Más allá del nivel de formación profesional que tienen los participantes, existe un denominador común: la mayoría desconoce puntos tan sencillos como las señales de comienzo del parto. Ellos —en caso de necesidad— no sabrían qué cosas indispensables deberían poner en un maletín, si tuvieran que llevar a su compañera al hospital para dar a luz. Saben que serán padres pero el parto es percibido como un evento lejano, difícil y para algunos "gracias a Dios, imposible de experimentar en cuerpo propio". "Espaciar nacimientos", es un suceso donde los padres casi se sienten desprovistos, despojados o ignorantes de cualquier responsabilidad. Algunas familias deciden recibir el bebé en "conjunto". El resultado es que los hombres se autoperciben desde el embarazo como padres, se sienten más "libres" de expresar sus sentimientos —hacerle cariñitos a *su* bebé, por ejemplo— y, en general, los bebés reciben más atención, lo que siempre resulta muy conveniente para todos los involucrados en ese proyecto de vida que se llama "familia".

# Embarazos de riesgo

## Datos sobre este tema

### *La edad recomendable: después de los 18 y antes de los 35*

*El embarazo antes de los 18 o después de los 35, aumenta los riesgos para la salud de la madre y del recién nacido.*

- ❑ Más de un millón de mujeres mueren cada año por causas asociadas al embarazo y al parto, y dejan más de un millón de niñas y de niños huérfanos de madre. La mayoría de estas muertes podrían evitarse si se tuvieran en cuenta los riesgos que corren las mujeres que quedan embarazadas antes de los 18 años y después de los 35 y la conveniencia de planificar los nacimientos y espaciar los embarazos.
- ❑ Aunque solo sea por razones de salud, ninguna joven debería quedar embarazada antes de los 18 años. Una mujer solo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos e hijas a partir de esa edad. Los hijos e hijas de madres menores de 18 años tienen muchas más probabilidades de nacer prematuramente o con un peso más bajo y el parto tenderá a ser más difícil. Los hijos de madres demasiado jóvenes también tienen muchas más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida. Los riesgos para la salud de la madre son así mismo mayores.
- ❑ A partir de los 35 años vuelven a aumentar los riesgos asociados al embarazo y al parto. En el caso de mujeres mayores de 35 años que ya han tenido cuatro o más embarazos, un nuevo embarazo representa un grave riesgo tanto para su propia vida como para la del futuro hijo o hija.

Las mujeres que han gozado de buena salud y han estado bien alimentadas en su infancia y adolescencia tienen menos riesgos durante el embarazo y el parto. Un embarazo y un parto seguros y sin problemas dependen sobre todo del estado de salud, de la preparación de la madre y del adecuado control médico prenatal. De ahí la importancia de prestar especial atención a la salud, alimentación y educación de las adolescentes. El primer embarazo no debería producirse antes de los 18 años como mínimo.

## Espaciar los nacimientos

Otro factor decisivo para la salud de la madre y del bebé, es el período de tiempo que hay entre los nacimientos (período intergenésico). El riesgo de mortalidad en la primera infancia se incrementa alrededor de un 50% cuando median entre los nacimientos menos de dos años.

**Para proteger la salud de las madres y de sus hijos o hijas, las madres y los padres no deberían tener otra hija o hijo hasta que el menor haya cumplido al menos dos años.**

- ❑ Los niños y niñas nacidos muy seguido no suelen desarrollarse tan bien, tanto en el aspecto físico como mental, como aquellos entre los cuales media un mínimo de dos años.
- ❑ Una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo de un niño o niña menor de dos años es el nacimiento de un hermano, pues la lactancia materna se interrumpe de forma demasiado brusca y la madre y el padre disponen de poco tiempo para preparar los alimentos especiales que requiere el pequeño. También es posible que el padre o la madre no puedan proporcionar al hijo mayor los cuidados, tiempo y atenciones que necesita, sobre todo en caso de enfermedad. Ello se traduce a menudo en un crecimiento y un desarrollo inadecuado del niño.
- ❑ Una madre necesita de dos años para que su organismo se recupere completamente después de un embarazo y un parto. Los riesgos para la salud de la madre aumentan, por tanto, si el tiempo que hay entre un nacimiento y el embarazo siguiente es demasiado corto. La madre debe concederse el tiempo necesario para recuperar sus fuerzas antes de iniciar una nueva gestación.
- ❑ Cuando una mujer queda embarazada antes de haberse recuperado por completo aumentan las posibilidades de que su nuevo hijo sea prematuro o tenga un bajo peso al nacer. Los recién nacidos con un peso demasiado bajo tienen menos posibilidades de desarrollarse adecuadamente, son más propensos a las enfermedades y la probabilidad de que mueran antes de cumplir el primer año de vida es cuatro veces superior que la de los niños nacidos con un peso normal.

## Mucho cuidado después del cuarto...

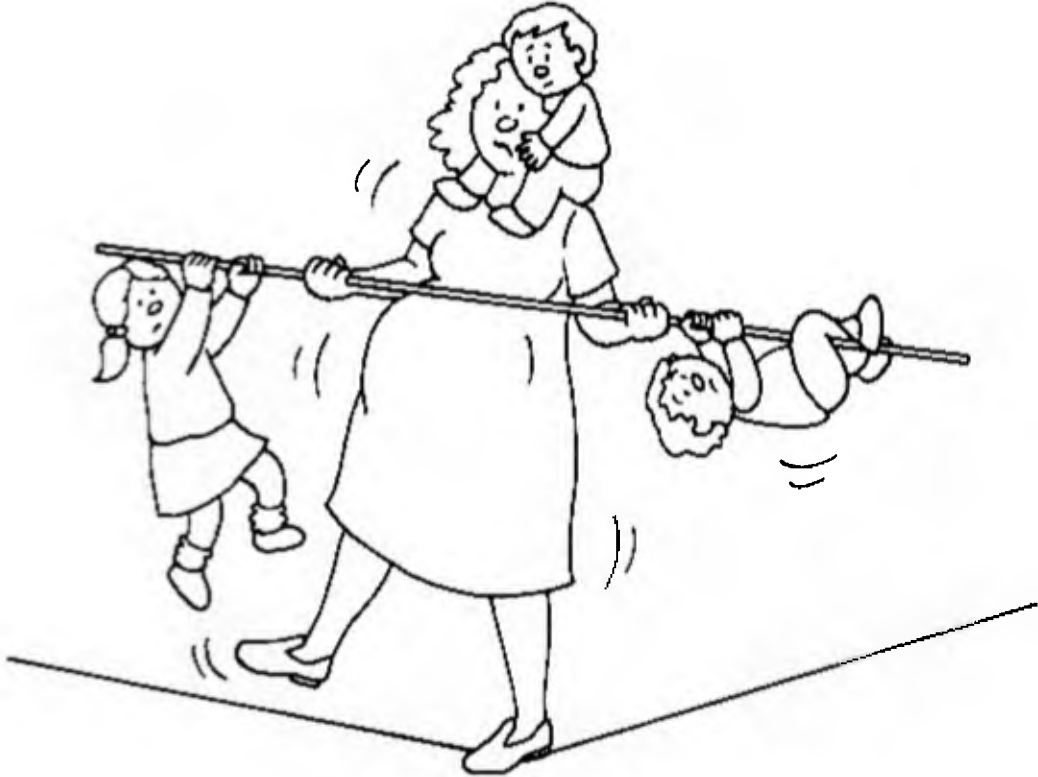
A partir del cuarto hijo o hija aumentan los riesgos para la salud derivados del embarazo y del parto.

- ❑ La repetición de la secuencia de embarazo, parto, lactancia y cuidado de los niños y las niñas de corta edad puede socavar fácilmente el estado físico de la mujer, sobre todo si no ha mediado un tiempo de

**Cuando una mujer ya ha tenido cuatro hijos, todo nuevo embarazo conlleva mayores peligros para su vida y su salud, así como para las de su futuro hijo.**

más de dos años entre los partos anteriores. Los posteriores embarazos suelen afectar la salud de la madre.

- A partir del cuarto embarazo aumentan los riesgos de que aparezcan problemas graves de salud, como anemia y hemorragias. El riesgo de que los y las recién nacidos presenten discapacidades físicas o bajo peso al nacer aumenta a partir del cuarto embarazo y cuando la madre sobrepasa los 35 años de edad, incrementándose también los riesgos de anomalías congénitas como el Síndrome de Down —mongolismo— entre otros.



## Información para la familia

### Las ventajas de asistir al control prenatal

Pueden evitarse muchos de los riesgos del embarazo y el parto si la futura madre acude a un centro de salud en cuanto crea estar embarazada. El personal de salud la ayudará a tener un parto sin riesgos y a que su bebé nazca sano, para esto el personal de salud procura:

- controlar la evolución del embarazo con el fin de poder trasladar a la futura madre a un hospital para el parto si existen probabilidades de que surja algún problema.

- controlar la posible presencia de hipertensión ("presión alta") que representa un riesgo para la madre y el niño.
- realizar los exámenes de laboratorio necesarios para la buena evolución del embarazo.
- prevenir complicaciones a la madre y al producto mediante la detección de factores de riesgo como el RH(-), procesos virales, diabetes, toxoplasmosis, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual u otros.
- administrar medicamentos para prevenir la anemia.
- administrar las vacunas que protegerán a la madre y al recién nacido contra el tétanos.
- darle el debido suplemento vitamínico y ácido fólico necesario para la buena evolución de su embarazo.
- administrar tabletas contra el paludismo en caso necesario.
- preparar a la madre para el parto y aconsejarla sobre la lactancia materna y el cuidado del recién nacido.
- aconsejar los medios para retrasar el siguiente embarazo.

### ***Riesgos durante el embarazo: IS. O. SI (señales de alarma)***

En todo embarazo es importante pedir consejo a un agente de salud para decidir dónde debe nacer el niño y quién debe atender el parto. Si una familia sabe que un parto puede ser difícil o entrañar algún riesgo, debe procurar que el bebé nazca en un hospital o clínica. O tal vez la familia pueda trasladarse temporalmente a un lugar más próximo a una clínica u hospital para que la madre reciba asistencia médica calificada. Es preferible siempre la atención del parto por personal de salud calificado para esta atención.

Es importante que las mujeres embarazadas, sus maridos y otras personas de la familia conozcan los síntomas de alarma que indican la necesidad de cuidados adicionales y de consultas periódicas con un agente de salud.

Estos son algunos factores de riesgo para la mujer antes del inicio de un embarazo:

- intervalo menor de dos años desde el último parto, tener menos de 18 o más de 35, tener cuatro o más hijos.
- haber tenido algún parto difícil o mediante cesárea, algún parto prematuro, algún aborto espontáneo o provocado o haber dado a luz un niño muerto.
- tener una estatura inferior a 145 centímetros y un peso inferior a 38 kilogramos antes del embarazo.

***Para reducir los riesgos del embarazo y el parto es importante que todas la familias conozcan los principales síntomas de alarma.***

Los siguientes son algunos síntomas de alarma que pueden presentarse durante el embarazo:

- falta de aumento de peso (durante el embarazo la madre debe aumentar al menos 6 kilos)
- palidez de la cara interna de los párpados (ésta debe tener un color rojo o rosado)
- hinchazón inusual de piernas, brazos o cara.

Cuatro señales que indican la necesidad de recibir asistencia inmediata:

- pérdidas vaginales de sangre durante el embarazo
- fuertes dolores de cabeza (síntoma de hipertensión)
- vómitos abundantes
- abscesos dentales
- erupciones de la piel
- fiebre alta.

# Nutrición durante el embarazo

## Datos sobre este tema

### El costo energético del embarazo

Durante el embarazo, es necesario satisfacer las necesidades del feto en crecimiento y aportar los requerimientos nutricionales que demanda el tejido materno adicional asociado con el embarazo, lo que incluye la placenta, las mamas y el útero. También se necesita más energía debido a que hay un mayor costo de la actividad física. Además debe atenderse la acumulación normal de grasa como reserva de energía.

***El estado nutricional de las mujeres durante el embarazo tiene consecuencias directas e importantes para su propia salud y para su capacidad de tener un bebé saludable y amamantarlo.***

Hasta hace unos años se creía que el incremento de las necesidades energéticas era mayor hacia fines del embarazo, cuando el crecimiento fetal es significativo. Sin embargo, se ha determinado que en circunstancias normales, la grasa empieza a acumularse desde el principio del embarazo para satisfacer las necesidades posteriores de energía adicional, en especial durante la lactancia. Por lo tanto se recomienda que la energía adicional requerida en el embarazo se distribuya durante todo el periodo.

Un equilibrio alimentario apropiado debe asegurar una ingesta de energía suficiente para el crecimiento adecuado del feto sin recurrir a los propios tejidos de la madre para mantener el embarazo. Se ha demostrado que las mujeres bien nutridas que tienen una dieta variada, equilibrada, y mantienen un nivel moderado de actividad física pueden tener un embarazo normal, aumento de peso adecuado y dar a luz bebés sanos sin ningún cambio significativo en su ingesta alimentaria antes del embarazo.

En cambio, las mujeres con desnutrición crónica y dietas francamente insuficientes que, además, continúan desempeñando tareas físicas arduas, aumentan en general muy poco de peso durante el embarazo, tienen bebés de bajo peso al nacer y tienen un deterioro de su propio estado nutricional. En estos casos, se debe atender la necesidad de energía adicional para el embarazo con un aumento del consumo de granos y raíces y cantidades moderadas de grasas vegetales y aceites. Además debe aumentar el consumo de alimentos con fuentes de proteínas como las carnes, huevos, leguminosas y productos lácteos.

Los requerimientos de vitaminas y minerales también aumentan durante el embarazo. Las mujeres carecen frecuentemente de hierro aun cuando en general estén bien nutridas. Durante el embarazo se necesitan cantidades significativas adicionales de hierro. Los requerimientos de hierro del feto son mas importantes durante el segundo y tercer trimestre. A menos que existan reservas de alrededor de 500 mg de hierro antes del embarazo, se deben suministrar suplementos de hierro para evitar la alteración en el incremento esperado de la masa hemoglobina de la madres. Es necesario aumentar la ingesta de suplementos de hierro medicinal junto con ácido fólico.

Cuando la dieta normal es deficiente, aun marginalmente, en algunos minerales o vitaminas, la situación puede tornarse crítica durante el embarazo. Por ejemplo, las poblaciones con deficiencia en yodo sufren diversas consecuencias que incluyen bocio, bajo peso al nacer y —en estado de marcada deficiencia— se observan formas irreversibles de un grave trastorno mental y neurológico conocido como cretinismo. En las áreas donde hay deficiencia de vitamina A o tiamina, las mujeres embarazadas y sus bebés están en peligro.

## Consejos

### La dieta de mamá

Durante el embarazo y mientras amamantan a su bebé, las mujeres necesitan alimentarse de manera adecuada. Una buena dieta debe asegurar que la futura madre tenga energía suficiente para el crecimiento adecuado del feto sin que necesite recurrir a sus propios tejidos para mantener el embarazo.

La futura mamá o la madre que amamanta necesita de comida muy nutritiva, especialmente aquella que contiene calcio, hierro y vitaminas.

Aun las mujeres que tienen una buena dieta con frecuencia carecen de hierro. Durante el embarazo se necesitan cantidades adicionales de este mineral, sobre todo durante el segundo y tercer trimestre. En la mayoría de los casos una dieta normal no es suficiente para la demanda, por ello siempre se debe tomar suplementos de hierro. De todos modos, es preferible comer más alimentos que contengan esta sustancia, y frutas y vegetales ricos en vitamina C, pues ayudan al cuerpo a absorber el hierro.

La deficiencia de yodo en algunas comunidades, contribuye al nacimiento de bebés que registran bajo peso al nacer y desventajas en sus funciones mentales. La falta de vitamina A, también es un factor de riesgo para las mujeres embarazadas y para sus bebés.

Los demás componentes de la "dieta" de la futura mamá y de la madre que amamanta tienen que ver con las personas que la rodean, especialmente con su compañero. El primero es tomarse en serio la maternidad a la hora de las decisiones: el período mínimo entre embarazos



—o período intergenésico— debe ser de dos años. Es tal el desgaste de energía que significa un embarazo, que un espaciamiento menor entre hijos siempre implica el riesgo de anemia y otras enfermedades para la madre y de bajo peso al nacer para su bebé.

En la dieta también es fundamental el cuidado de la familia, que incluye hacer todo lo posible porque la nueva madre tenga tiempo extra para descansar, darle la mayor prioridad en lo que se refiere a alimentación y brindarle mucho apoyo emocional.

Es posible que —durante el embarazo o cuando las mujeres amamantan— en algunas familias los hombres se sientan alentados a asumir oficios domésticos que por lo general son asignados a las mujeres. El resultado será placentero: las mujeres podrán descansar más y los bebés contarán con condiciones para llegar al mundo con un peso adecuado o bien, podrán disfrutar de una madre descansada que les ofrecerá el mejor alimento para su edad: la leche materna.



**El ácido fólico**

**Las mujeres necesitan una dosis extra de ácido fólico antes y durante el embarazo.**

- ❑ El ácido fólico es una vitamina del complejo B que cumple varias funciones, por ejemplo, ayuda a mantener los niveles recomendados de hemoglobina.
- ❑ El ácido fólico ayuda a prevenir algunos defectos —especialmente en el cerebro y en la espina dorsal y otros como labio leporino y fisura palatina— en el período de formación del bebé.
- ❑ El ácido fólico es muy importante durante las primeras semanas del embarazo. Durante este período, muchas mujeres no se dan cuenta de que están embarazadas y desconocen el hecho de que su bebé tiene mucha necesidad de ácido fólico pues las primeras semanas son definitivas en el proceso de formación de muchos órganos.
- ❑ Dado que los defectos del tubo neural (en el cerebro y espina dorsal) se originan durante el primer embarazo (generalmente antes que la madre sepa que está embarazada) es importante que la mujer tenga suficiente ácido fólico en sus sistema antes de quedar embarazada.
- ❑ Es importante que toda mujer que se encuentre en edad de tener hijos ingiera ácido fólico.



- ❑ Muchos alimentos tienen ácido fólico, por ejemplo: las lentejas, la naranja, la espinaca, el brócoli, las arvejas y los vegetales de color verde oscuro, la levadura de cerveza, el germen de trigo, maní, semillas de girasol, espárragos, etc.

***¿Cuánto ácido fólico necesita consumir una mujer en edad fértil?***

La dosis recomendada para una mujer que esté en edad de tener hijos es de 400 microgramos por día. Esta no es una cantidad difícil de alcanzar.

- ❑ Media taza de lentejas tiene 200 microgramos. Es decir, la mitad de lo cantidad que se recomienda consumir.
- ❑ Media taza de espinacas o una onza de cereales enriquecidos con ácido fólico, de los que se toman para desayunar, hacen más o menos cien microgramos de ácido fólico.
- ❑ Media taza de brócoli cocido y media taza de arvejas verdes, son 400 microgramos de ácido fólico.

***Muchas mujeres quedan embarazadas sin haberlo planeado, por eso se recomienda que todas las mujeres en edad fértil tomen ácido fólico.***

***¿Cuánto ácido fólico necesita consumir una mujer embarazada?***

Una mujer embarazada necesita 800 microgramos o más de ácido fólico cada día.

- ❑ Muchas píldoras de vitaminas son una fuente de ácido fólico. Durante las visitas de control prenatal, pregunte a su médico o personal de salud autorizado si puede tomarlas.

# El parto

## ¡Llegó la Hora!

Un parto normal dura un promedio de doce horas desde que comienzan los dolores hasta que nace el bebé, en algunas mujeres primerizas puede extenderse por más de 20 horas, pero los partos siguientes demoran un promedio ocho horas.

Estas son algunas señales de que el momento del parto llegó:

- Ella siente constantes deseos de orinar, sangra un poco por la vagina y tiene secreciones mucosas.
- El vientre está más bajo, se pone duro y comienzan los dolores del parto.
- Durante el período de "trabajo" de parto, antes de la "rotura de la fuente", las mujeres pueden tomar agua y caminar si esto las hace sentir más cómodas y tranquilas.

Apenas nace el bebé, se recomienda dárselo a la madre para que lo amamante, esto fortalece el vínculo entre la madre y el bebé, ayuda a la recuperación del tamaño del útero y puede evitar algunas complicaciones post-parto.



## Datos sobre este tema

- ❑ Cuando llega el momento del parto, el útero —el órgano donde se ha desarrollado el bebé— comienza a moverse y a empujar para que el bebé pueda pasar por el canal del parto.
- ❑ Durante la contracción, el útero se pone duro y al dejar de contraerse, se pone blando. El dolor que provocan las contracciones depende de la sensibilidad de la madre y también de un buen trabajo de respiración, lo que permite que a pesar de las contracciones, los músculos del cuerpo estén relajados.
- ❑ Cuando una madre elimina por la vagina una especie de moco con sangre es señal de que ya va a dar a luz. Lo que sucede es que la sustancia mucosa que tapa el cuello del útero se desprende cuando comienza a dilatarse el canal que comunica el útero con la vagina. Generalmente hay un poco de sangre.
- ❑ El canal que comunica el útero con la vagina comienza a ensancharse. Cuando la cabeza del bebé inicia su paso por el canal de la vagina va protegida por una membrana que se conoce como fuente. La cabecita del bebé hace presión y puede romper esa membrana. Ese evento se conoce como "la rotura de la fuente".
- ❑ Al romperse la membrana, la bolsa pierde el líquido y el bebé queda sin protección, expuesto a las bacterias y a todo tipo de infección. En estos casos la madre debe ser atendida de inmediato y con la mayor higiene posible para evitar la contaminación del bebé. La madre debe permanecer acostada y debe ser llevada lo más pronto posible a que reciba atención médica para evitar la asfixia del bebé.
- ❑ El trabajo que realiza el útero para el nacimiento del bebé, se conoce como trabajo de parto y puede durar de ocho a más de 20 horas.

## El puerperio

*Luego de nueve meses de gestación, el puerperio es un período definitivo para atender la salud de la mamá. Las infecciones y las hemorragias suelen causar los mayores problemas.*

El cuerpo ocupa las primeras seis semanas que siguen al parto para “volver a su estado anterior” Durante el parto, el cuello del útero y la vagina se convierten en un corredor y una puerta que se ensanchan y se abren para permitir la salida del bebé. Esa puerta y ese túnel tardan semanas en volver al estado que tenían antes del embarazo. Es en ese momento que la madre está especialmente vulnerable a infecciones y hemorragias, pues sus defensas disminuyen. Esta

situación es mucho más grave en madres desnutridas.

La infección es causada por bacterias que ingresan por la vagina si la madre descuida su higiene o si el parto fue atendido en malas condiciones higiénicas. El útero es un órgano libre de gérmenes, mientras que la vagina y los genitales externos tienen gérmenes. La madre puede bañarse al día siguiente del parto. Es necesario hacerse una buena higiene después de orinar y defecar. Hay que tener cuidado de no contaminarse al momento de defecar o de usar el papel higiénico.

Cuando hay hemorragias, se producen escalofríos, decaimiento y debilidad. Las mujeres que tienen más peligro de sufrir hemorragias son aquellas que han tenido bebés de más de cuatro kilos de peso, las que han tenido varios bebés en un parto, las que tienen más de 35 años y las que han acumulado mucho líquido en el útero, o sea, las que tienen una barriga grande y un bebé pequeño.

Uno de los peligros más graves de contraer una infección durante el puerperio (período que sigue al parto) es que ésta puede llegar a la sangre, infectar todo el cuerpo y entonces, puede producirse la muerte. También pueden afectarse el útero, los ovarios y las trompas al punto que la mujer quede estéril. La pérdida violenta y continua de sangre también puede ocasionar la pérdida de la vida.

La higiene, el seguimiento de la familia a la recuperación de la nueva mamá, y una atención médica rápida —si es necesaria—, son tres condiciones básicas para que el puerperio llegue a buen término.

### Luego del parto

- Es el período que sigue al parto, sea éste vaginal o por cesárea. Dentro de las 24 horas después del parto, toda mujer debe descansar en cama durante seis horas como mínimo para evitar

complicaciones como hemorragias violentas que pueden poner en peligro su vida.

- ❑ Poco a poco, la nueva mamá retoma su vida habitual. El sangrado que se produce después del parto desaparece unos días después.
- ❑ Si no hay complicaciones después del puerperio inmediato (24 horas), la madre no debe permanecer en cama por horas prolongadas, pues hay mayores riesgos de infección. Al estar de pie es más fácil que salga la sangre y esto puede ayudar a evitar que ingresen las bacterias.
- ❑ El apoyo de la familia tanto para el cuidado del bebé como de la madre, son fundamentales durante el período que sigue al parto.



## Siete señales de infección

**El cuerpo avisa:  
préstele atención**

Luego del parto, la mamá queda débil y su capacidad de defenderse de las infecciones se ve disminuida. Estas son algunas señales de infecciones que pueden ocurrir durante el puerperio:

1. Malestar general y dolor en el vientre: no es común que durante el puerperio la mamá tenga la sensación de estar enferma.
2. Fiebre que a veces llega a altas temperaturas. Hay fiebre si el termómetro marca 38 grados o más de temperatura. En algunos casos la fiebre es precedida de escalofríos y temblores en todo el cuerpo.
3. Le duelen los genitales y los tiene enrojecidos. Esto es normal después del parto. Pero si una vez que disminuyen estas molestias, vuelven a aparecer, puede ser signo de infección.
4. Secreción en los genitales internos y externos: el sangrado después del parto es normal. Pero si continúa después de varios días es peligroso, especialmente cuando se vuelve oscuro y tiene un olor desagradable.
5. El tamaño del útero no disminuye. El útero debe recuperar su tamaño poco a poco después del parto. Algunas veces, cuando hay una infección seria, la barriga se afloja y la mamá puede tener náuseas, vómitos y diarreas.
6. Molestias urinarias intensas. La mamá puede tener ganas de orinar a cada rato y sentir dolor al hacerlo o también puede tener dolor bajo el ombligo después de orinar.
7. Molestias en los senos: las mamas se hinchan, enrojecen y se calientan como si tuvieran fiebre. Duele cuando se tocan, especialmente en los pezones. A veces se forma pus, lo cual requiere atención médica.



# Empezando a amamantar

## Datos sobre este tema

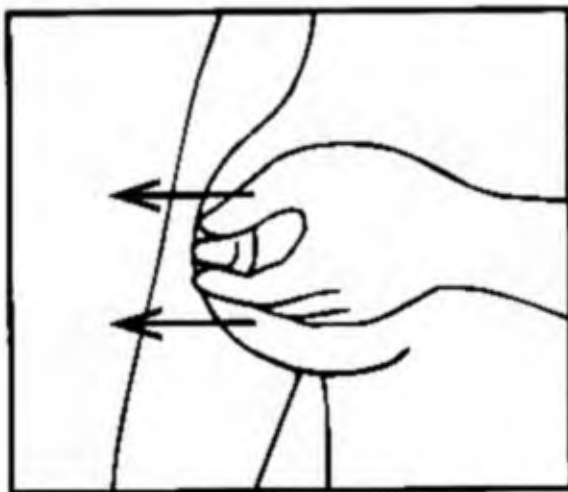
- ❑ Los recién nacidos deben iniciar la lactancia materna lo más pronto posible después del parto. La mayoría de las madres está en la capacidad de amamantar.
- ❑ La mejor manera de que una madre asegure un adecuado amamantamiento es buscando orientación y preparándose, sobre todo si se trata de una madre primeriza.
- ❑ Iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la producción de leche de la madre. Siempre que sea posible, el recién nacido debe empezar a mamar no más de una hora después del parto.
- ❑ Dar de mamar inmediatamente después del nacimiento permite que el bebé aproveche el calostro —la espesa leche amarillenta, fuente rica en proteínas importantes para la resistencia a enfermedades infecciosas, estimulación y crecimiento de tejidos, etc.— que se produce durante los primeros días después del parto.
- ❑ El calostro es bueno para los recién nacidos pues además de ser muy nutritivo ayuda por sus efectos laxativos al establecimiento de los movimientos normales del intestino; también les da muchas defensas contra las enfermedades, entre ellas, las diarreas.
- ❑ El recién nacido no necesita recibir ningún otro alimento ni bebida durante el tiempo que se produzca un nuevo flujo de leche de la madre.
- ❑ Para que la madre se asegure de amamantar en forma adecuada, es muy importante que tanto ella como su familia y las personas que la ayuden durante el parto y la crianza conozcan y pongan en práctica estos consejos:
  - Dejar que la niña o el niño recién nacidos se queden todo el tiempo con su madre, para que estén más tranquilos y puedan mamar todas las veces que lo pidan, incluso durante la noche. Al comienzo piden mucho el pecho, pero luego, conforme la madre produce más leche, ellos y mismos van espaciando sus mamadas.
  - El amamantamiento temprano y continuo asegura también que la leche de la madre baje más rápido y cada vez en mayor cantidad.

## Información para las mujeres que amamantan

### El cuidado de los pezones

- ❑ La preparación para lactar debe empezar desde el nacimiento. Por eso es necesario que la madre se prepare para amamantar desde que está embarazada.
- ❑ La mujer embarazada debe prepararse para la lactancia cuidando su alimentación, asistiendo a las visitas del control prenatal, alistando sus pezones y recibiendo orientación para resolver sus dudas o temores en relación con la lactancia materna.
- ❑ El tamaño de los pechos no influye en la calidad y cantidad de la leche, pues los senos son grandes o pequeños dependiendo de la cantidad de grasa que los rodea y no de la cantidad de leche que puedan producir.
- ❑ El tamaño y tipo de los pezones, por el contrario, sí influye. Por eso es importante que la mujer embarazada revise y aliste sus pezones para saber si su tamaño es suficiente o necesita alargarlos un poco más.
- ❑ Las madres con pezones muy cortos pueden tener dificultades para que su hijo o su hija puedan mamar adecuadamente, pues las bocas de los y las bebés son muy pequeñas y les cuesta mucho trabajo sacar suficiente leche.
- ❑ Las mujeres con pezones muy hundidos deben recurrir también al masaje y si no les da resultado, deben buscar ayuda con el personal de salud.
- ❑ Para alistar y fortalecer la piel de los pezones, la mujer embarazada debe, todos los días, masajear sus pezones. El procedimiento es muy sencillo: todas las mañanas después de tomar baño, los debe masajear suavemente hacia afuera, agarrando cada pezón entre sus dedos índice y pulgar, repitiendo ese movimiento varias veces. El masaje puede realizarse también después de tomar baño antes de ir a dormir.
- ❑ Las madres con pezones cortos o hundidos deben tomar mucho más en serio la continuidad de los masajes para alistar sus pezones, hasta lograr alargarlos lo suficiente.  
Así, en pocas semanas, sus pezones estarán listos para amamantar adecuadamente a su bebé.
- ❑ Se debe recurrir al personal de salud:
  - Si la embarazada nota que sus pezones son muy cortos o están muy hundidos.

- Si la madre siente dolor, inflamación o enrojecimiento en alguno de sus pechos.
- Si a pesar de haber tenido todos los cuidados y precauciones necesarias la madre percibe que su bebé rechaza el pecho y llora porque tienen problemas para mamar.
- Cuando nazcan gemelos.



## Algunos problemas frecuentes de la lactancia

### ***Dolor al amamantar***

Amamantar no debe producir dolor. La causa más frecuente de dolor es la mala posición del niño o de la niña al mamar. Si el bebé introduce en la boca sólo el pezón y no la areola, la presión de las encías en el pezón produce dolor. El dolor interfiere en el reflejo de eyección de la leche, lo que impide que el niño o la niña reciba suficiente leche al mamar.

### ***Grietas del pezón***

La causa más frecuente es la mala técnica de amamantamiento. Si la grieta es leve se corrige utilizando la técnica adecuada -introducir la areola y el pezón en la boca del bebé. Después de cada mamada se debe cubrir la areola y el pezón con leche materna y dejar secar al aire libre por algunos minutos.

Si la grieta es extensa y se abre al amamantar se debe extraer la leche manualmente y darla al niño con una cucharita.

Si la grieta no se cura la madre debe buscar ayuda con el personal de salud. Nunca coloque cremas cicatrizantes sobre la grieta sin autorización médica.

## ***Congestión mamaria***

Se manifiesta por un aumento en el tamaño de ambas mamas, que se ponen duras y sensibles. Es necesario vaciarlas manualmente o con bomba de extracción, hasta ablandar esta zona para que el niño o niña puedan mamar.

Si las mamas se encuentran muy duras, dolorosas, calientes, enrojecidas y resulta difícil extraer la leche, busque ayuda con el personal de salud.

## **Consejos**

### **Posición correcta para amamantar**

La posición en que el lactante toma el pecho es muy importante.

Una posición incorrecta puede causar problemas, como por ejemplo:

- dolor o grietas en los pezones
- insuficiente producción de leche
- rechazo de la alimentación

El lactante está bien agarrado al pecho de la mamá cuando cuando:

- su cuerpo se mantiene vuelto hacia la madre
- succiona largamente y con fuerza todo el pezón le queda dentro de la boca
- el pecho de la madre no le tapa la nariz
- está tranquilo y contento
- la madre no siente dolor en los pezones

Casi todas las madres producen leche suficiente si:

- el lactante toma el pecho en una posición adecuada
  - el lactante mama con tanta frecuencia como lo desee, incluso durante la noche



***Siempre que sea posible, la madre debe lavar sus manos con agua y jabón antes de comenzar a amamantar. En especial, después de haber ido a la letrina o al inodoro.***

## **Cuando el lactante llora entre una y otra mamada**

Cuando el lactante llora entre una y otra mamada el motivo no suele ser el hambre. Habitualmente es señal de que el bebé necesita recibir mayores cuidados y de que le tengan en brazos más a menudo. Algunos bebés necesitan succionar el pezón simplemente para consolarse. El llanto no indica que el niño o niña necesite recibir una alimentación artificial. Si el lactante tiene hambre, una succión más intensa producirá más leche.

## **Las madres que temen no tener suficiente leche**

Las madres que temen no tener suficiente leche a menudo dan a sus bebés otros alimentos o líquidos durante los primeros meses de vida. Pero el resultado es que el lactante toma pecho con menos frecuencia, con lo que se reduce la producción de leche materna. Para evitar que esto ocurra, es preciso tranquilizar a las madres y asegurarles que pueden alimentar a bebés exclusivamente con su propia leche. Para ello necesitan recibir estímulo y ayuda práctica de sus familias, del padre del niño o niña, de sus vecinos y vecinas, de sus amigos y amigas y del personal de salud.



### La succión frecuente

La succión frecuente estimula la producción de leche materna en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante. El recién nacido debería ser amamantado cada vez que lo desee desde el mismo momento del parto. Este deseo se manifiesta habitualmente llorando. La demanda de alimento es lo más conveniente tanto para el lactante como para la madre. La succión frecuente es necesaria para estimular una producción más abundante de leche materna.

La succión frecuente ayuda a evitar la hinchazón y el dolor en los pechos.

"Completar" la lactancia materna con preparados de leche en polvo para lactantes, leche de vaca, agua u otros líquidos reduce la cantidad de leche materna que toma el lactante. Ello disminuye la producción de leche de la madre.

El empleo de un biberón para dar otros líquidos al lactante puede inducirle a abandonar por completo la lactancia materna. La acción de succionar un biberón es muy distinta de la que exige la lactancia materna y el lactante generalmente prefiere el biberón porque requiere un menor esfuerzo. El uso de biberón pone en riesgo la salud del niño por las dificultades que puedan existir para una buena higiene del biberón.



## **Para producir suficiente leche**

Para que la madre se asegure de producir suficiente leche durante el tiempo que está amamantando, lo mejor es:

- Dar de mamar cada vez que el bebé lo desee, puesto que cuanto más mame, más leche producirá la madre.
- Dar de mamar de 10 a 15 minutos por cada pecho.
- Tomar líquidos en abundancia (unos 12 a 16 vasos diarios).
- No tomar bebidas que contengan alcohol, no fumar activa ni pasivamente y no consumir drogas ilícitas. El alcohol y las sustancias que contienen el tabaco y los fármacos pasan a la leche y afectan tanto a la madre como al bebé.
- No tomar medicamentos que no hayan sido recetados por un médico. Muchas medicinas también llegan a la leche y podrían afectar al bebé.
- Comer mayor cantidad de alimentos de los que está acostumbrada a comer, si la madre es bastante delgada.
- Dejar de comer únicamente lo que ella sienta que le cae mal.
- Continuar comiendo todo lo que está acostumbrada a comer. En general, no hay alimentos que sean dañinos para el bebé.

## **¿Cómo amamanta la madre que vuelve al trabajo?**

Antes de salir, la madre puede dar de mamar y luego sacarse la leche para que la persona que cuida al niño o la niña la caliente más tarde en baño maría y se la dé con una cucharita de una taza o un vaso lavados con agua hervida o clorada (agua segura) y jabón.

Por lo general, una madre puede sacarse una taza de leche cada vez, cuando ya tiene práctica. Por esta razón debe empezar a sacarse leche una o dos semanas antes de volver al trabajo. Con este método evitará que se le acumule mucha leche, se le pongan duros los pechos y sienta dolor en los pezones.

Cuando los pechos están tensos y los pezones adoloridos es porque los pechos están muy llenos de leche, en ese caso se recomienda usar un aparato llamado tiraleche, bomba, succionador o extractor manual de leche.

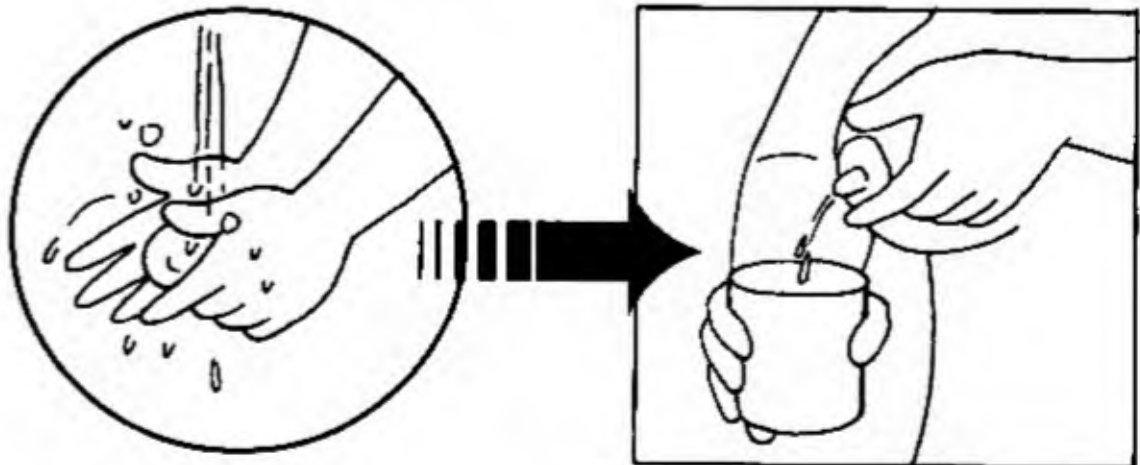
## **La mejor manera de conservar la leche sacada a mano**

- Tapar el utensilio de plástico donde se ha recogido la leche, con un trozo de tela limpia o con un plato lavado con agua hervida o clorada (agua segura) y jabón.

- ❑ Dejarla en el lugar más fresco de la casa, donde puede durar en buenas condiciones hasta unas 6 horas. Dentro de la refrigeradora la leche puede conservarse hasta dos días (48 horas).
- ❑ Para darle esta leche a la niña o al niño, lo mejor es hacerlo con una cucharita.

### **Para sacar la leche con la mano**

- ❑ Lavarse bien las manos con agua y jabón
- ❑ Lavar bien, con agua hervida o clorada (agua segura) y jabón, un vaso o taza de plástico.
- ❑ Hervir o esterilizar el vaso o taza después de usarla y guardarla en lugar libre de contaminación.
- ❑ Masajear el pecho ayuda a que baje la leche. El masaje debe hacerse con movimientos suaves, circulares, pasando la yema de los dedos alrededor de la zona de piel más oscura que rodea al pezón, conocida como la areola.
- ❑ Sostener el pecho atrás de la areola de manera que se pueda apretar con la mano, presionando de atrás para adelante.
- ❑ Para que la leche empiece a salir hay que apretar, mover los dedos hacia adelante, soltar y volver a apretar. Es mejor repetir este movimiento a los lados de la areola, para que salga toda la leche acumulada en el pecho. Al comienzo puede que no salga mucha leche pero después de apretar algunas veces, el pezón comienza a gotear y con frecuencia llega a salir un chorro.
- ❑ Mientras se va apretando el pecho, con la otra mano se acerca el recipiente para recoger la leche.
- ❑ Cuanta más leche pueda sacarse la madre, más seguirá produciendo. Por eso, si tiene que estar todo el día fuera de casa, debe llevar al trabajo un recipiente plástico limpio que pueda taparse bien, para sacar más leche en otros momentos.





## Las madres que trabajan fuera del hogar

Estas madres necesitan permisos de maternidad adecuados y la posibilidad de interrumpir la jornada laboral para la lactancia, además de disponer de guarderías que se encarguen de la atención de sus hijos e hijas lactantes en el lugar de trabajo. Por lo tanto, las leyes laborales, las empresas y los sindicatos también pueden contribuir a favorecer la lactancia materna.



# Nutrición

Una alimentación adecuada garantiza que las niñas y los niños menores de cinco años cuenten con la energía necesaria para completar cada una de las etapas de crecimiento y desarrollo. En este capítulo dedicado a la nutrición, se busca alentar a las familias a examinar la dieta diaria bajo la óptica de las necesidades nutricionales durante el embarazo, la lactancia y el período de transición de la lactancia a la comida familiar. También se examina el consumo de vitamina A, hierro y yodo y la necesidad de conocer algunos factores que influyen en los períodos de "inapetencia" por los que atraviesan las niñas y los niños menores de cinco años.

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación, la redacción y presentación de cada tema incluido en este capítulo se las concibió como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual o todo el capítulo, para elaborar un artículo, un reportaje o un anuncio promocional.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica que se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, en cada tema y en cada subtema se aportan datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros cinco años de vida.

# Índice

## Nutrición

<b>La nutrición .....</b>	<b>71</b>
Datos sobre este tema .....	71
<i>La alimentación y los principales cuidados durante los primeros seis años .....</i>	71
<i>La nutrición: mucho más que alimentos .....</i>	74
<i>¡SOS! Diferencias que desnutren .....</i>	75
<i>EL ABC de la nutrición .....</i>	75
<i>El reto de papá y mamá .....</i>	77
Información para la familia .....	77
<i>Recomendaciones nutricionales o por qué comer justamente "eso" .....</i>	77
Consejos .....	80
<i>Siete (muy) básicas .....</i>	80
<b>Lactancia materna.....</b>	<b>82</b>
Datos sobre este tema .....	82
Temas conectados .....	83
<i>Campañas de promoción: las ventajas de la leche materna .....</i>	83
<i>¡No al chupón! .....</i>	84
<i>La exclusividad .....</i>	85
<i>Mamá versus las "otras" .....</i>	85
Consejos .....	86
<i>Si no quiere interrumpir... ..</i>	86
<i>¿Cómo sacar la leche? .....</i>	87
<i>¿Cómo almacenar la leche? .....</i>	87
Información para la familia .....	88
<i>Amamantar: una decisión familiar .....</i>	88
<i>El sistema de salud: parte de la solución .....</i>	88
<i>¿Casi una vergüenza? .....</i>	89
<b>Del pecho a la papilla .....</b>	<b>91</b>
Datos sobre este tema .....	91
Consejos .....	93
<i>Las primeras comidas .....</i>	93
<i>Cuando tiene siete meses... ..</i>	94
<i>Cuando tiene ocho meses... ..</i>	94
<i>Cuando tiene nueve meses... ..</i>	94
<i>Los beneficios de la leche materna .....</i>	95
<i>¡Latas no! Ni embutidos ni envasados .....</i>	95
<i>Los cuidados al comer... ..</i>	95
<b>Bajo peso al nacer .....</b>	<b>97</b>
Datos sobre este tema .....	97
<b>Yodo .....</b>	<b>99</b>
Datos sobre este tema .....	99
Consejos .....	100
<i>Yodo: Que no sobre y que no falte .....</i>	100
<b>Vitamina A .....</b>	<b>101</b>
Datos sobre este tema .....	101
Consejos .....	101
<i>¡Ah! La vitamina A .....</i>	101

<b>Hierro .....</b>	<b>103</b>
Datos sobre este tema .....	103
Consejos .....	104
<i>Hierro: comerlo y aprovecharlo .....</i>	<i>104</i>
<b>¿Por qué no come? .....</b>	<b>106</b>
¿Y por qué no quiere comer? .....	106
Información para la familia .....	107
<i>Las comidas: cuándo y cuánto .....</i>	<i>107</i>
<i>¿Insistir, confiar o supervisar? .....</i>	<i>108</i>

# La nutrición

## Datos sobre este tema

Las cifras y las investigaciones han permitido construir un mapa del recorrido que sigue la mayor parte de niñas y niños en lo que puede ser uno de los grandes placeres de la vida pero también una de las causas de conflicto y sufrimiento durante la infancia: comer y nutrirse de manera adecuada.

El panorama, en términos generales, amerita una atención especial. Se estima que el número de niñas y niños menores de cinco años que muere cada año en América Latina es de un millón. Muchas de estas muertes podrían evitarse si esas niñas y niños tuvieran un estado nutricional adecuado. Se estima que siete millones de niñas y niños del mismo grupo de edad están desnutridos (Fuente: UNICEF. *Informe Anual*. 1994).

Es evidente que las familias deben contar con recursos para atender de forma adecuada los requerimientos de sus hijos. Además, hay factores culturales y sociales que influyen en la calidad de vida de niñas y niños. La siguiente información busca proponer algunos hábitos que inciden de manera positiva en la nutrición de los menores de seis años.

### ***La alimentación y los principales cuidados durante los primeros seis años***

- Durante el primer año de vida se reporta una alta tasa de mortalidad. Los bebés que nacen bajos de peso, debido a que la madre no ha recibido una alimentación adecuada, reportan una vulnerabilidad mayor. Diversos estudios han revelado que durante los primeros seis meses de vida, la desnutrición es menos común entre los bebés que son alimentados exclusivamente con leche materna. De ahí la importancia de garantizar un mayor cuidado a las mujeres embarazadas y a las que amamantan y de rodear los eventos relacionados con el parto de un conjunto de medidas de salubridad.
- La leche materna tiene todos los requerimientos nutritivos que necesita un bebé **hasta los seis meses**. Durante este período, los bebés deben ser amamantados cada vez que lo soliciten, esto estimula la producción de leche.
- En el período que va de los **seis a los nueve meses**, cuando a los bebés se les comienza a dar comida que complementa la leche materna, aumenta el riesgo de que enfermen por infecciones o sufran de desnutrición. En estos meses la atención se centra en dar a los bebés la alimentación complementaria (además de la lactancia materna) y tener cui-

dado en la preparación y almacenamiento de los alimentos que consumirán. Se busca garantizar que las personas que alimentan y preparan los alimentos de los bebés sigan las normas elementales de higiene. Se ha llamado la atención también sobre la necesidad de garantizar que la persona que manipula los alimentos del bebé tenga un estado de salud adecuado. Además, las personas que cuidan a los bebés deben aprender a alimentarlos de manera especial cuando se enferman.

- Entre los **doce y los veintitrés meses**, las niñas y niños comienzan a caminar y a tener un contacto mayor con el mundo que las/os rodea. Durante esta etapa requieren mucho cuidado para protegerlos de las infecciones a las que se vuelven vulnerables en la medida en que tienen oportunidad de tener más objetos a su alcance, llevárselos a la boca, etc. Las niñas y niños a esta edad deben recibir la dieta diaria "repartida" en cinco o seis tiempos de comida.
- Los **dos años de edad** suelen caracterizarse como un período crítico en lo que se refiere a la nutrición, pues muchas niñas y niños no muestran deseos de comer y todavía no tienen la habilidad necesaria para obtener alimentos por sus propios medios. A esta edad las niñas y los niños comen los mismos alimentos que el resto de la familia pues prepararles una comida especial requiere una inversión mayor de tiempo. Los requerimientos de vitaminas, nutrientes y minerales para que las niñas y los niños crezcan sanos exigen que las familias revisen su dieta y se planteen la inclusión de algunos pro-



ductos o la medida en el consumo de otros, a partir del valor nutritivo.

- ❑ De los **24 a los 36 meses** persiste el riesgo de malnutrición y la posibilidad de enfermarse sigue siendo alta. Las niñas y niños de esta edad pueden comer solos. A los tres años, una niña o niño pide alimentos, anuncia que tiene hambre o busca qué comer por sus propios medios. Lo que de ninguna manera significa que debe dejarse a su decisión qué y cuánto comer. Se aconseja vigilar de cerca la cantidad y calidad de comida que las niñas y niños toman en esta edad, sin que esta actividad se convierta en un conflicto ni genere angustia.

Con frecuencia, en esta etapa se presentan variaciones en los hábitos de alimentación de las niñas y niños, debido a que los pequeños comienzan a expresar y a "defender" sus preferencias alimentarias o las de sus asociados al juego.

- ❑ Los primeros años de vida son un período marcado por el gasto de energía empleado en el proceso de crecer. Luego de los **36 meses**, una vez que las niñas y niños pueden alimentarse sin ayuda, se recomienda darles de cuatro a cinco comidas al día. Su estómago es pequeño y se estima que si se aumenta la frecuencia, es mayor la posibilidad de que ingieran más alimentos.

Alimentar una niña o niño es un proceso que requiere de tiempo y paciencia. Las personas que cuidan a los menores deben tener acceso a



la información que les permita elegir los alimentos que tienen un impacto positivo en el crecimiento y desarrollo. Un elemento fundamental en ese proceso es lograr que el momento de comer sea agradable y satisfactorio para las niñas y niños. Es decir, comer bien también hace parte de una buena relación afectiva.

### **La nutrición: mucho más que alimentos**

***El estado nutricional de una niña o un niño durante los primeros seis años de vida es el resultado de una serie de eventos, actitudes y decisiones familiares y sociales.***

El cuidado de la mujer embarazada y de la que amamanta es un punto esencial para garantizar el crecimiento y desarrollo adecuado de los bebés. El apoyo emocional, tiempo para descansar y una dieta rica en nutrientes, son tres puntos esenciales en el cuidado de las madres.

Alimentar al bebé con leche materna durante los seis primeros meses la alimentación es la principal recomendación para prevenir enfermedades y atender la nutrición su nutrición. No obstante, debido a factores culturales, a la falta de apoyo familiar, a recomendaciones del personal de salud y a la promoción de las compañías fabricantes de alimentos para bebés, cada vez menos madres deciden amamantar a sus bebés por un tiempo prolongado, pudiendo hacerlo hasta los dos años de edad.

Prestarles atención, expresarles afecto y enseñarles a ser independientes son tres actividades indispensables en la formación del comportamiento psicosocial de los niños. Investigaciones recientes han demostrado que estos elementos influyen también en el estado nutricional de las niñas y los niños menores de seis años.

El acceso a condiciones que permitan ofrecer los alimentos requeridos, prepararlos y conservarlos de manera adecuada (agua potable, combustible para cocinar, recursos económicos) es parte del marco fundamental en donde se decide el estado nutricional de muchos niños y niñas.

Las condiciones de higiene y salubridad durante la preparación y conservación de los alimentos, así como la hora de alimentar a los bebés y la posibilidad de crecer en un medio ambiente sano (realizando eliminación adecuada adecuada de excretas y basura, higiene del agua e higiene de los alimentos, etc.) influyen en el estado nutricional y en el riesgo de que los niños se enfermen así como en la gravedad de la enfermedad.

Es recomendable que las personas que cuidan a los menores tengan los conocimientos y disposición para el reconocimiento temprano de las infecciones más comunes —pero que pueden llegar a ser severas— y puedan asumir la atención de estas infecciones en casa como mantener y reforzar la alimentación, saber utilizar las sales de rehidratación oral, reconocer tempranamente una neumonía y acudir prontamente para su atención, etc. El éxito de sus acciones está relacionado con el estado nutricional de los niños. A un mejor estado, mejor respuesta al tratamiento.



## ISOSI Diferencias que desnutren

La personalidad de cada niña o niño influye en el cuidado que recibe y en su estado nutricional. Algunos estudios señalan que las personas que cuidan a los menores de seis años y que a menudo realizan otras tareas, prestan menor atención a los niños tímidos o "tranquilos". Estos niños con frecuencia presentan un estado nutricional menos favorable que el que reportan niñas y niños que son más activos y que demandan mayor atención. La facilidad de expresarse verbal o físicamente hace que algunas niñas y niños soliciten y reciban más cuidados. Esto puede estar vinculado a su estado nutricional. Además de la calidad de los alimentos, la frecuencia con que se les ofrece o se les insiste que coman depende de la relación que ellos establecen con quienes los cuidan y en este punto, la disposición para comunicarse es un factor muy importante.

Asimismo, los niños que muestran un mayor interés por la comida a menudo comen más. De hecho, las niñas y niños más saludables muestran con frecuencia más deseos y disposición de comer que los menos saludables.

Se ha reportado la relación entre tres condiciones y el estado nutricional de los menores de seis años: en algunas comunidades las niñas son percibidas como seres humanos de menor valor por lo que a menudo reciben menor cantidad de alimentos y menos cuidado y atención. Las niñas y niños que tienen dificultades físicas o emocionales también reportan un riesgo mayor de desnutrición. El parentesco entre la niña o el niño y la persona que le cuida tiene mucho que ver con la calidad del cuidado que recibe. Principalmente cuando los niños se quedan al cuidado de personas no necesariamente familiares que tienen que atender varios menores a la vez o desarrollar tareas en el hogar además de cuidar a los niños.

El riesgo de crecer sin la cantidad necesaria de nutrientes afecta el desarrollo de los niños. Es una razón de peso para aconsejar que el padre, la madre o la persona que les cuida intenten hacer agradable y satisfactorio el momento de tomar la comida y que en esa faena, reconozcan y aprecien las cualidades —ese encanto individual— de cada niña o niño.

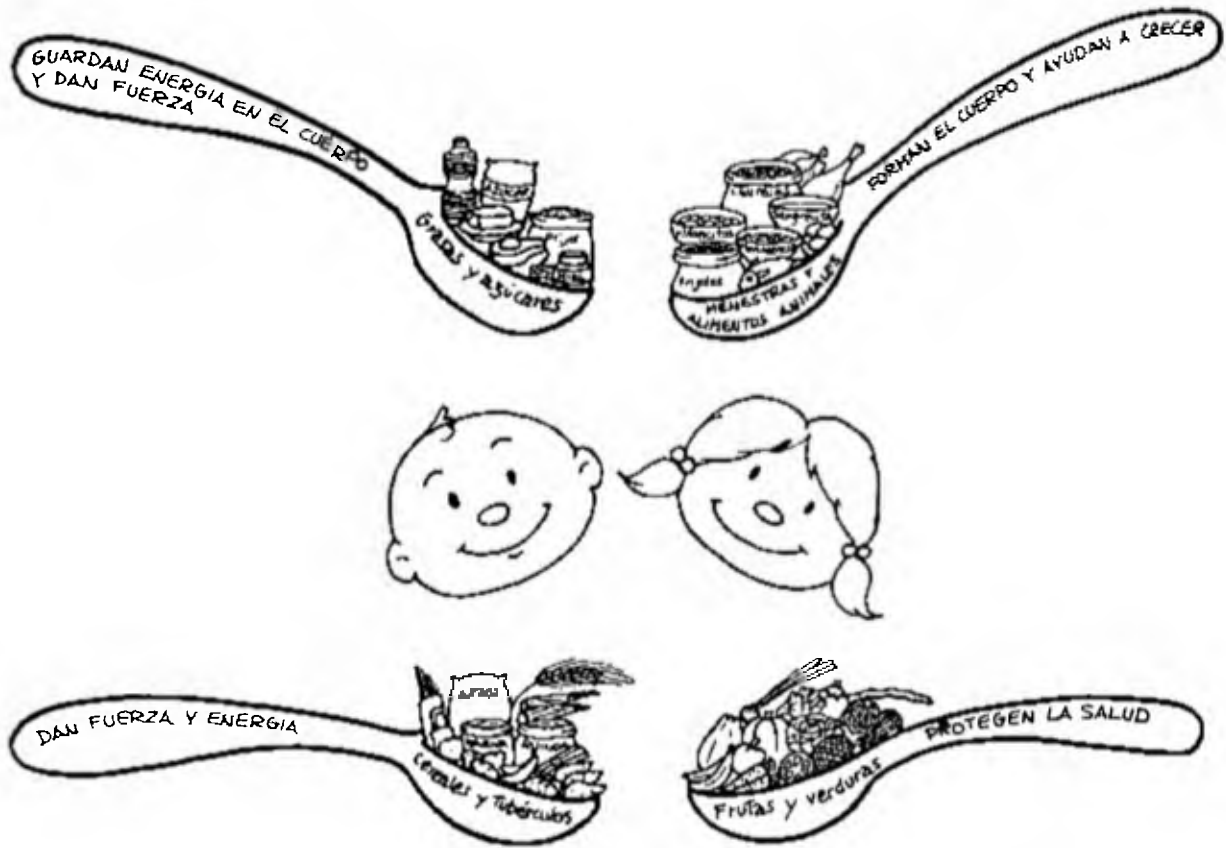
## EL ABC de la nutrición

Hasta los dos años los niños pueden ser alimentados con leche materna, pues es una excelente fuente de nutrientes y energía. Hasta los seis meses un bebé que se alimenta exclusivamente de leche materna cuenta con todo lo que necesita para crecer sano.

Después de los seis meses, las niñas y niños deben tomar otros alimentos para complementar sus necesidades. De ahí en adelante la dieta de las niñas y niños debe girar en torno a cuatro grupos de alimentos. Con un poco de imaginación, cada uno puede ser utilizado de manera que al final resulte en una gran variedad de apetitosas mezclas de... nutrientes.

- a. Granos, cereales y raíces forman la base de la alimentación. Proporcionan energía al organismo.

- b. Carnes y alimentos como los frijoles y otros granos, que contienen proteínas para la formación de tejidos.
- c. La leche, el queso, la cuajada (quesosón, cuajo y yogur) y otros productos lácteos, además de proteínas, aportan el calcio para la formación de los huesos.
- d. Vegetales y frutas que contienen vitaminas y minerales.



## El reto de papá y mamá

En las ciudades y cerca de las áreas urbanas, las bebidas gaseosas, los dulces y las galletas son "el plato principal" de las comidas a "deshoras" que suelen tener las niñas y los niños.

Para convencer a las familias de la conveniencia de evitar que las niñas y los niños coman estos productos se les informa que son mucho más caros, son una de las principales causas de caries y contienen muy pocos nutrientes. Por lo general es suficiente para que las familias se muestren abiertas a intervenir.

El reto es desalentar a las niñas y niños a que coman estos productos. ¿cómo hacer que ignoren los colores atractivos, el sabor dulce y la música que acompaña a los comerciales de esos productos? Por lo pronto no los

utilice como premio u objeto de chantaje: no le prometa a su hija o hijo que, si se "porta bien," como recompensa recibirá un dulce, una gaseosa, una galleta o *algo de esa línea*. Tampoco los convierta en objetos de persecución. Aun para las niñas y niños, la prohibición tiene la increíble cualidad de darle más gusto casi a todo.

Hay quien recomienda evitar la competencia entre los jugos de frutas y las bebidas gaseosas: "cada uno tiene su lugar, la cuestión debe centrarse en las proporciones", aseguran. El consejo final: busque su medida y la de su hija o hijo. No irse a los extremos parece ser la clave.



## Información para la familia

### Recomendaciones nutricionales o por qué comer justamente "eso"

#### **Proteínas**

Las proteínas son los nutrientes que desempeñan un mayor número de funciones en las células de todos los seres vivos.

En la dieta se puede distinguir entre proteínas de origen vegetal o de origen animal.

Las niñas y niños requieren de **proteínas** para formar los tejidos necesarios para crecer adecuadamente, mantener un buen estado de salud y compensar la pérdida diaria de sustancias indispensables para la vida.

Los alimentos de origen animal como carnes, pescados, huevos y leche, son las mejores fuentes de proteínas de valor biológico, si se tiene en cuenta su composición de aminoácidos. Las principales fuentes de proteína vegetal son los granos —como los frijoles— y en menor grado, los cereales y las nueces.

Usualmente las proteínas de origen vegetal no tienen uno o más aminoácidos necesarios en suficiente cantidad, que son importantes principalmente para las poblaciones donde los cereales y tubérculos constituyen la base de su alimentación. De ahí que es importante utilizar proteínas de origen animal y vegetal en la alimentación de los niños. Son un poco más difíciles de digerir que las de origen animal y usualmente no tienen uno o más aminoácidos esenciales en suficiente cantidad. Una combinación adecuada de vegetales puede proporcionar todos los aminoácidos necesarios. Por ejemplo la galleta nutricional que combina trigo con soya, la nutricrema, que combina maíz con soya o la crema que combina arroz con frijol. Todos estos alimentos proporcionan proteínas tan buenas como las de la leche o carnes. Una taza de arroz y 1/3 de taza de frijol reemplaza un trozo pequeño de carne en cuanto al aporte de proteína.

La soya es una excepción notable entre los vegetales, porque tiene una buena composición de aminoácidos.

### **Grasas**

**Las grasas** son una fuente concentrada de energía alimentaria que proveen más del doble de la energía aportada por una cantidad equivalente de proteínas y carbohidratos.

Existen diferentes tipos de grasas como las grasas saturadas, que se encuentran en productos de origen animal y en algunos de origen vegetal, como el aceite de palma y de coco. Las grasas insaturadas se encuentran en aceites de origen vegetal como los de maíz, oliva y soya. El colesterol es un tipo de grasa producida por el cuerpo y es un producto exclusivamente de origen animal pues ningún alimento de origen vegetal contiene colesterol.

Las grasas insaturadas contribuyen a controlar el nivel de colesterol pero se recomienda un consumo moderado especialmente en poblaciones con tendencia a la obesidad.

Las grasas, además, facilitan la absorción de las vitaminas A, D y E.

Es conveniente prevenir la sobrealimentación ya que la obesidad en los primeros seis años tiene alta correlación con la obesidad y sus complicaciones en la edad adulta. Por ello —en casos de familias que tienen recursos para garantizar una dieta adecuada— se recomienda que después de los dos años de edad, se comience a restringir la cantidad de grasa animal en las comidas.

A partir de los dos años de edad es conveniente limitar la ingestión de colesterol en una proporción que equivale a uno o uno y medio huevos de gallina por día. Este límite puede ampliarse en comunidades donde los huevos son una de las principales fuentes disponibles de proteínas de alta calidad y de otros nutrientes.

## Carbohidratos

La mayor parte de la energía de la dieta se deriva de carbohidratos. Los carbohidratos que se ingieren en exceso y no son usados de inmediato como fuente de energías, se convierten en grasas que son almacenadas en los tejidos adiposos. El exceso de estas "reservas" de energía pueden dar origen a la obesidad.

Los alimentos naturales o procesados de carbohidratos también aportan otros nutrientes a la dieta. Los carbohidratos refinados como el azúcar proporcionan energía pero son identificados como "calorías vacías" debido a que no contienen ningún otro nutriente y cuando se consumen en exceso, pueden contribuir a las caries, la obesidad o deficiencia de otros nutrientes en la dieta.

La mayor parte de carbohidratos en la dieta provienen de cereales o granos como el arroz, maíz y trigo o sus productos derivados como el pan o tortilla y los tubérculos como la yuca, ñame, papa y otae.

## Vitaminas

Son nutrientes que deben ser aportados por la dieta. Actúan como elementos que facilitan diversas reacciones metabólicas, aunque algunas vitaminas tienen además funciones específicas. Las vitaminas están presentes en alimentos de producto animal y en las frutas, verduras y leguminosas.

En América Latina se ha detectado en amplios sectores insuficiencia de **vitamina A**, que es esencial para la visión, proliferación y diferenciación celular, el crecimiento y el funcionamiento del sistema inmunológico. Las fuentes más ricas de vitamina A son el hígado de animales y los aceites de hígado de pescado. También se encuentra en la yema de huevo. Otra fuente de vitamina A son las verduras y frutas de color amarillo profundo o subido y las hojas de color verde oscuro (Ver recuadro *Alimentos ricos en vitamina A*).

Una de las facetas importantes de la **vitamina C** es que aumenta la absorción intestinal de hierro cuando los dos nutrientes se ingieren juntos. Esto es particularmente significativo para muchas familias cuyo hierro dietético proviene primordialmente de vegetales, pues no cuentan con recursos suficientes para adquirir productos de origen animal ricos en hierro.

Las principales fuentes de vitamina C son verduras, tubérculos y frutas, tales como los tomates, espinaca, chiles, brócoli, papas, fresas y cítricos. Los alimentos de origen animal tienen muy poco o nada de vitamina C y los cereales y leguminosas de grano prácticamente carecen de ella.

La **vitamina D** favorece la absorción intestinal de calcio y regula el metabolismo de calcio y fósforo. Es esencial para el crecimiento y la formación de huesos y dientes normales. Las fuentes naturales de vitamina D son algunos alimentos de origen animal como los pescados grasos, huevos, hígado y mantequilla.

## **Minerales**

Los minerales transportan sustancias en el organismo, activan o facilitan reacciones metabólicas y hacen parte de moléculas con funciones esenciales. Son fundamentales para la vida y la salud. En América Latina se ha reportado con frecuencia deficiencia de calcio, yodo y hierro en niñas y niños menores de seis años.

El **calcio** es el mineral más abundante en el cuerpo humano. Es fundamental en la formación de los huesos y los dientes. La leche y los productos lácteos como el queso y el yogur, son la principal fuente de calcio para las niñas y los niños preescolares. La yema de huevo, las leguminosas de grano, las verduras y hojas de color verde oscuro también son buenas fuentes de este mineral. Los cereales en general, tienen muy poco calcio, pero la costumbre de tratar el maíz con cal hace que sus productos, como las tortillas, sean una importante fuente dietética de calcio. Los huesillos de peces como las sardinas y la costumbre de masticar huesos suaves de pollo también aportan cantidades importantes de calcio.

La deficiencia de **hierro** es la causa principal de anemia nutricional. Los recién nacidos de madres con deficiencia de hierro tienen pocas reservas del mineral y están propensos a desarrollar anemia. La deficiencia de hierro también se asocia a alteraciones del sistema inmunológico, apatía y bajo rendimiento escolar. Las carnes son la principal fuente de hierro. También se encuentra en granos cereales y varias verduras y frutas (ver recuadro *Alimentos ricos en hierro*).

La deficiencia de **yodo** produce un aumento del tamaño de la glándula tiroides. La deficiencia severa de yodo en mujeres embarazadas resulta en una deficiencia severa en sus recién nacidos que puede dar origen a cretinismo o trastornos serios en el crecimiento físico y desarrollo mental de las niñas o niños. Las principales fuentes alimentarias de yodo son los mariscos, peces marinos y algas marinas. La fuente más común de yodo en casi todos los países de América Latina es la sal común fortificada con este mineral. (Ver recuadro *Que no sobre y que no falte*).

## **Consejos**

### **Siete (muy) básicas**

Hay siete recomendaciones básicas que pueden ayudar a los padres, madres y personas que cuidan a niños y niñas a garantizarles una buena nutrición.

1. Una mujer embarazada que se alimenta de una manera adecuada es la mejor garantía de que tendrá un bebé sano y libre de los riesgos que corren los bebés que nacen bajos de peso.
2. La leche materna es el mejor alimento para un bebé y debe ser dado exclusivamente durante los primeros seis meses de vida. En esta etapa, un bebé que recibe leche materna cuando lo soli-

cita, no necesita ningún otro alimento para crecer sano. Posteriormente a esta edad debe ser complementada con otros alimentos.

3. Las niñas y niños menores de tres años necesitan alimentarse cuatro o cinco veces al día.
4. Las niñas y niños mayores de tres años que viven en familias que no cuentan con recursos para ofrecerles una dieta adecuada, necesitan ingerir una pequeña cantidad adicional de grasa o aceite vegetal además de la comida habitual de la familia.
5. Todas las niñas, niños, las mujeres embarazadas y las que amamantan necesitan una alimentación rica en vitamina A, hierro y yodo.
6. Las niñas y niños de edades entre los seis meses y los tres años deben pesarse cada mes. Si no se aprecia ningún aumento de peso durante dos meses seguidos, llévelo con el personal de salud.
7. El cariño y la paciencia son esenciales en un buen menú infantil. Son el mejor acompañamiento para lograr una buena alimentación y un buen estado nutricional.



# Lactancia materna

## Datos sobre este tema

***La lactancia materna es la medida más efectiva y menos costosa para evitar enfermedades infecciosas y desnutrición durante los primeros meses de vida.***

Independientemente del nivel económico al que pertenezcan una madre y su bebé, la lactancia materna es la manera ideal de alimentarlo durante los seis primeros meses de vida. La leche materna tiene la composición necesaria para satisfacer los requerimientos nutricionales de los niños durante estos meses. Además la lactancia juega un papel esencial en el fortalecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el bebé.

La leche materna proporciona factores inmunológicos que no se encuentran en ningún otro alimento. Los bebés que se alimentan exclusivamente de leche materna durante los primeros seis meses tienen bajas tasas de infección por diarrea o de las vías respiratorias y oídos. También presentan tasas menores de afecciones como el asma y menor propensión a tener caries dentales, que aquellos que son alimentados con leches de fórmula y otros alimentos.

Además de los efectos protectores para prevenir las enfermedades más frecuentes de los bebés, la leche materna es una fuente de vitamina A y otros nutrientes que juegan un papel definitivo en el crecimiento y desarrollo de los bebés lactantes. Se ha demostrado que en los primeros meses de vida, a igual peso corporal, las niñas y niños que son amamantados tienen mayor volumen de masa muscular y ósea.

El contacto de las madres con sus bebés mientras los amamantan, refuerza el vínculo afectivo entre madre e hijo y ayuda a desarrollar la habilidad de las madres para expresar afecto a sus hijos. Se ha demostrado que una relación afectiva satisfactoria influye de manera positiva en el bienestar de las niñas y los niños.

Se ha señalado la existencia de un vínculo afectivo fuerte como un elemento básico de lo que se conoce como "desviación positiva", término que se usa para describir los resultados positivos en términos de salud, crecimiento y desarrollo. Los "desviantes positivos" son niñas y los niños de familias pobres que crecen y se desarrollan de manera adecuada en ambientes donde la mayoría de las niñas y niños sufren de alteraciones en el crecimiento, de desnutrición y enfermedades.

Los factores hacen que amamantar a un bebé sea la medida más efectiva y menos costosa para evitar muchas enfermedades, infecciones y desnutrición durante los primeros meses de vida.

Factores culturales o la falta de tiempo y de apoyo familiar hacen que algunas madres elijan no amamantar. En estos casos es necesario motivar más el uso de la lactancia materna y si no hay éxito, orientar a las madres



al NO uso de biberón y recomendar dar la leche «de fórmula» en taza o vaso y con cucharita.

## Temas conectados

Difundir la lista de hospitales y maternidades donde se promueve la lactancia materna y se asesora a las madres que quieren amamantar a sus bebés o tienen dificultades para hacerlo. (Hospitales Amigos).

### **Campañas de promoción: las ventajas de la leche materna**

La lactancia materna es un factor esencial en la protección de la salud, su importancia se hace evidente cuando se examinan las condiciones de pobreza en que vive un alto porcentaje de personas en América Latina y las limitaciones del sistema de salud de muchos países de la región para poner en marcha medidas efectivas de medicina preventiva.

Hay muchos elementos que impiden o dificultan que las madres amamenten a los recién nacidos. Los estudios señalan razones culturales: por ejemplo, se cree que las mujeres que amamantan pierden "prestigio". Hay más factores que "conspiran" contra la lactancia materna: el hecho de que el personal de salud impida poner durante la primera media hora al bebé al pecho por primera vez; el que en las maternidades de los hospitales



den a los recién nacidos soluciones azucaradas y otros líquidos y el que los pediatras recomienden la introducción prematura de fórmulas infantiles y otros alimentos.

Las campañas para invitar a las madres a amamantar hacen énfasis en:

- ❑ **ventajas para el bebé:** la leche materna protege contra infecciones, alergias e infecciones intestinales. Tiene cantidades apropiadas de todos los nutrientes que los bebés necesitan para mantenerse saludables durante los primeros seis meses de vida. La leche materna hace que crezcan más sanos y —tal vez— más felices o por lo menos con más cariño, pues las niñas y niños que son amamantados tienen la oportunidad de establecer una relación más cercana con la madre mientras se alimentan.
- ❑ **ventajas para la madre:** una mujer que amamanta, recupera más rápido la figura, alivia la sensación de llenura de los senos y fortalece el vínculo afectivo con su bebé. Además, amamantar ayuda a contraer el útero y de esta manera, se facilita la recuperación postparto inmediato de la madre.
- ❑ **ventajas para el presupuesto familiar:** La leche materna es más económica, ahorra tiempo pues no hay que prepararla y está a la temperatura adecuada, por lo que no hay que calentarla ni hervirla.

## **¡No al chupón!**

Algunas campañas buscan desalentar el uso del chupón, mamadera, tetero o biberón. Se hace énfasis en que estos utensilios:

- ❑ debido a que se contaminan fácilmente- propician las infecciones y por lo tanto son un factor de riesgo de enfermedad para los bebés.
- ❑ provocan problemas en la boca del bebé, sobre todo en las encías y los dientes.
- ❑ preparar las fórmulas lácteas y mantener en un ambiente higiénico los biberones, quita mucho tiempo. Las fórmulas lácteas son caras y no son el mejor alimento para los bebés. No pueden remplazar a la leche materna.

Una de las propuestas importantes de las campañas para animar a las madres a amamantar a sus bebés, es informarles sobre la conveniencia de alimentarlos **sólo** con leche materna durante los primeros cuatro a seis meses. Estos son algunos argumentos utilizados en las campañas.

- ❑ Darle a los bebés que son amamantados agua, té y otras infusiones interfiere considerablemente con los efectos protectores de la lactancia materna exclusiva y aumenta el riesgo de que los bebés contraigan enfermedades diarreicas.

- ❑ La posibilidad de aprender a almacenar leche materna es una opción que se presenta a las madres que trabajan. Si la familia decide ofrecer agua al bebé debe cuidar las condiciones higiénicas del líquido y de la taza y la cuchara de uso del bebé. El agua debe ser hervida o clorinada. (*La alimentación de niños menores de seis años en América Latina. Bases para el desarrollo de guías alimentarias, p.36*).

### **La exclusividad**

Dar alimentos o líquidos en adición a la leche materna ha sido demostrado que no trae beneficios para el crecimiento. La comida complementaria, aquella que se le da a las/os bebés además de la leche materna durante los cuatro o seis primeros meses, en realidad no complementa sino que *reemplaza* los nutrientes que tiene la leche materna e incrementa el riesgo de diarrea. Si se les ofrece jugos debe usarse en su preparación agua hervida o clorinada.

- ❑ Los bebés amamantados que se enferman mantienen su energía porque aumentan la frecuencia de mamadas, mientras que aquellos que toman alimentación artificial a menudo reducen el consumo de energía. Por esto corren más riesgo de desnutrirse cuando se enferman que los que sólo toman leche materna.
- ❑ Sólo se justifica dar suplementos de vitaminas a los bebés alimentados exclusivamente con leche materna cuando las madres son vegetarianas estrictas y en áreas donde se mantiene a los bebés muy abrigados y con poca frecuencia se exponen al sol, como en la Patagonia o en el altiplano andino. En este último caso se recomienda darles vitamina D.

### **Mamá versus las "otras"**

La leche materna es un alimento suficiente durante los primeros seis meses de vida. Además es irremplazable. Ningún sucedáneo puede brindar a los bebés la nutrición, prevención de enfermedades y ocasión de establecer un contacto similar con la madre.

Es posible disponer de fórmulas de leche de vaca modificada o a base de soya que permiten el crecimiento de los bebés. No obstante, existe una larga lista de las diferencias entre la leche materna y las "otras". Una de las más importantes es que las "otras" carecen de las propiedades inmunológicas que tiene la leche humana. Por eso, un bebé que se alimenta de estas otras leches tiene una mayor riesgo de enfermarse y desnutrirse.

Las mamaderas, teteros o chupones —utensilio indispensable cuando se opta por remplazar el pecho— con frecuencia se constituyen en lo que el personal de salud denomina "excelentes vehículos de infecciones". Las cifras evidencian que las niñas y niños que se alimentan con biberones y que pertenecen a sectores sociales que no cuentan con buenas condiciones

higiénicas, se enferman y mueren de infecciones con mayor frecuencia que aquellos que se alimentan sólo de leche materna.

Los bebés que toman pecho regulan la cantidad y calidad de la leche que ingieren de acuerdo a sus necesidades calóricas a través de los cambios de composición que experimenta la leche materna en el curso de cada mamada. Esa regulación es mucho más difícil cuando los bebés se alimentan con una cantidad prefijada de una solución que tiene una composición constante. Por esos los bebés que se alimentan con los sustitutos de la leche materna tienen un mayor riesgo de sobrealimentación y obesidad o, en el peor de los casos, de alimentación deficiente, cuando éstos se dan muy diluidos.

Por lo general no es necesario dar suplementos de vitaminas o minerales durante los primeros cuatro meses de vida a los bebés alimentados con leche materna exclusiva. Mientras que con frecuencia los estudios señalan que los bebés con alimentación artificial necesitan una fuente adicional de hierro. Aunque el contenido de hierro en la leche humana es pequeño, es absorbido en proporción mucho más alta que en cualquier otro alimento. Algo parecido sucede con el zinc, que se encuentra en mayor proporción en la leche de vaca —por ejemplo— pero su biodisponibilidad es menor.

La leche de vaca tiene una concentración excesiva de proteínas, calcio, fósforo y sodio y no tiene suficientes vitaminas C, D y E. Además, las niñas y niños pequeños tienen una mayor permeabilidad intestinal, esto hace que sea mayor el riesgo de que desarrollen alergias alimentarias cuando se alimentan con proteínas distintas a las de la leche humana. Estas circunstancias obligan a que la leche de vaca sea modificada antes de darla a los bebés.

En algunos países de la Región hay programas de ayuda alimentaria que usan leche descremada. Esta leche no debe ser usada inmediatamente para alimentar a los niños, debido a que carece de la concentración de nutrientes y vitaminas que se requieren. En caso de usarlas, debe agregarse aceite durante la preparación de la mamadera o a los alimentos sólidos que el bebé reciba y se le debe dar suplementos con vitaminas A y D. Las leches *maternizadas* son fórmulas sometidas a una serie de modificaciones para semejarlas en composición y digestibilidad a la leche materna. Vienen ya enriquecidas con vitaminas. Estas leches tienen menor contenido de proteínas totales y menor contenido de sodio y potasio. A las fórmulas en base a soya debe agregárseles metionina y calcio.

## Consejos

### *Si no quiere interrumpir...*

Para garantizar que el bebé siga alimentándose con leche materna cuando las madres deben reincorporarse al trabajo, es necesario que las madres sean estimuladas y apoyadas por la familia y por el personal del

sistema de salud para sacar y almacenar de manera apropiada la leche que su bebé tomará mientras ella no está en casa.

Debido a que la lactancia materna ha sido abandonada como práctica frecuente, es posible que las madres no encuentren una persona de la familia que haya tenido la experiencia de sacar y guardar la leche, que pueda aconsejarlas. De cualquier modo, dentro del sistema de salud existen algunos programas para promover la alimentación natural que prestan asesoría y apoyo a las madres que optan por alimentar a sus bebés exclusivamente con leche materna.

### **¿Cómo sacar la leche?**

Como muchas otras actividades que las mujeres deben aprender cuando son madres, sacar la leche requiere de tranquilidad y un poco de experiencia. Es más fácil sacar la leche cuando los pechos están llenos. Existen varias formas de sacarla. Pruébelas y elija la que le resulte más cómoda .

1. Utilice una bomba manual o tiraleche. Lea con cuidado las instrucciones de uso. Mantenga este utensilio muy limpio para garantizar su salud y la del bebé.
2. El método manual. Para algunas personas resulta más fácil este método. Como en el caso de la bomba manual, una de las principales recomendaciones es prestar atención a las condiciones higiénicas para evitar la contaminación.
  - a. Lávese las manos y uñas con agua y jabón.
  - b. Coloque el dedo pulgar en la parte superior de la areola y dos dedos en la parte inferior.
  - c. Empuje hacia las costillas.
  - d. Con un movimiento semejante al de las tijeras, presione en forma repetida para que salga la leche.

### **¿Cómo almacenar la leche?**

Además de las ventajas que tiene la leche materna para que los bebés crezcan sanos y para protegerlos de algunas infecciones, es evidente el ahorro que representa la alimentación natural frente al costo de las fórmulas lácteas. Con alguna frecuencia, las familias de pocos recursos preparan las mamaderas o chupones con una cantidad menor de fórmula, con la idea de ahorrar dinero. La consecuencia es que las niñas y los niños reciben una alimentación deficiente, aunque tomen el número de mamaderas que la familia estima conveniente.

Para almacenar la leche materna recuerde guardarla siempre en un recipiente hervido. Es preferible que el recipiente tenga una tapa.

La leche materna puede estar hasta 12 horas sin guardarse en la refrigeradora. Si la refrigera, puede mantenerse en buen estado hasta 72 horas (tres días) sin que se alteren sus propiedades nutritivas.

Es mejor calentarla un poco, procurar que esté tibia, cuando el bebé va a tomarla.

## Información para la familia

### Amamantar: una decisión familiar

*El apoyo que la familia y el sistema de salud dan a la madre puede animarla y dejarle el tiempo y la tranquilidad necesarias para que almaceene la leche materna con la que puede ser alimentado el bebé mientras ella no está en casa.*

A pesar de las abrumadoras evidencias sobre los beneficios que trae tanto a las madres como a sus hijas e hijos, cada vez menos bebés de todos los estratos socioeconómicos son amamantados.

Estudios realizados en diversos países señalan que el esposo, la madre y la suegra de la mujer tienen un papel importante para apoyarla o desanimarla para amamantar a su bebé. Los resultados de las investigaciones sugieren que es más probable que las madres que no cuentan con

apoyo familiar, en particular las madres solteras, opten por dar biberón a sus niños.

La disponibilidad de tiempo de las madres —asociada a que con frecuencia las mujeres trabajan fuera de casa y cuando regresan al hogar se encargan de las tareas domésticas y del cuidado de niñas y niños (lo que se conoce como doble jornada)— puede influir en la introducción de leches “de fórmula” y otros alimentos tempranamente. La permanente y elocuente publicidad de las empresas fabricantes de leche en polvo también puede influir en la decisión de amamantar o en la duración de esta etapa.

El uso del biberón puede ahorrarle tiempo a la madre porque le permite garantizar que otra persona alimente al bebé. Algunos estudios señalan que en promedio a los tres meses luego del parto, una proporción alta de madres con empleo fuera de la casa habían introducido leche artificial como sustituto o como suplemento a la lactancia materna. El empleo en algunos países se asocia con un mayor número de biberones a la semana y mayor gasto en leches en polvo.

### El sistema de salud: parte de la solución

El sistema de salud ha sido señalado en reiterados estudios como una de las instancias que han contribuido a disminuir la práctica de la lactancia materna. Pero a la vez, se ha constatado que el mismo sistema de salud puede influir de manera positiva en la promoción de esta práctica.

Un estudio sobre mujeres de bajos ingresos que por primera vez daban a luz —realizado en Nicaragua en 1990—, encontró que el grupo de madres

que había tenido contacto con su bebé durante la primera media hora después del nacimiento y que habían recibido información y apoyo para amamantar, tenía una incidencia más alta de lactancia exclusiva que el grupo de madres que no tuvo contacto temprano ni orientación (63% vs 32%) y de lactancia en sí (93% vs 82%).

Se han realizado campañas para informar al personal de salud sobre las ventajas de la lactancia materna y del contacto temprano entre la madre y su bebé como uno de los factores definitivos para que las madres amamanten exitosamente a sus bebés. No obstante, las políticas de muchos hospitales materno-infantiles de la Región aún no facilitan el contacto temprano y continuo de la madre con su bebé. Frente a la promoción de la lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses, el personal médico que apoya esta medida debe enfrentar en muchos casos el hecho de que en las maternidades de los centros hospitalarios dan soluciones azucaradas y otros líquidos a los bebés recién nacidos.

Una investigación llevada a cabo en cinco ciudades colombianas señaló entre los factores asociados a una menor duración de la lactancia y a una mayor propensión a la alimentación con biberón, el parto atendido por un médico y el contacto con personal de salud institucional y privado que sugirió a la madre el uso de fórmulas lácteas.

Es un hecho que los productos de la industria de alimentos infantiles se promueven a través del sector salud. Las compañías productoras incorporan a su equipo a los trabajadores de salud de manera directa o indirecta. La audiencia meta de esta estrategia son las madres más educadas, de mayores ingresos y con empleo. Esta audiencia recibe muestras de productos comerciales más frecuentemente que las madres de bajos recursos, pero el efecto de esta práctica se filtra a las madres pobres que quieren emular a aquellas de nivel socioeconómico más alto.

En esa misma línea de investigación se ha encontrado evidencia de que la entrega de paquetes comerciales cuando las madres salen de los hospitales tiene un impacto negativo probado en la lactancia exclusiva. Pero a la vez, se ha comprobado que el contacto temprano entre madre e infante y la orientación sobre lactancia por parte del personal de salud, tiene efectos positivos en la lactancia exclusiva en mujeres primerizas. En algunas comunidades, los patrones culturales y el papel que juegan los parteras son factores determinantes a la hora de decidir sobre la conveniencia de amamantar a un bebé.

### ¿Casi una vergüenza?

Entre las razones que las madres citan para explicar la preferencia por la alimentación con biberón se han reportado que es más moderno, da prestigio, es compatible con el trabajo materno y le permite a la madre alimentar a su bebé en público.

***A pesar de que la maternidad suele ser un valor ensalzado hasta empalagar, amamantar es una práctica que hace perder prestigio.***

La imagen de mujeres que amamantan a sus bebés en público antes estaba rodeada de un aura especial, hoy es motivo

de discriminación: los senos que alimentan de una manera tan saludable, se menosprecian. Es un hecho: el uso de biberón y de leche en polvo está asociado a la imagen de personas que tienen más recursos, una cultura más “moderna” y logran una crianza exitosa. Las mujeres que tienen menos recursos imitan a las que tienen más, que a su vez optan por la leche en polvo en pos de la modernidad.

Las víctimas de semejante moda —que conlleva un considerable movimiento comercial— son los bebés. Cuando tienen hambre, sed o necesidad de un poco de cariño, lloran. Toda madre y en general cualquier persona con un poco de sentido común, sabe que recuperarán la placidez si son amamantados. Sin embargo entre el pudor y —con mayor frecuencia— la pérdida de prestigio, las madres se ven presionadas y deciden desatender el “llamado”.

Pero esa no es la única presión que soportan las recién madres. Algunas mujeres se abstienen de amamantar o de prolongar la lactancia por temor a que sus senos pierdan firmeza y tonicidad o en general porque temen las consecuencias que podría tener en su figura. Hay cierta presión para elegir entre ser madre y poner en peligro las normas aceptadas para definir el atractivo como mujer.

Otro de los factores citados con más frecuencia por las madres para la introducción temprana de sustitutos de la leche materna y otros alimentos es la insuficiente leche materna. Según algunos estudios, el síndrome de insuficiente leche materna es el resultado de patrones no-biológicos de lactancia. Es decir, lo padecen aquellas madres que amamantan con horario fijo y que tienen sesiones muy espaciadas. Se sostiene que amamantar cuando el bebé lo requiere, ayudaría a aliviar la disminución de la leche materna.

La producción máxima de leche humana se alcanza generalmente en el segundo mes de lactancia para mantenerse constante en los meses siguientes. Las dificultades que pueden surgir durante los primeros días y el hecho de que amamantar se ha constituido en una práctica socialmente poco aceptada, hace evidente la necesidad de que la familia y el sistema de salud animen a las madres primerizas y a aquellas que no han dado pecho a sus hijos anteriores para que amamenten a su bebé. Es un hecho que el apoyo que la familia y el sistema de salud dan a la madre puede animarla y dejarle el tiempo y la tranquilidad necesarios para que pueda amamantar al bebé.

Otros factores que deben ser revisados para apoyar la lactancia materna son las legislaciones laborales que deben ser compatibles con una lactancia plena y prolongada, el control a los programas oficiales y privados de distribución de leche en polvo y la promoción en hospitales materno-infantiles del contacto temprano y continuo de la madre con su bebé y fomentar patrones y hábitos culturales que apoyan la lactancia materna.



# Del pecho a la papilla

## Datos sobre este tema

Se recomienda alimentar a los bebés exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. La leche materna tiene todos los requerimientos nutritivos que necesita un bebé hasta los seis meses. No es necesario darles agua ni otros líquidos. Durante este período, los bebés deben ser amamantados cada vez que lo soliciten, esto estimula la producción de leche. Cada bebé, a medida que crece, establece un horario por sí solo.

***El paso a la alimentación complementaria no significa de ningún modo suspender la lactancia materna.***

Después de los seis meses de edad los niños y niñas requieren otros alimentos además de la leche materna para cubrir sus necesidades de calorías, vitaminas, minerales y proteínas. Sin embargo, la alimentación complementaria no significa de ningún modo dejar de amamantar al bebé. La lactancia materna puede continuar hasta los dos años o hasta que la madre y el hijo lo decidan.

La capacidad de comer y el tipo de comida que los/as bebés son capaces de comer, cambian con la edad. A los seis meses —por ejemplo—, los bebés aceptan comida en forma de puré y algunos sólidos, debido a que desaparece el reflejo de protección de la lengua, que hace que el bebé empuje hacia afuera los alimentos sólidos.

Es esencial definir de manera adecuada el momento en que los bebés recibirán otro alimento diferente a la leche materna. Las niñas y niños alimentados con leche materna exclusivamente, que reciben alimentos antes de los cuatro meses ven disminuida la posibilidad de aprovechar los beneficios y ventajas de la leche materna. Los cereales, huevos, verduras y frutas ricas en fibra interfieren con la absorción de algunos nutrientes de la leche materna. Por eso no es recomendable ni se justifica dar sopas o postres antes del sexto mes a niñas y niños que se alimentan exclusivamente de leche materna.

Dar a los bebés alimentos que no sean la leche materna antes de los cuatro meses de edad puede hacerlos más vulnerables a las enfermedades diarreicas y a otras infecciones, debido a que el uso de biberones y la disminución de la lactancia materna —y de sus factores protectores contra las infecciones— están asociados a la introducción temprana de la alimentación complementaria.

***La alimentación complementaria es una buena fuente de nutrientes, antes de los seis meses, para las niñas y niños que reciben solo leche artificial.***

En cambio, las niñas y los niños que reciben sólo leche artificial pueden encontrar en la alimentación complementaria una fuente adecuada de nutrientes, especialmente cuando no reciben una buena fórmula láctea o

en cantidad suficiente. Muchas familias no cuentan con recursos suficientes para costear la cantidad de fórmula que los bebés requieren. Estos bebés reciben menos nutrientes pues, en muchos casos, con el fin de ahorrar, se les ofrecen mamaderas preparadas con una cantidad menor de fórmula. En estos casos, se aconseja comenzar la alimentación complementaria a los cuatro meses.

Algunos estudios han relacionado la predisposición a la obesidad con la introducción temprana de alimentos distintos a la leche materna.

Las niñas y niños que reciben tarde (después de los seis meses) alimentos diferentes a la leche materna con frecuencia presentan deficiencia de vitaminas A y C y minerales como el hierro, además de bajo peso. También demoran en masticar y deglutir de manera adecuada.

La alimentación complementaria es un proceso que toma tiempo. A medida que la niña o el niño crece y desarrolla la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes, debe dársele alimentos más sólidos. A medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos.

La etapa de desarrollo puede determinar el momento en que un bebé puede recibir una alimentación diferente a la leche materna. Cuando sostiene la cabeza erguida, se lleva las manos a la boca y acepta alimentos semisólidos sin dificultad, el bebé está listo para recibir alimentos complementarios.

***El desarrollo de un/a bebé, está íntimamente relacionado con la calidad de los alimentos que recibe desde los primeros meses de vida.***

Además de la edad hay otros factores que deben ser tomados en cuenta a la hora de elegir el momento en que se debe dar alimentación complementaria al bebé. También debe considerarse el tipo de alimentación que se consume normalmente en el hogar y los alimentos que están disponibles, las condiciones ambientales y las instalaciones para preparar y alimentar a los bebés con seguridad. Por ejemplo, si los alimentos disponibles son de bajo valor nutritivo o si las condiciones ambientales favorecen la contaminación de los alimentos, es preferible posponer a la introducción de alimentos complementarios hasta que por razones nutricionales sea estrictamente necesario.

Algunos estudios señalan que a la hora de evaluar la transición entre la exclusividad de la leche materna y la alimentación de transición o complementaria, debe tenerse en cuenta el tiempo que un bebé necesita para comer. Según el tipo de alimentos, el tiempo de alimentar a una niña o niño disminuye conforme avanza la edad. De ahí que el periodo durante el cual hay necesidad de darles comidas de transición no solo está determinado por el desarrollo psicológico y físico de la niña o el niño sino también por el tiempo que la persona que lo cuida puede dedicarle a alimentarlo.

Es conveniente insistir en que dar alimentación complementaria a los bebés antes de que lo necesiten trae desventajas como:

- aumento del riesgo de infecciones y alergias.

- disminución de la producción de leche materna.
- reducción de la absorción del hierro de la leche materna.
- interferencia en el comportamiento alimentario del bebé.

Es mejor posponer hasta los ocho meses de edad los alimentos de origen animal que son potencialmente más antigénicos como la clara de huevo y el pescado. Sin embargo, estos alimentos se pueden dar a una edad más temprana a las niñas y niños que no tienen acceso a otras fuentes de proteínas de alto valor nutricional.

El desarrollo de un bebé, está íntimamente relacionado con la calidad de los alimentos que recibe desde los primeros meses de vida, etapa que se caracteriza por un crecimiento rápido y por tanto por una demanda considerable de nutrientes, calorías, vitaminas y minerales.

## Consejos

### Las primeras comidas

- A partir de los **seis meses** se recomienda iniciar la alimentación complementaria. Puede ofrecerse al bebé jugos de frutas como papaya, mango o melón. Los primeros jugos deben prepararse con agua hervida, fresca. Luego de 5 días se aconseja darle el jugo en forma pura.
- A los **seis meses**, los bebés comen sus primeros purés de frutas y papillas de arroz, cebada, avena o maíz. También se les puede ofrecer papas u otros tubérculos que se cultiven en la región. Para que el puré no quede muy seco por lo general se mezcla con aceite, caldo, margarina o leche "de fórmula". Sin embargo, una recomendación es mezclar el puré con leche materna. Así mismo, para preparar la papilla de cereales se recomienda usar leche materna.

Lo mejor es darle cucharaditas de estos alimentos y no usar el biberón. El uso del biberón está relacionado con la diarrea y otras infecciones que padecen los bebés.

Al principio el bebé recibirá unas cuantas cucharaditas. Cada día puede aumentarse la cantidad de estos alimentos hasta completar media taza.

- Es mejor no dar caldos ni jugos antes de los **cuatro meses**. Los caldos y jugos son líquidos que pueden calmar la sed, pero quitarán al bebé el deseo de mamar, lo que provoca la disminución de producción de leche materna.
- Antes de dar al bebé otros alimentos además de la leche materna, es conveniente revisar la "historia" de alergias de los demás miembros de la familia. Si se tienen antecedentes de alergias alimentarias al chocolate, el cerdo, la leche de

vaca, etc., se recomienda dar estos alimentos después de que el bebé cumpla los **nueve meses**.

Alimentar al bebé lleva tiempo y paciencia. Es conveniente que las personas que lo alimentan se preparen, con el fin de que comer no se vuelva una actividad conflictiva para el bebé ni para el resto de la familia. Nunca lo obligue ni lo fuerce a comer lo que no quiere.

### Quando tiene siete meses...

- Puede comer los primeros purés de vegetales. Los vegetales verdes o de color amarillo intenso tienen más vitamina A, por eso se recomiendan como primera opción.
- Los alimentos que el bebé come deben estar bien cocidos. **No debe agregarse sal ni condimento alguno.**
- El paso de alimentarse sólo de leche materna a comer otros alimentos se da poco a poco. Es posible que el bebé rechace algunos alimentos. En tal caso hay que esperar un poco de tiempo (una semana o diez días) y ofrecérselos de nuevo. Puede mezclarlos con alimentos que sí le gustaron.
- La transición a otros alimentos también abre la posibilidad de que el padre tenga más oportunidad de alimentar al bebé y de involucrarse con el proceso de alimentación a lo largo de todo el proceso, desde elegir los alimentos que el bebé puede comer hasta la preparación. Comer puede ser un momento satisfactorio no sólo para el bebé sino para quien lo alimenta.

### Quando tiene ocho meses...

- Puede comer también carne o pollo y puré de frijoles. Las carnes deben molerse o deshilacharse para que la niña o el niño pueda tragarlas y aprovechar todos los nutrientes de este alimento. Si se les da carne en trozos, ellos acostumbran a chuparlos y botarlos.
- Con frecuencia los bebés pueden identificar el plato, la cuchara o la taza donde se le sirven los alimentos. Elija alguno que le llame la atención, que le permita jugar con él o contarle pequeñas historias mientras come. Recuerde que algunos bebés necesitan más estímulo, paciencia y cariño que otros cuando enfrentan actividades como comer.

### Quando tiene nueve meses...

- Puede comer arroz, pastas, tortillas, pedacitos de pan y huevo. Cuando la niña o niño llega a esta edad ya diferencia sabores como dulce o ácido, identifica y muestra preferencia

por algunos olores y colores y ha probado alimentos líquidos, sólidos y semisólidos. Con toda esta experiencia tanto del bebé como de las personas que lo cuidan, la familia está preparada para compartir la dieta familiar con el niño o niña. Se aconseja estimularlo a que aprenda a masticar el alimento y a tomarlo con su propia mano.

- ❑ Si en la familia hay antecedentes de alergia al huevo o a cítricos como la naranja o el limón, es mejor esperar hasta que la niña o niño cumpla un año para darle estos alimentos.

### **Los beneficios de la leche materna**

- ❑ Aunque el bebé coma otros alimentos, se recomienda amamantarlo todo el tiempo que sea posible. Algunas madres amamantan a sus hijos hasta que la niña o niño cumple dos años. La leche materna contiene vitaminas y nutrientes que resultan más fáciles de incorporar que cuando se toman de otros alimentos. Además, la leche materna es una fuente de prevención de las infecciones que padecen con más frecuencia las niñas y niños a esta edad.
- ❑ Antes de que el bebé cumpla doce meses se recomienda primero amamantarlo y luego darle comida complementaria. Después de los doce meses, se aconseja primero darle comida y luego amamantarlo. *Complementary Feeding of infants and young children*. UNICEF/WHO. Feb. 1996.

### **¡Latas no! Ni embutidos ni envasados**

- ❑ Hay que evitar que los bebés coman alimentos procesados o industrializados (embutidos, enlatados o envasados). Además de que resultan más caros, durante la preparación les agregan sustancias (preservativos) para que se conserven que pueden producir a los bebés reacciones alérgicas y enfermedades durante la edad adulta.
- ❑ Es conveniente animar a las familias a dar al bebé comidas preparadas con productos propios de cada región o localidad, preferiblemente los de cosecha: son frescos y tienen precios accesibles al presupuesto familiar.

### **Los cuidados al comer...**

- ❑ Muchos bebés se enferman de diarrea y otras enfermedades cuando comienzan a comer alimentos diferentes a la leche materna. Es un riesgo que corren pero que en algunos casos puede evitarse.
- ❑ El biberón, con frecuencia es la causa de que los niños contraigan enfermedades infecciosas y padezcan de caries. Se aconseja evitar el uso del biberón. La cuchara y la taza son

una buena alternativa y resultan más fáciles de mantener en condiciones higiénicas que las botellas y los chupones.

- ❑ La higiene personal del padre, la madre y las personas encargadas del cuidado de los niños, puede evitarles el riesgo de que enfermen. Recuerde lavarse las manos antes de preparar los alimentos y a la hora de dárselos. Evite soplar —y estornudar, por supuesto— sobre los alimentos.
- ❑ Recuerde mantener en un lugar limpio los utensilios del bebé. Lave con atención las frutas y vegetales y retire las partes dañadas. Los alimentos fermentados como el yogurt corren menos riesgo de estar contaminados porque el ácido ayuda a prevenir la proliferación de bacterias.
- ❑ Los alimentos que se preparan muchas horas antes de consumirse y no se guardan a temperaturas apropiadas, corren el riesgo de contaminarse y causar diarrea a los niños. Cuando los alimentos no se cocinan o recalientan lo suficiente, también se vuelven un factor de riesgo. Se recomienda cocinar suficientemente —alcanzar la ebullición— los alimentos y dárselos a los niños tan pronto tengan una temperatura adecuada para comer.
- ❑ En general, la preparación de los alimentos es considerada responsabilidad de las mujeres. La alimentación de los pequeños requiere de un tiempo extra debido a que no es la misma que la del resto de la familia. Muchas mujeres además de asumir el trabajo del hogar, trabajan fuera de casa. Una repartición equitativa del cuidado de los niños entre todos los miembros de la familia, puede beneficiar la salud de los más pequeños. He ahí otra razón por la que resulta conveniente promover que los hombres (padres y hermanos) se involucren en el cuidado de la familia.



# Bajo peso al nacer

## Datos sobre este tema

- ❑ La alimentación de un bebé comienza en el útero. El feto obtiene todo su alimento de su madre. La salud de las mujeres y su estado nutricional durante el embarazo y mientras amamantan constituyen un factor decisivo en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.
- ❑ Los bebés que nacen con peso bajo tienen dificultades durante el proceso de crecimiento y desarrollo. Son más vulnerables a las enfermedades infecciosas, demoran más en recuperarse y tienen más riesgo de morir cuando las padecen.
- ❑ A medida que el feto crece se incrementan las necesidades de la madre de incorporar determinados nutrientes y energía. Las mujeres embarazadas necesitan suplir una mayor necesidad de proteínas, hierro y calcio. Muchas mujeres que tienen deficiencia de hierro o calcio sufren de anemia y de debilitamiento de sus huesos.
- ❑ Las hijas e hijos de mujeres que fuman activa o pasivamente, consumen drogas o bebidas alcohólicas tienen bajo peso al nacer.
- ❑ El espaciamiento entre nacimientos es un factor importante para evitar que nazcan bebés con bajo peso. Se estima en dos años el período mínimo que debe haber entre uno y otro nacimiento. Las mujeres que dan a luz con un espaciamiento menor, con frecuencia sufren de anemia por deficiencia de hierro, una enfermedad que afecta también el crecimiento y desarrollo de su bebé.
- ❑ La dieta de una futura madre debe incluir una variedad de productos que le permita incorporar proteínas de origen vegetal y animal. Las verduras y la frutas también son muy importantes.
- ❑ Es conveniente y deseable que los futuros padres tengan la posibilidad de conocer el valor que representan estos alimentos en la salud de la madre y en el crecimiento y desarrollo del bebé.
- ❑ Es necesario animar a las futuras madres para que se acerquen a los centros de salud o lugares donde se ofrece atención prenatal para que cumplan el control adecuado. Esto les permite recibir información sobre la dieta que deben seguir. En caso de que se detecten deficiencias nutricionales como la anemia, pueden recibir atención de inmediato.

- ❑ Los estudios demuestran que la leche materna es la opción más recomendable para alimentar a los bebés con bajo peso al nacer.
- ❑ Para más información sobre recomendaciones para evitar el bajo peso al nacer ver: Nutrición: yodo, hierro y vitamina A, y en el capítulo de Maternidad, la sección de nutrición.



# Yodo

## Datos sobre este tema

- ❑ El yodo es necesario para la producción de hormonas que regulan el crecimiento y el desarrollo. La insuficiencia de yodo disminuye la capacidad mental y física en diferentes grados.
- ❑ El cretinismo —un trastorno que afecta la capacidad física e intelectual de las personas— está asociado a la falta de yodo. La insuficiencia de yodo también hace que se agrande la glándula tiroidea y se produzca lo que se conoce como bocio o coto.
- ❑ Las mujeres embarazadas que no consumen suficiente yodo con frecuencia reportan partos de fetos muertos y abortos espontáneos.
- ❑ El seguimiento a niñas y niños con insuficiencia de yodo ha evidenciado deficiencias físicas y mentales y síntomas de apatía y letargo.
- ❑ Los trastornos por deficiencia de yodo son más comunes en zonas de gran erosión o en lugares donde hay inundaciones. Esto ha llamado la atención sobre la relación entre la deficiencia de yodo y el consumo de productos cultivados en suelos pobres que carecen de minerales.
- ❑ Una forma eficaz de atender la insuficiencia de yodo es agregar yodo a la sal común, lo que supone la colaboración de la industria de la sal.



## Consejos

### Yodo: Que no sobre y que no falte

El trastorno más conocido de los que se producen cuando una persona no consume suficiente yodo es el bocio o coto. El yodo es un elemento fundamental en el proceso de crecimiento y desarrollo y la falta de este mineral tiene consecuencias peligrosas para toda la población: las mujeres embarazadas que no tienen suficiente yodo corren el riesgo de abortar o de que sus bebés nazcan muertos. Las niñas y niños con insuficiencia de yodo en los casos más graves sufren de retardo mental y físico. En otros casos, se afecta su rendimiento escolar por apatía. Entre las personas adultas, la falta de yodo hace que bajen el rendimiento en el trabajo.

Comer pescado y mariscos es una manera de asegurar la presencia de yodo en la dieta. Sin embargo, estos alimentos no siempre están al alcance de muchas familias. La recomendación general para consumir el yodo que necesita una persona es utilizar *siempre* sal yodada.

Sin embargo, en los niños y niñas, así como en las personas adultas, es indispensable cuidar el consumo de sal porque el exceso de este producto en las comidas puede ser nocivo para la salud. Se estima que una persona adulta no debe tomar más de dos cucharaditas de sal cada día. El consejo más recurrente en estos casos tiene que ver con la conveniencia de cuidar los hábitos de alimentación: una costumbre que puede ser uno de los mejores regalos que una familia haga a su niño o niña.



# Vitamina A

## Datos sobre este tema

- ❑ Las vitaminas son nutrientes esenciales que deben estar incluidos en la dieta. La vitamina A contiene elementos que contribuyen a la visión, al crecimiento y a fortalecer las funciones del sistema inmunológico.
- ❑ La deficiencia de vitamina A en menores de seis años es un fenómeno recurrente en Latinoamérica.
- ❑ Las fuentes más ricas de vitamina A de origen animal son el hígado de animales y los aceites de hígado de pescado. También se encuentran cantidades apreciables en la yema de huevo, en la leche íntegra de vaca —o sea, la no descremada— y en las leches fortificadas.
- ❑ Otra fuente de vitamina A son las verduras y frutas de color amarillo o naranja profundo como la zanahoria y el mango y las hojas de color verde oscuro, como la espinaca y las hojas del rábano picante.

## Consejos

### *¡Ah! La vitamina A*

La vitamina A, como muchas otras vitaminas, es indispensable para la salud. No es difícil de encontrar en productos de origen animal o vegetal. Muchos de los alimentos que la contienen son baratos y tienen un sabor agradable o que coincide con las costumbres alimentarias de muchas familias. En pocas palabras: está al alcance de “todas las manos”.

Sin embargo, las evaluaciones de nutrición que se hacen en América Latina año tras año repiten el mismo dato: los niños menores de seis años que viven en la Región tienen deficiencia de vitamina A. Los exámenes a mujeres embarazadas o que amamantan a sus bebés, con frecuencia reportan deficiencia de vitamina A.

La vitamina A es indispensable para una buena visión, interviene en el proceso de crecimiento de niñas y los niños y mejora las defensas contra el sarampión y otras infecciones. De ahí que las instituciones de salud impulsen campañas para promover el consumo de productos que contienen esta sustancia.

Los estudios sobre nutrición hacen énfasis en la necesidad de consumir vitamina A. La vitamina A se encuentra en algunos alimentos de origen animal como el hígado. Los vegetales de color amarillo y rojo contienen beta-caroteno que es una sustancia a partir de la cual el cuerpo obtiene

vitamina A. El consumo de beta-caroteno, además, se ha asociado a la prevención contra ciertos tipos de cáncer.

Los bebés que son amamantados reciben a través de la leche materna la vitamina A y los demás nutrientes que necesitan.

Una persona adulta cubre sus necesidades diarias de vitamina si consume media zanahoria, un mango maduro y medio plátano. Tres onzas de zapallo o calabaza, dos pixbaes (pajibae o chontaduro) y dos onzas de espinaca también completan la "dosis" necesaria. O bien, una rebanada de queso amarillo y  $\frac{3}{4}$  de taza de brócoli. Hay varias opciones que se ajustan a diferentes gustos y —como siempre— a diferentes bolsillos.

Las tablas de alimentos ricos en vitamina A pueden ayudar a que las familias planeen los menús de niñas y niños. Una última recomendación en favor de la vitamina A: si le hace falta un tema de conversación con su hijo a la hora de la comida, la vieja historia sobre las bondades de la zanahoria todavía puede funcionar: ¿Alguien ha visto un conejo con lentes?



# Hierro

## Datos sobre este tema

- ❑ La anemia por falta de hierro afecta no solo a muchas niñas y niños en la región sino que suele ser causa del bajo peso con el que nacen muchos bebés. Las mujeres que no tienen una dieta adecuada durante el embarazo, dan a luz bebés menos resistentes a las enfermedades y que presentan problemas de crecimiento y desarrollo durante la lactancia y la primera infancia.
- ❑ El hierro se encuentra circulando en cantidades muy pequeñas en el organismo y tiene un papel fundamental en la formación de la hemoglobina. Cuando la concentración de hemoglobina en la sangre es menor que la que se necesita para transportar oxígeno a los tejidos del cuerpo, se reporta un deterioro en el desarrollo y una disminución del rendimiento físico.
- ❑ Las mujeres necesitan más hierro que los hombres en sus años de fertilidad (desde la primera menstruación hasta la menopausia). Cuanto mayor es la frecuencia con que una mujer queda embarazada y da a luz, mayor será la probabilidad de que sufra de anemia por falta de hierro. El espaciamiento de los embarazos y el consumo de una dieta adecuada durante el embarazo, son factores fundamentales para prevenir el nacimiento de bebés bajos de peso.
- ❑ Para prevenir la anemia por falta de hierro se promueven campañas para garantizar que alimentos básicos —como algunos cereales y granos procesados— sean fortificados antes de entrar en los circuitos comerciales.
- ❑ Dentro del sistema de salud se impulsan campañas para asegurar la administración de tabletas de hierro con ácido fólico a las mujeres embarazadas. También se ha propuesto incorporar tabletas de hierro en todos los juegos de medicamentos básicos que reciben los centros de salud urbanos y rurales.
- ❑ La anemia por hierro se produce cuando no se consume una cantidad suficiente de este mineral o cuando no se cuenta con la capacidad para absorberlo. La propuesta es animar a las familias a incluir en la dieta alimentos ricos en hierro y en vitamina C, que ayuda a absorber el hierro, especialmente el de origen vegetal.

## Consejos

### Hierro: comerlo y aprovecharlo

La falta de hierro hace que no llegue suficiente oxígeno a los tejidos del cuerpo. Cansancio, debilidad, dolor de cabeza y palidez son síntomas de la anemia por falta de hierro. Las mujeres embarazadas sufren con frecuencia de este tipo de anemia. Una de las consecuencias que trae la anemia por falta de hierro en las mujeres embarazadas es el riesgo de dar a luz bebés bajos de peso. Son bebés que se enferman con mayor frecuencia y tienen muchos problemas para crecer y desarrollarse.

Muchos alimentos que se consumen a diario en algunos lugares tienen hierro, como por ejemplo los frijoles y la tortilla de maíz. La carne de res, la yema de huevo, el hígado de pollo y las hojas verdes, como la espinaca, también contienen hierro. Para el cuerpo humano es más fácil utilizar el hierro que tienen los alimentos de origen animal que el de los granos y vegetales. Aunque la comida familiar incluya alimentos ricos en hierro, también es necesario asegurar que el cuerpo lo absorba. Para ello se recomienda comer frutas que tengan vitamina C, que es la sustancia que ayuda al cuerpo a incorporar el hierro a la sangre.

Para asegurar que el hierro esté presente en la dieta y pueda aprovecharse, se recomienda:

- Comer granos como frijoles, garbanzos o lentejas por lo menos tres veces por semana.
- Elegir vegetales como la espinaca y la mostaza.
- Comer frutas o tomar jugos de frutas como guayaba madura, mango, marañón, naranja, piña y toronja.
- Limitar el consumo de té y café durante las comidas porque dificultan la absorción de hierro.
- Si come cereales, escoja los que están enriquecidos con hierro.
- Los gustos también se hacen: las niñas y niños desde muy pequeños pueden aprender a preferir frutas a productos de baja calidad nutritiva. Las frutas pueden llegar a ser muy atractivas si se ofrecen en el momento adecuado y aquellas ricas en vitamina C les ayudan a absorber el hierro de otros alimentos.
- Las mujeres embarazadas deben priorizar el consumo de alimentos ricos en hierro. Su cuerpo y su bebé lo notarán.
- Los bebés que toman leche materna exclusivamente, reciben una cantidad adecuada de hierro que pueden absorber con facilidad. Antes de los cuatro o seis meses, cuando los bebés toman otro alimento o bebida además de la leche materna, pierden la capacidad de aprovechar de la misma manera el hierro que tiene la leche materna.

### Alimentos ricos en hierro

ALIMENTOS	PORCIÓN	HIERRO (MG)
• Hígado de res	3 oz.	7.5
• Hígado de pollo	2 oz.	6.0
• Carne de res	3 oz.	2.7
• Morcilla	1 oz.	18.0
• Yema de huevo	1 u.	1.2
• Tortilla de maíz	1 u.	3.9
• Menestras (frijol, lenteja, poroto, garbanzo)	½ taza	2.1
• Hojas verdes (espinaca, hojas de mostaza)	½ taza	3.0
• Melón	¼	1.4
• Agua de pipa (coco verde)	1 vaso	1.4
• Leche de coco	1 taza	3.6
• Pepita de marañón	1 oz.	2.2

### Alimentos ricos en vitamina A

ALIMENTOS	PORCIÓN
<b>Más de 5,000 mcg</b>	
• Hígado de res	3 oz.
<b>De 1,000 a 500 mcg</b>	
• Zanahoria	½ u.
• Mango maduro	1 u.
• Espinaca	2 oz.
• Zapallo	3 oz.
• Brócoli	¾ de taza
<b>De 50 a 100 mcg</b>	
• Plátano verde o maduro	½ u.
• Guineo verde (banana)	1 u.
• Pixbae	2 u.
• Leche Integral	1 vaso
• Lechuga y tomate	½ taza
• Queso	1 rodaja
• Huevo	1 u.

mcg: Microgramos  
de equivalentes de retinol

# ¿Por qué no come?

## ¿Y por qué no quiere comer?

El **sabor dulce** es la única predilección innata de los recién nacidos y la única aversión es el rechazo por el sabor amargo. El resto de gustos o aversiones se enseñan y se aprenden. Las normas culturales y la decisión de la familia poco a poco proponen o imponen preferencias por ciertos alimentos y por las horas en que se debe comer.

Como en otras especies animales, en un principio las niñas y niños tienden a rechazar los alimentos nuevos y sólo si se les ofrece una y otra vez se consigue que acepten e incorporen un determinado sabor a su dieta habitual. Sin embargo, a partir de los 18 meses —cuando hay una disminución fisiológica de la velocidad de crecimiento y una pérdida relativa de adiposidad— la familia comienza a quejarse de que la niña o el niño no quiere comer. Esa aparente inapetencia, es un motivo repetido de consultas médicas. El resultado más frecuente es que el personal de salud ordena la “administración innecesaria e inefectiva de vitaminas, minerales y estimulantes del apetito”. (*Bases para el desarrollo de guías alimentarias*, p.#36)

Las niñas y niños desde muy pequeños pueden regular de una manera muy eficiente la cantidad y calidad de alimentos que necesitan comer. Por eso aceptan o rechazan una gran variedad de alimentos a lo largo del día o comen de manera abundante un producto del que en otro momento solo requirieron una pequeña cantidad.

Esta rutina de cambios en la alimentación es normal pero muchas veces las personas que cuidan los niños no la conocen, no la aceptan o no tienen los recursos y disponibilidad de tiempo para atenderla. Con frecuencia esta situación genera conflictos entre niños y su familia, sobre todo a la hora de las comidas. Es posible que los niños, para evitar esos conflictos o para solucionarlos, desarrollen hábitos alimentarios que pueden alterar los mecanismos de saciedad, lo que da como resultado la obesidad o la desnutrición.

El personal de salud tiene la responsabilidad de conocer estos aspectos de la alimentación de las niñas y niños para orientar de manera adecuada a la familia y a las personas que los cuidan. Un aspecto básico de esa orientación es insistir en que se obtienen mejores resultados —es decir, las niñas y los niños se alimentan mejor—, si durante las comidas hay una interacción personal grata y un ambiente agradable.

Las familias también deben recibir orientación sobre la frecuencia y duración de los tiempos de comida y la flexibilidad y periodicidad con que las niñas y los niños comen. Si bien es necesario establecer “reglas del juego” específicas que deben ser respetadas por los menores y por cada familia, también ha sido confirmada la regla de oro: no se les debe forzar a comer... es mejor darles ánimo y convencerlos.



En todo caso, a pesar de que hay recomendaciones generales para lograr que los pequeños se alimenten de manera adecuada, las personas que integran los equipos de salud deben conocer el patrón de maduración de una niña o niño y el patrón cultural de su entorno familiar antes de aconsejar una solución para una de las preguntas más frecuentes que tienen las familias: ¿y ahora por qué no quiere comer?

## Información para la familia

### Las comidas: cuándo y cuánto

El cuerpo hace ajustes fisiológicos cada día que se reflejan en la cantidad específica de nutrientes que necesita. Así que cuando lea las recomendaciones sobre la cantidad de alimentos que necesita su hija o hijo para crecer y desarrollarse de manera adecuada, recuerde que lo que se busca es lograr que la dieta del día a día le aporte un determinado número de nutrientes durante un período de tiempo. En resumen, se trata de que las familias tengan hábitos alimentarios saludables.

Las recomendaciones nutricionales se refieren a las cantidades de cada nutriente que deben ser ingeridas en un día pero no se pretende que los niños y niñas coman todos los días esas cantidades.

Una vez que se conocen las necesidades básicas de los menores de seis años, la siguiente pregunta de las familias y las personas que los cuidan es cuándo darles de comer y qué cantidad de comida debe ofrecérselos. Pues bien, cada edad tiene sus especificaciones. Se aconseja alimentar a un bebé menor de seis meses a libre demanda. Es decir, amamantarlo cuando lo solicite. A las niñas y niños que no son amamantados se recomienda ofrecerles la “fórmula” según su apetito, lo que significa —generalmente— de seis a ocho veces al día.

Después de los seis meses, los bebés comienzan a comer lo que se conoce como alimentación complementaria. Se aconseja ofrecerles un alimento cinco o seis veces al día. Esta “rutina” de alimentación disminuye entre el segundo y tercer año. En esta edad se les puede ofrecer alimentos cinco veces al día. A partir de los tres años resulta mucho más fácil para las niñas y niños acomodarse al patrón familiar y cultural de alimentación. De cualquier modo, ese patrón deberá incluir para las niñas y niños unas tres comidas sustanciosas cada día y, en caso de que la persona que los cuida lo considere pertinente, debe ofrecérselos una comida liviana a media mañana y otra a media tarde.

El cuánto y cuándo ofrecerles alimentos también tiene que ver con los gustos de la niña o niño y —como es de esperar— con los de su familia. Es posible que una niña o niño despierte y pida avena, una fruta determinada o huevo si con frecuencia su padre o madre o la persona que lo cuida le ofrece, entre otras cosas, ese tipo de alimentos para desayunar. La variedad de opciones que una familia presenta a una niña o niño y la capacidad de atender sus necesidades —sin presionar o ignorar hasta el

riesgo de la obesidad o la malnutrición— son dos elementos fundamentales en el proceso de formar hábitos alimentarios adecuados. En resumen, se busca enseñarle a la niña o niño que escoja o se antoje —de manera “natural”— de alimentos saludables cada vez que tiene hambre.

En última instancia, para garantizar una calidad de vida a niñas y niños es indispensable que las familias cuenten con recursos para atender esos “antojos” y que tengan la flexibilidad y el tiempo disponible para entender la “lógica” del apetito o de las repentinas inapetencias de sus hijas e hijos.

### ***¿Insistir, confiar o supervisar?***

***La regla general es que las niñas y niños menores de cinco años comen poco y por lo tanto deben tomar varias comidas al día porque tienen “el estómago más pequeño”. Sin embargo, es conveniente que las familias conozcan algunos factores que afectan el apetito.***

Alimentar a una niña o niño es un proceso que —entre otras cosas— incluye darle mucho ánimo, halagarlo cada vez que come bien, ofrecerle ayuda, conversarle mientras come, enseñarle a comer y monitorear cuánto come.

En algunas familias, las personas que se encargan de alimentar a las niñas y niños asumen un papel pasivo y dejan que la iniciativa de cuánto comer quede en manos de la niña o niño. En el otro extremo, hay familias en donde el “control de alimentación” se caracteriza por forzarlos a comer

o ejercer una continua y —casi irrespetuosa— presión para que coman. Entonces, más que una ocasión para relacionarse y una oportunidad de educar, comer se vuelve una batalla diaria en donde la persona que alimenta pone en marcha una serie de tácticas no siempre exitosas y la niña o niño se empeña en romper las marcas de demostraciones de rechazo. Alguien que pueda responder a tales desaires con humor y que además, sea capaz de darle ánimo para comer más, a menudo —efectivamente— consigue que la niña o niño coma lo que necesita para crecer saludable.

El hecho de que las personas se muestren pasivas frente a la alimentación de las niñas o niños generalmente está relacionado con la falta de tiempo y energía para dedicarle a una tarea que justamente requiere de tiempo y energía. Pero también hay familias en donde se asegura que las niñas y niños no deben ser presionados porque “cada estómago conoce sus límites”. Aunque esta creencia parece razonable —y en muchos casos es cierta— si la niña o niño sufre de anorexia o de “apetito disminuido”, es necesario un esfuerzo extra para animarle a comer con el fin de que ingiera los nutrientes que requiere.

La anorexia o baja de apetito es una enfermedad en los niños que se caracteriza por la falta de apetito y debe atenderse de manera específica. Pero hay otros factores que reducen el apetito de los niños, como una dieta monótona o que carece de nutrientes necesarios para abrir el apetito (el zinc, por ejemplo) o enfermedades como la diarrea, el sarampión y la malaria. Una niña o niño que tiene parásitos intestinales, que sufre de malnutrición crónica, que tiene úlceras en la boca o que tiene ansiedad,

no muestra deseos de comer. Con frecuencia las niñas y niños reciben menor atención con la "llegada" de un nuevo hermanito. La familia no supervisa de la misma manera si la niña o niño no come y entonces aparece el riesgo de desnutrición. En otros casos, negarse a comer es una manera de pedir la atención de papá y mamá. El consejo en estos casos es darle la razón a su hija o hijo: debido a que la madre debe dedicarle más tiempo al recién nacido se hace de nuevo evidente la necesidad de que los padres dediquen un poco más de "energía afectiva" a los demás hijos.

Si insistir, conversar y jugar forman parte de una rutina "eficiente" de comer, cuando el "éxito" se reduce, es muy posible que la persona que cuida a la niña o niño busque una explicación. Esto permite que las familias indaguen e identifiquen a tiempo si la causa requiere de atención médica.

En otros casos, las niñas y niños tienen apetito o disposición de comer pero otros eventos impiden que lo hagan de manera adecuada. Es entonces, cuando supervisar se convierte en la clave que garantiza una buena nutrición. Muchas niñas y niños piden independencia a la hora de comer: quieren usar sus cubiertos y comer sin ayuda. Sin duda es un comportamiento que conviene incentivar... y observar. Algunas veces las niñas y niños se distraen con facilidad, en especial cuando los alimentos no tienen un sabor agradable o resultan difíciles de comer (cuando se tienen menos de seis años, usar la cuchara para tomar la sopa es algo que requiere de mucha habilidad). Darles una mano, para que "regresen al plato" y asegurarse de que comieron lo que requieren, puede ser el comienzo de una muy amena conversación. ¡Disfrútela!

# Mejor prevenir

Durante los primeros seis años de vida, las niñas y niños son especialmente vulnerables a enfermedades que se pueden prevenir con vacunas. Vacunar es un mensaje que debe llegar a todas las familias. Cada niña o niño menor de seis años debe recibir todas las dosis de las vacunas que evitan que enfermen de polio, tosferina, tétanos, tuberculosis, difteria, rubeola, paperas y sarampión. Estas enfermedades son culpables de que muchos niños y niñas retarden su crecimiento y el desarrollo de algunas de sus capacidades. En otros casos, corren el peligro de perder la vida, lo que representa una situación especialmente dolorosa para las familias. Las cifras de mortalidad –los que mueren– y morbilidad –los que enferman– de menores de seis años en América Latina y el Caribe revelan la necesidad de que las familias tengan información sobre las posibilidades de evitar que la diarrea y las infecciones respiratorias graves –lo que se conoce como neumonía– afecten el desarrollo y crecimiento de sus hijos. En este capítulo, se encontrará información sobre cómo atender y prevenir estas enfermedades.

De un 15 a un 20 por ciento de las consultas pediátricas están relacionadas con el asma. Se ofrecen recomendaciones sobre la manera como las familias pueden atender a las niñas y niños que sufren de asma.

Los accidentes que sufren las niñas y niños menores de seis años, en muchos casos se pueden prevenir. Aquí se ofrece información sobre normas de seguridad que la familia debe tener en cuenta para evitar los accidentes más comunes.

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación, la redacción y presentación de cada tema incluido en este capítulo se las concibió como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual o todo el capítulo, para elaborar un artículo, un reportaje o un anuncio promocional.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica que se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, en cada tema y en cada subtema se aportan datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros seis años de vida.

# Índice

## Mejor prevenir

<b>Vacunación .....</b>	<b>115</b>
Datos sobre este tema .....	115
Las vacunas y la primera infancia .....	116
Información para la familia .....	117
<i>Atención en salud</i> .....	117
<i>Higiene</i> .....	117
<i>Todas las dosis. T O - DAS</i> .....	118
<i>El sarampión</i> .....	119
<i>La poliomielitis</i> .....	119
<i>La tuberculosis</i> .....	119
<i>La difteria</i> .....	120
<i>El tétanos</i> .....	120
<i>La tosferina</i> .....	120
<i>La hepatitis A</i> .....	121
<i>La hepatitis B</i> .....	121
<i>La varicela</i> .....	121
Calendario de vacunación del primer año .....	122
<i>Calendario del Programa Ampliado sobre Inmunizaciones (PAI)</i> .....	122
<i>Calendario de inmunizaciones usado en muchos países</i> .....	123
Consejos .....	124
<i>Recuerde siempre que:</i> .....	124
<b>Diarrea .....</b>	<b>125</b>
Datos sobre este tema .....	125
<i>La diarrea durante los primeros seis años</i> .....	126
Información para la familia .....	127
<i>Atención en salud: Tres reglas para tratar la diarrea en casa</i> .....	127
<i>La mayor cantidad de líquido</i> .....	127
<i>Darle buena alimentación</i> .....	128
<i>Señales de peligro</i> .....	131
<i>La Terapia de Rehidratación Oral (TRO)</i> .....	133
<i>El Suero de Rehidratación Oral (SOR)</i> .....	133
Consejos .....	134
<i>Medidas de prevención en casa</i> .....	134
<i>Caseras, fáciles y baratas</i> .....	135
<b>Infecciones respiratorias agudas .....</b>	<b>136</b>
Datos sobre este tema .....	136
Las infecciones respiratorias agudas durante la infancia .....	137
Información para la familia .....	138
<i>Atención en salud</i> .....	138
<i>El principal signo de que un niño tiene neumonía</i> .....	139
<i>Si los padres conocieran los síntomas</i> .....	141
<i>Resfríos y gripes</i> .....	141
<i>Cuidado con los antibióticos y con las medicinas para el resfriado</i> .....	142
<i>Los problemas de oído</i> .....	143
<i>El tratamiento de la infección crónica de los oídos</i> .....	143
Consejos .....	145
<i>Para bajar la fiebre</i> .....	145
<i>Los medicamentos</i> .....	145
<i>La nutrición</i> .....	146
<i>Higiene</i> .....	147
<i>No todos los niños tienen el mismo riesgo</i> .....	148

<b>Asma .....</b>	<b>150</b>
Datos sobre este tema .....	150
¿Qué es el asma? .....	150
El inhalador: Sólo si es preciso .....	151
Información para la familia .....	152
<i>El asma: un asunto muy personal</i> .....	152
<i>La gota que llena el vaso</i> .....	153
<b>Los accidentes .....</b>	<b>154</b>
Datos sobre este tema .....	154
Los accidentes en los primeros seis años .....	154
Información para la familia .....	155
<i>El ambiente familiar</i> .....	155
Consejos .....	156
<i>El ambiente físico</i> .....	156
<i>Medidas de prevención</i> .....	158
<i>Consejos / Datos de la OPS</i> .....	159
<i>Normas de seguridad para evitar accidentes de tránsito</i> .....	160
<i>Normas de seguridad para evitar quemaduras</i> .....	161
<i>Normas de seguridad para evitar accidentes por asfixia</i> .....	164
<i>Normas de seguridad para evitar accidentes por envenenamiento</i> .....	166
<i>Normas de seguridad para evitar heridas</i> .....	168
<b>VII/SIDA: Una nueva amenaza .....</b>	<b>169</b>
<b>Maltrato infantil .....</b>	<b>171</b>
Datos sobre este tema .....	171
Información para la familia .....	171
<i>¿Cómo detectar el maltrato infantil?</i> .....	171
Consejos .....	172

# Vacunación

## Datos sobre este tema

- ❑ A inicios de la década del noventa, muchos países de América Latina y el Caribe lograron una amplia cobertura a través de las campañas de vacunación. Gracias a estas campañas, aunadas a las acciones del Programa Regional del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OPS/OMS, en la región de las Américas y el Caribe *no se registró ningún caso de poliomielitis* entre 1991 y 1995.

***El principal mensaje para las familias es que durante el primer año, los bebés deben recibir todas las vacunas.***

Sin embargo, aún muchas niñas y niños menores de seis años enferman y mueren como consecuencia del sarampión, la tuberculosis, la tosferina, el tétanos y la difteria. Estas enfermedades pueden prevenirse con vacunas.

Una de las consecuencias de estas enfermedades es la desnutrición. Cuando están enfermos y durante la convalecencia, los niños y niñas pierden el apetito, dejan de comer de manera adecuada y se desnutren. Por eso a los niños que sufren estas enfermedades se les afecta su ritmo normal de crecimiento y desarrollo.

- ❑ Las vacunas previenen contra la tuberculosis, la polio, la tosferina, el tétanos, el sarampión, la rubéola, las paperas y la difteria. Todos los niños y niñas deben ser vacunados contra estas enfermedades. Antes de cumplir un año las niñas y niños ya deben estar inmunizados. Algunas vacunas necesitan tres dosis. En otras, basta con una para toda la vida. Otras necesitan refuerzo. Para estar inmunizados, los niños deben recibir las dosis completas contra cada enfermedad (Ver esquema de vacunación). Es sumamente importante insistir a las familias sobre la necesidad de que sus hijos e hijas reciban todas las vacunas.
  - ❑ Cuando los padres y las madres llevan a sus hijos a vacunar, reciben información valiosa para atender las necesidades de crecimiento y desarrollo de los bebés. También conocen el uso y ventaja de algunos cuidados de enfermedades como la diarrea. Esta es una razón de más para promover la vacunación.
- En algunos países, a la vez que son vacunados, las niñas y niños reciben suplementos de vitamina A. (Ver cap. nutrición)
- ❑ La cobertura de vacunación contra el sarampión y el tétanos todavía es deficiente.

## Las vacunas y la primera infancia

*Las vacunas protegen a los bebés y a los niños, contra el contagio de enfermedades, que pueden causarles la muerte o un retraso serio en su crecimiento y desarrollo.*

A lo largo del embarazo, a través de la placenta, el feto recibe anticuerpos maternos que dan protección ante enfermedades como el tétanos y por eso es importante que la madre se vacune contra esta enfermedad. Después del nacimiento, los anticuerpos transferidos por la madre —a través de la placenta— comienzan a decrecer poco a poco. Por lo tanto, es indispensable que el bebé sea vacunado.

Cuando el bebé es alimentado con el calostro —la primera leche materna, recibe sustancias (anticuerpos, lizosima, macrófagos, etc.) que lo protegen de algunas infecciones. Pero la leche materna no protege a los bebés de las enfermedades prevenibles por vacuna como la tosferina, el sarampión, la tuberculosis, la difteria, la polio y el tétanos. Lo único que protege contra estas enfermedades es **vacunar**, por eso es necesario recibir *todas las dosis* de cada vacuna.





## Información para la familia

### Atención en salud

- ❑ Cada bebé debe tener una ficha donde se lleva el control de las vacunas que ha recibido. La ficha ayuda al personal de salud y a la familia en el caso de que no siempre sea la misma persona quien lleva al bebé al lugar donde se le aplicará la vacuna.

### Higiene

Son condiciones o prácticas que promueven la salud de las personas o el medio ambiente en el cual viven. Por eso, es importante cuidar la higiene del agua, de los alimentos, la eliminación adecuada de excretas y basura y evitar que los niños entren en contacto con personas que padecen enfermedades contagiosas que les pueden ser transmitidas fácilmente.

- ❑ Se recomienda evitar que los niños entren en contacto con personas que padecen enfermedades contagiosas que les pueden ser transmitidas fácilmente.



## Todas las dosis. T O - DAS

- tres de antipolio
- tres de DPT
- una contra la tuberculosis y
- una contra el sarampión y
- todos los bebés apenas nacen deben recibir una dosis especial de antipolio y
- a los seis años, todos los niños y niñas reciben una dosis de refuerzo contra la tuberculosis

Ese “tres, tres, una y una” es el calendario de vacunación para las niñas y niños y es la llave para que pasen una infancia libre de enfermedades que pueden causarles mucho dolor, retraso en su crecimiento y en el desarrollo de sus capacidades y hasta la muerte. Todo eso se evita con ese “tres, tres, una y una”. La regla es que hay que aplicar **todas** las dosis, porque las vacunas que requieren tres dosis sólo protegen completamente después de la tercera.

### *¿Perdió la tarjeta de vacunación y no sabe qué dosis le toca?*

No importa. Vacunar no hace daño. Lo que se recomienda es comenzar desde el principio. Es la única manera de asegurar que su hija o hijo está protegido.



## El sarampión

Es una de las enfermedades más contagiosas. Se transmite de persona a persona muy fácilmente a través del aire o por el contacto directo con descargas nasales o de la garganta de alguien, y puede producir epidemias. Inicialmente, la enfermedad produce fiebre, nariz que moquea, ojos rojos y tos. Al tercer o séptimo día aparece una erupción roja que comienza en la cara y se extiende por el cuerpo entero. Los niños que enferman de sarampión tienen mucho retraso en el crecimiento y demoran más en desarrollar sus capacidades. Cuando ataca a niños desnutridos y débiles, se complica con neumonía, diarrea, daño en el cerebro (encefalitis), ceguera y daño en los oídos. El sarampión causa muchas muertes infantiles. La vacuna contra el sarampión se aplica a los nueve meses y protege para toda la vida. Para estar más seguro, a los 18 meses se aplica un refuerzo.

## La poliomielitis

Es una enfermedad viral altamente contagiosa que se transmite de persona a persona a través de la vía fecal-oral. Afecta principalmente a los niños y produce discapacidad por parálisis. La poliomielitis se está extinguiendo debido a que cada vez hay más personas vacunadas. Cuando la vacunación sea total, la polio ya no podrá «saltar» de una persona enferma a una sana.

La poliomielitis da con fiebre y dolores musculares.

Las niñas y niños afectados, si no mueren quedan lisiados, con los brazos o piernas paralizados o deformados para el resto de sus vidas.

Todo esto puede evitarse desde que el bebé nace. A los recién nacidos se les debe dar una dosis especial de vacuna antipolio. Luego, a los dos, a los tres y a los cuatro meses el bebé recibe las otras tres dosis de vacuna antipolio. Entonces, estará protegido contra la poliomielitis.

## La tuberculosis

Es una enfermedad infecciosa producida por el *Micobacterium tuberculosis*, normalmente afecta primariamente a los pulmones pero puede extenderse a otros órganos como el cerebro, los intestinos, los huesos y los riñones.

Al principio de la enfermedad el niño puede tener tos débil persistente, fiebre, pérdida de peso, pérdida de apetito, cansancio constante. Por lo general, los niños se contagian cuanto están cerca de una persona enferma de tuberculosis a través del aire, mediante pequeñas gotitas de secreciones de la tos o estornudos de personas infectadas de tuberculosis.

La vacuna contra la tuberculosis se llama **BCG**. Se aplica a los bebés recién nacidos y luego se repite a los seis años.

La vacuna no evita completamente que el niño o la niña enfermen pero es una garantía de que, en caso de contagio, la enfermedad no sea muy grave.

### **La difteria**

Es una enfermedad mortal causada por bacterias que usualmente afectan las amígdalas, garganta, nariz o la piel. Se transmite a otros por medio del contacto directo de descargas de secreciones de la nariz, garganta, piel y ojos de las personas infectadas. Una especie de costra blanca que tiene pus invade la garganta de los niños enfermos de difteria. El niño se ahoga al no poder respirar o se intoxica por las toxinas, especie de veneno que acompaña a la enfermedad y que puede afectar al corazón o sistema nervioso. La difteria es muy contagiosa.

La DPT, también conocida como triple, es una vacuna que protege contra la difteria, el tétanos y la tosferina. Se aplica por primera vez a los dos meses. Se necesitan tres dosis de DPT para que el bebé esté completamente protegido.

### **El tétanos**

Enfermedad producida por una bacteria que entra por las heridas profundas o superficiales o a través del cordón umbilical. Se puede contraer a cualquier edad.

La bacteria del tétanos puede estar en cualquier sitio. Si entra en una herida se desarrolla y produce una toxina (especie de veneno) que afecta los nervios que controlan los músculos dando lugar a rigidez de los músculos de la mandíbula y de otros músculos. Puede llegar incluso a producir convulsiones y dificultad para respirar y ocasionalmente la muerte.

La DPT, también conocida como triple, es una vacuna que protege contra el tétanos, la difteria y la tosferina. Se aplica por primera vez a los dos meses. Se necesitan tres dosis de DPT para que el bebé esté completamente protegido.

### **La tosferina**

Es una enfermedad muy contagiosa común en niños menores de 5 años que afecta la parte superior de las vías respiratorias. Se caracteriza por vigorosos y repetidos ataques de tos. Generalmente la persona tose de 5 a 10 veces sin tomar aliento, la cara se vuelve roja o azul, los ojos parecen salirse, las venas del cuello se hinchan y luego puede presentar vómitos. A veces la tos no deja respirar y los niños mueren. En algunos casos la tosferina se complica con neumonía.

La DPT, también conocida como triple, es una vacuna que protege contra la tosferina, el tétanos y la difteria. Se aplica por primera vez a los dos meses. Se necesitan tres dosis de DPT para que el bebé esté completamente protegido.

## **La hepatitis A**

Es una enfermedad causada por el virus de la hepatitis A (VHA) que ataca las células hepáticas, alterando la función del hígado. Los principales signos y síntomas de esta enfermedad son: cansancio, síntomas gastrointestinales como disminución del apetito, diarrea, náuseas, vómitos y signos de tipo gripe como dolor de cabeza, escalofríos y fiebre. La orina oscura y heces pálidas son indicadores claros de infección de hepatitis A, así como la ictericia (coloración amarilla de ojos y piel). La frecuencia de hepatitis A es sumamente alta especialmente en niños.

La hepatitis A se transmite principalmente por vía fecal-oral, por contactos cercanos de persona a persona, por agua y alimentos contaminados, etc. La enfermedad puede evitarse tomando las medidas sanitarias adecuadas como son: evitar el contacto con personas enfermas, aislamientos del paciente, etc. Sin embargo, la medida más eficaz para asegurar la protección frente a la hepatitis A es la prevención a través de la vacunación.

## **La hepatitis B**

Es una enfermedad muy frecuente, causada por el virus de la hepatitis B que produce una inflamación que destruye las células hepáticas y puede alterar la función del hígado. Los signos y síntomas de la hepatitis B son: debilidad, fatiga, fiebre y vómitos, así como la coloración amarilla de la piel y mucosas (ictericia). La gravedad de la hepatitis B depende de las defensas de cada paciente. La hepatitis viral B es una de las mayores causas de enfermedad y muerte en el mundo. Cada año, de uno a dos millones de personas mueren de hepatitis B y es causa de 80 por ciento de los casos de cáncer al hígado.

Hasta hace poco se creía que el virus de la hepatitis B se transmitía sólo por medio de la sangre, suero o plasma contaminados; sin embargo, actualmente se conoce que el virus puede transmitirse también por la saliva, las lágrimas, la leche materna, la secreción nasal, la secreción vaginal y el semen. También puede transmitirse a través de un cepillo de dientes, una hoja de afeitar o una aguja hipodérmica. Otras formas comunes de transmisión son por rasguños y/o heridas leves, producto de juegos o deportes.

Hasta la fecha, la única manera de prevenir la enfermedad es a través de la vacunación.

## **La varicela**

Es una de las enfermedades virales más contagiosas de la infancia: nueve de cada diez niños son atacados por el virus de la varicela-Zoster.

La transmisión del virus es mayormente a través del contacto, con las lesiones de la piel e inhalación de gotitas de las secreciones mucosas de las vías respiratorias, transportadas por el aire al toser o estornudar.

Los síntomas de la varicela son erupción generalizada en la piel, fiebre alta, náuseas y vómitos.

Aunque para muchos niños la varicela no produce problemas de salud importantes, en algunos casos se puede desarrollar complicaciones, especialmente neumonía, que puede ser fatal o infección bacteriana de la piel que pueden llevar a cicatrización desagradable.

La única solución para prevenir la varicela es a través de la vacunación.

## Calendario de vacunación del primer año

### *Calendario del Programa Ampliado sobre Inmunizaciones (PAI)*

Este es el esquema mínimo de inmunizaciones recomendado por la OMS para extender la cobertura de vacunación en los países en desarrollo.

Al nacer debe recibir	A las seis semanas, debe recibir	A las diez semanas, debe recibir	A las catorce semanas, debe recibir	A los 9 meses debe recibir
Antituberculosis (BCG) y antipolio (OPV)	DPT o triple y segunda dosis de antipolio	Segunda dosis de DPT y tercera dosis de antipolio	Tercera dosis de DPT y cuarta dosis de antipolio	Sarampión (o MMR)

- La vacuna llamada BCG (Bacilo de Calmette y Guérin) inmuniza contra la tuberculosis.
- La vacuna llamada OPV (Vacuna oral contra poliovirus) inmuniza contra el polio.
- La vacuna llamada DPT (Toxoides diftérico y tetánico con vacuna contra la tosferina) inmuniza contra la difteria, la tosferina o pertusis y el tétanos.
- La vacuna llamada MMR inmuniza contra el sarampión, la rubéola y las paperas
- Antes del primer año de vida, las niñas y niños deben recibir una dosis de BCG, tres dosis de DPT, cuatro dosis de OPV y una dosis contra el sarampión o MMR.

## **Calendario de inmunizaciones usado en muchos países**

(Utilizar calendario de inmunizaciones de acuerdo a indicaciones de las autoridades sanitarias de su país.)

A los dos meses	A los cuatro meses	A los seis meses	A los quince meses	A los dieciocho meses	Entre los cuatro y los seis años	Entre los catorce y los dieciocho años
Antipolio OPV, triple y Hib.	Segunda dosis de antipolio, DTP y Hib.	Tercera dosis de antipolio OPV, DTP y Hib.	Sarampión (MMR) y cuarta dosis de Hib.	Cuarta dosis de antipolio y DTP.	Quinta dosis de antipolio y DTP.	Td y rubeola.

La mayoría de los países tienen un calendario de inmunizaciones obligatoria para todos los niños. Pero también existen otras vacunas de aplicación voluntaria que previenen enfermedades como la hepatitis A y B, varicela, parotiditis, fiebre amarilla, etc.

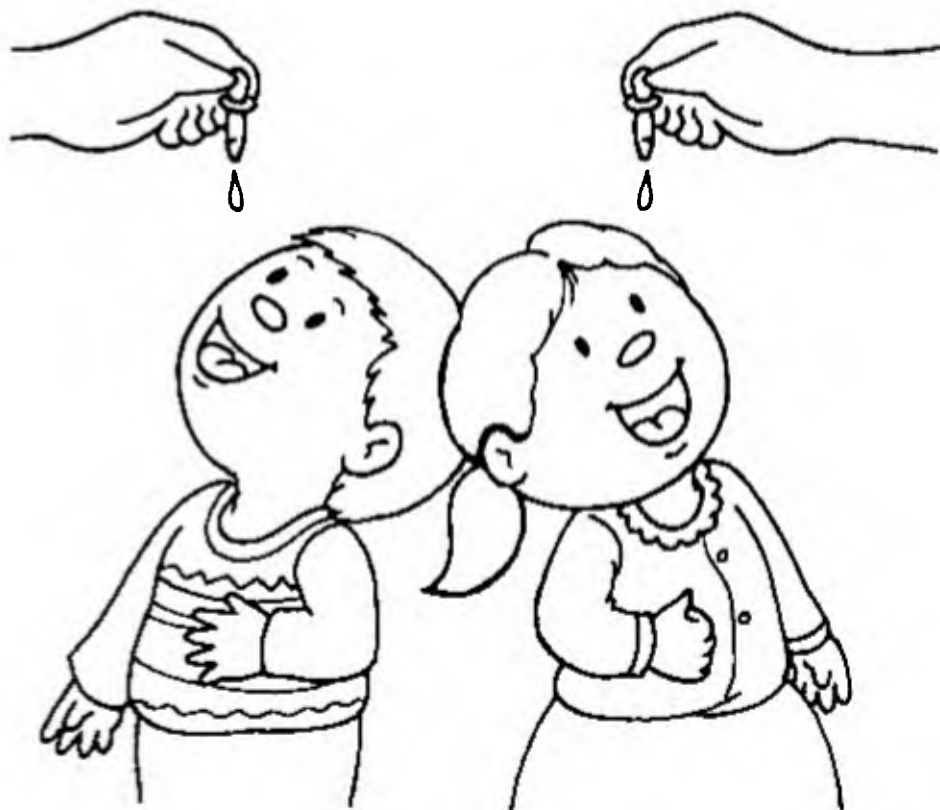
- La vacuna llamada OPV (vacuna oral contra poliovirus) inmuniza contra el polio.
- La vacuna llamada DPT (Toxoides diftérico y tetánico con vacuna contra la tosferina) inmuniza contra la difteria, la tosferina o pertusis y el tétanos.
- Hib es el conjugado de Haemophilus de tipo B.
- La vacuna llamada MMR inmuniza contra el sarampión, las paperas y la rubeola.
- Td es el toxoide tetánico y diftérico en dosis reducida.
- Rb es el virus de la rubéola.

## Consejos

### Recuerde siempre que:

- TODOS los niños y niñas deben ser vacunados.
- No hay contraindicaciones para la vacunación de niños y niñas sanos.
- Los nacidos prematuramente se vacunan a la edad cronológica habitual.
- Los niños o niñas que tienen VIH/SIDA requieren otro esquema de inmunización. Consulte con el personal de salud.

Material de Apoyo para la Promoción, Protección y Vigilancia de la Salud del Niño. CLAP, OPS, OMS.





# Diarrea

## Datos sobre este tema

- ❑ Aunque la diarrea algunas veces se presenta como una epidemia repentina —como el cólera—, la mayoría de las formas de la diarrea son episodios frecuentes y molestos de la vida cotidiana. Aun así, la diarrea es la segunda causa más común de la muerte de niñas y niños en el mundo.
- ❑ La desnutrición, la falta de acceso al agua de beber potable y/o clorada, la falta de saneamiento ambiental, la ignorancia y la pobreza son factores importantes a la hora de examinar las defunciones infantiles causadas por la diarrea. La diarrea causa desnutrición y, a la vez un niño desnutrido, es más vulnerable a agravarse y morir cuando enferma de diarrea.
- ❑ La mitad de las defunciones infantiles por diarrea se deben a la deshidratación. En la mayoría de los casos es posible *prevenir* la deshidratación dando de beber a las niñas y niños más líquidos que lo normal y alimentándolos bien desde el inicio de la enfermedad. Para *tratar* la deshidratación se usan sales de rehidratación oral. Cada sobre de estas sales cuesta sólo diez centavos de dólar. Este método simple y barato conocido como Terapia de Rehidratación Oral (TRO) reemplaza los fluidos y minerales perdidos durante un episodio de diarrea y puede evitar hasta dos terceras partes de las muertes por diarrea.
- ❑ Además de las muertes, la diarrea es una causa de desnutrición y afecta el aumento de altura y peso de las niñas y niños. Es un círculo debilitante: una niña o niño mal alimentado puede sufrir ataques de diarrea que sean cada vez más severos y probablemente más frecuentes, lo que hace que tenga mayores posibilidades de deshidratación peligrosa.
- ❑ Las tareas de prevención de la diarrea incluyen ayudar a las familias a mejorar los métodos de alimentación, en especial durante el amamantamiento y el destete. Asegurarse de que los suministros de agua sean seguros y de fácil acceso, así como que las comunidades los usen correctamente. Mejorar la higiene personal, de los alimentos y doméstica. Estudios realizados en Perú demostraron que la diarrea se presenta en niños de grupos de escasos recursos y en niños de grupos adinerados. En ese marco, se estima que la higiene es un factor determinante para que los niños enfermen de diarrea.

## La diarrea durante los primeros seis años

- ❑ En promedio las niñas y los niños menores de seis años sufren de dos a tres episodios de diarrea al año. En algunos países el promedio sube a siete y ocho episodios de diarrea por año. Cuando una niña o niño enferma de diarrea, la preocupación principal es evitar que se deshidrate y se desnutra.
- ❑ Durante la diarrea, el cuerpo pierde una gran cantidad de agua y sales. Esto se conoce como *deshidratación*. La deshidratación es la causa de la muerte de muchas niñas y niños.
- ❑ La diarrea también causa *desnutrición* porque con cada evacuación se pierden parte de los nutrientes, el cuerpo requiere más nutrientes para recuperarse de la enfermedad y, con frecuencia, las niñas y niños que tienen diarrea pierden el apetito. Además, la situación se agrava cuando, de manera errónea, el personal de salud o las personas que cuidan a las niñas y niños, aconsejan no darles de comer o darles menos comida para que evacúen menos.
- ❑ Una atención adecuada evita que el niño se deshidrate y que se desnutra. Además se debe prestar atención a los signos de peligro (el niño no puede beber o tomar el pecho o vomita todo o tiene convulsiones o no reacciona a ningún estímulo) para llevarlo a que sea examinado por el personal de salud.



Empieza la diarrea



Continúa la diarrea, el niño pierde líquidos y se deshidrata

## Información para la familia

### **Atención en salud: Tres reglas para tratar la diarrea en casa**

Las tres reglas para atender en la casa a niñas y niños con diarrea tienen como objetivo evitar que se deshidraten y que se desnutran y saber cuándo la diarrea debe ser tratada por personal de salud. Por eso cuando enferman de diarrea, se recomienda:

- Darles mucho más líquido de lo que usualmente toman.
- Darles suficientes alimentos nutritivos.
- Si no mejoran, llevar al bebé o al niño enfermo a que lo examine personal de salud.

### **La mayor cantidad de líquido**

Apenas comienza la diarrea hay que darle al enfermo la mayor cantidad de líquidos para reemplazar lo que se pierde en el vómito y en las heces. *En la mayoría de los casos, la deshidratación se puede prevenir en el hogar, si se le da al niño una cantidad de líquido mayor de la que bebe normalmente.*

#### ***¿Qué líquidos?:***

Los mejores son los que se preparan con alimentos como el agua de arroz, las sopas y las bebidas espesas de arroz, trigo, maíz, avena, sorgo, cebada o centeno. *Debe ser suficientemente líquido para que se pueda beber.* Estos preparados reciben nombres diferentes en cada país. En México, Venezuela y Centroamérica se les llama atoles, en Colombia coladas, panetelas en Ecuador y Perú, Mingau en Brasil.

También se recomienda darles agua de coco verde (agua de pipa) o jugo de frutas frescas o simplemente agua hervida.

#### ***Los líquidos que no debe dársele a niños con diarrea:***

No se les debe dar de beber bebidas gaseosas ni jugos preparados industrialmente porque tienen alto contenido de azúcar y esto agrava la diarrea. No debe dársele bebidas o refrescos muy endulzados. Tampoco les dé sopas preparadas industrialmente.

#### ***¿Cuánto líquido se les debe dar?***

Se recomienda darles tanto líquido como pierden con la diarrea.

- A los bebés **menores de un año**, debe dárseles de un cuarto a media taza (50 a 100 ml.) de líquido después de cada evacuación.

- ❑ Las niñas o niños **mayores de un año**, necesitan de media a una taza grande (100 a 200 ml.) de líquido después de cada evacuación.
- ❑ Lo urgente es que tome mucho líquido. El biberón debe estar muy limpio. Se recomienda no usar biberón. Si el bebé se muestra dispuesto, déle de beber con una cucharita.
- ❑ Si el niño vomita mientras le da líquido, espere diez minutos y vuelva a darle de beber despacio.
- ❑ **Nunca se debe suspender la lactancia materna.**
- ❑ En general, se aconseja darle a un niño con diarrea, tanto líquido de la lista de los recomendados, como pueda tomar. Lo más probable es que esto se consiga si se le dan líquidos diferentes y si éstos coinciden con el gusto de la niña o el niño.
- ❑ Los bebés **menores de cuatro meses** que sólo se alimentan de leche materna no deben recibir líquidos preparados en base a un alimento. Debe animárseles a mamar con más frecuencia y se les debe dar agua hervida o clorada.

## Darle buena alimentación

Una persona enferma pero bien alimentada resiste mejor las enfermedades. Esto debe ser particularmente recordado cuando un bebé o un niño menor de seis años tiene diarrea.

El intestino "llora" agua por sus paredes para lavarse una infección que ha cogido. Por eso se produce la diarrea. Pero no todo el intestino se enferma. La parte sana puede seguir aprovechando los alimentos. Si los



bebés y los niños con diarrea siguen alimentándose, aunque pierden un poco de nutrientes por la enfermedad, siempre pueden aprovechar los alimentos que reciben. Además, seguir comiendo acelera la recuperación de las funciones del intestino, incluyendo la habilidad para digerir y absorber. Si cada vez que el bebé tiene diarrea se le deja de alimentar por varios días, se afectará su crecimiento físico e intelectual.

Muchas veces las personas que cuidan a niñas y niños, les suspenden los alimentos o les dan menos o se los diluyen pensando que así les disminuirá la diarrea. El alimento no hace que aumente la diarrea. Si los bebés y los niños no reciben alimentos, pierden peso, la diarrea se les prolonga y demoran más en sanarse. De manera que muchos niños que tienen diarrea aguda y les suspenden los alimentos, empeoran y se enferman de diarrea crónica.

La regla de oro para atender a una niña o un niño en casa es:

- Darle líquidos para evitar la deshidratación.
- Darle alimentos mientras está enfermo y aumentarle los alimentos durante la convalecencia, después de que la diarrea mejora.

Las madres que amamantan a sus hijos, deben darles de mamar con más frecuencia cuando tienen diarrea, porque al continuar recibiendo leche materna durante la diarrea, la enfermedad es menos grave y más corta.

Los bebés menores de cuatro meses que sólo toman leche de vaca líquida o en polvo, como único alimento, pueden seguir tomándola en la cantidad que acepten.

- Las niñas y niños destetados que enferman de diarrea, deben comer alimentos que les dé la mayor cantidad posible de nutrientes y calorías.

### **Alimentos recomendados**

A las niñas y los niños mayores de cuatro meses, que han sido destetados, se aconseja darles un cereal (como arroz, maíz o trigo) y leguminosas (como frijoles, lentejas o habas). También se recomienda darles la mezcla de un cereal y carne, pollo o pescado. Siempre se debe agregar una o dos cucharaditas de aceite vegetal con cada comida, para que consuman más energía. Los jugos de frutas frescas y las bananas son útiles porque contienen potasio.

- Debe evitarse darles alimentos con mucho azúcar** porque éstos empeoran la diarrea. Tampoco se les debe dar sopas muy diluidas. Recuerde que las sopas recomendadas para prevenir la deshidratación, no reemplazan los alimentos. No les dé sopas preparadas industrialmente (de sobre o de lata).

**El bebé o niño con diarrea debe seguir con su alimentación normal, pero debe tomar más líquido que de costumbre.**

### **¿Cuánto alimento debe dársele a un niño con diarrea?**

- ❑ Hay que animarlos a que coman todo lo que quieran. Muchos pierden el apetito, pero aun así hay que insistirles con cariño y prepararles alimentos que les sirvan y les agraden. Es mejor ofrecerles comidas chicas con frecuencia (cada 3 ó 4 horas, por lo menos seis veces al día) porque se digieren más fácil y es posible que las acepten más.
- ❑ A las niñas y niños que se han pasado por una diarrea, hay que darles una comida adicional todos los días durante dos semanas. Así pueden recuperar el peso que perdieron con la enfermedad. Muchas niñas y niños, una vez curados muestran un apetito mayor que el usual, hay que ofrecerles tanto alimento como puedan comer.

### **¿Cómo preparar los alimentos?**

- ❑ Se aconseja machacarlos o molerlos y cocinarlos bien. Esto hace que la comida sea más fácil de digerir.
- ❑ Hay que darles los alimentos recién preparados para que haya menos riesgo de contaminación. Si se les van a dar alimentos que han sido preparados con anticipación, hay que recalentarlos hasta que hiervan.



## Señales de peligro

En caso de que se presente alguna de las siguientes situaciones, la niña o el niño debe ser llevado de inmediato para que sea atendido por personal de salud.

- Defeca abundantemente y con mucha frecuencia.
- Vomita seguido.
- Tiene más sed de lo común.
- Tiene fiebre.
- Evacúa con sangre.
- No come ni bebe normalmente.
- Hundimiento de la fontanela.
- Sopor y somnolencia.
- Pliegues abdominales.

Es posible que la niña o el niño se esté deshidratando. Esto significa que debe recibir un tratamiento diferente.

### **¡Cuidado con los medicamentos!**

- La diarrea es una enfermedad que generalmente dura varios días. En la mayoría de los casos no es necesario usar medicamentos. Lo más importante es evitar la deshidratación y continuar la alimentación desde el inicio de la enfermedad.



**Los anti-diarréicos solo “espesan” la diarrea, no impiden que el cuerpo se siga deshidratando por dentro.**

- ❑ Hasta el momento *no existe ningún medicamento seguro y eficaz* que pueda disminuir o parar la diarrea.
- ❑ *Los antibióticos* se recetan a enfermos de diarrea sólo en los casos de disentería (diarrea con sangre) y cólera que son bacterias que se deben tratar con antibióticos. En otras condiciones, principalmente las provocadas por virus —que son los que causan la mayoría de las diarreas—, los antibióticos son ineficaces y no deben prescribirse porque pueden agravar los casos.
  - ❑ Los antibióticos no son eficaces contra la mayoría de los microorganismos que causan diarrea. En cambio, el uso indiscriminado de antibióticos puede hacer que algunos gérmenes que causan la diarrea se vuelvan resistentes al tratamiento con antibióticos. En resumen, los antibióticos —que son caros con frecuencia— representan un gasto inútil en la mayoría de casos de diarrea.
  - ❑ *Nunca* debe dársele *antidiarréicos, ni antieméticos, ni purgantes* a una persona enferma de diarrea. No se ha encontrado que alguno sea útil para tratar la diarrea. En cambio se tienen la certeza de que algunos de estos medicamentos son peligrosos pues pueden causar parálisis intestinal o adormecer de manera anormal al enfermo.
- ❑ En caso de bebés menores de un año, algunos de estos medicamentos si se usan inadecuadamente, pueden causar la muerte.
- ❑ No le dé a su hija o hijo medicamentos para la diarrea, a menos que se lo recomiende el personal de salud.





## La Terapia de Rehidratación Oral (TRO)

La Terapia de Rehidratación Oral (TRO) es el tratamiento más eficaz para evitar que las niñas y niños se deshidraten. En el sistema de salud, las familias reciben información sobre cómo preparar y dar de beber el Suero de Rehidratación Oral (SOR) en casa, a las niñas y niños enfermos de diarrea.

A veces las personas a cargo de la TRO no cumplen las indicaciones por razones como que creen que la TRO detendrá la diarrea y se decepcionan porque esto no sucede. Otras veces se siente un poco de frustración porque se piensa que el suero les provoca vómitos cuando se trata de hacer comer a un niño enfermo, porque toma tiempo y requiere un poco de paciencia. Lo que se recomienda es *mirar a la niña o al niño* y no preocuparse sólo por las evacuaciones. Así notará que después de tomar el suero y alimentarlo, el niño estará menos irritable y más tranquilo.

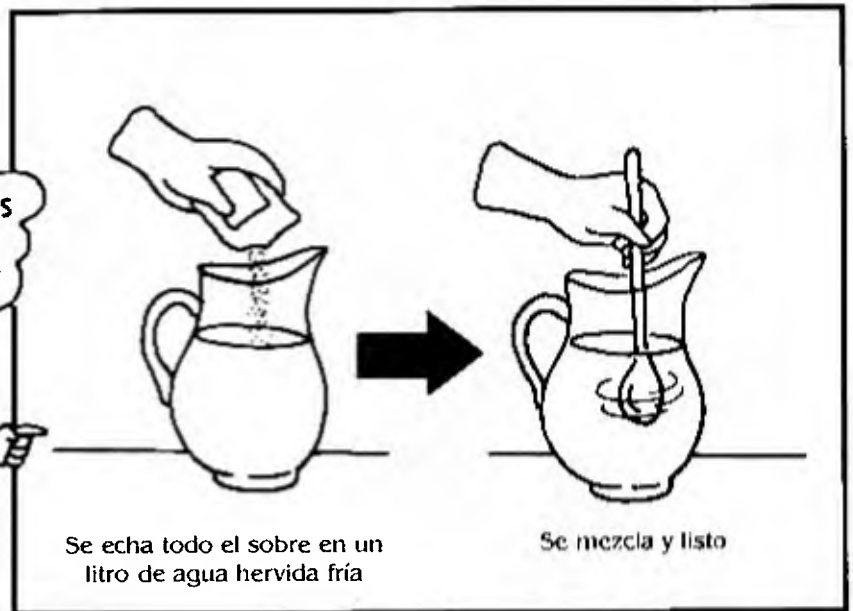
Las siguientes indicaciones pueden ser útiles si está atendiendo a una niña o niño con diarrea, al que se le recetó beber SOR para curar la deshidratación.

- A los bebés menores de un año, debe dárseles de un cuarto a media taza (50 a 100ml.) de SOR después de cada evacuación.
- Las niñas o niños mayores de un año, necesitan de media a una taza grande (100 a 200ml.) de SOR luego de cada evacuación.
- A los bebés se les debe dar el SOR por cucharaditas continuamente. A los niños o niñas mayores de un año, se les puede dar por sorbos frecuentemente.
- Si el niño o niña vomita, es mejor esperar diez minutos y luego darle el suero oral más despacio (por ejemplo una cucharadita cada dos minutos).

## El Suero de Rehidratación Oral (SOR)

A la niña o niño se le debe dar todo el tiempo el suero oral recomendado por el personal de salud que le atendió. En algunos países los sobres de SOR deben ser diluidos en volúmenes más pequeños de agua. Cerciórese de usar la medida indicada por el personal de salud.

Debe prepararse todo el sobre de SOR. Mantenga siempre tapado el recipiente donde guarda el suero oral. Si sobra suero preparado de un día para otro, debe botarlo y preparar uno nuevo para dar al niño. (Para preparación de suero casero ver recuadro *Caseras, fáciles y baratas.*)



## Consejos

### Medidas de prevención en casa

- Dele a su bebé sólo leche materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida y continúe con la lactancia materna por lo menos hasta que el bebé cumpla dos años.
- Procure darle a su hijo alimentos recién preparados y bien cocinados. Asegúrese de que siempre beba agua limpia. Las frutas y los vegetales deben lavarse con especial cuidado.
- Dele los alimentos con cucharita. Las niñas o niños que usan biberón tienen diarrea con mayor frecuencia que los que no lo usan, pues tienen más riesgo de llevarse a la boca un objeto infectado.
- Lávese las manos después de cambiar los pañales de la niña o el niño. Procure que todas las personas que viven en la casa se laven las manos con agua y jabón, luego de defecar. Las personas que cocinan y sirven los alimentos deben ser muy cuidadosas con el lavado de las manos.
- Vacune a su hijo a la edad recomendada para cada enfermedad prevenible por vacuna.
- Si vive en el campo, asegúrese de que todas las personas con las que usted vive usen la letrina. Bote rápidamente las heces de los pequeños dentro de la letrina o entiérrelas profundamente en un lugar lejos de la vivienda.

## Caseras, fáciles y baratas

### **Recetas para prevenir la deshidratación**

Las siguientes recetas cumplen los requisitos establecidos por la OPS/OMS para el líquido casero que puede prevenir la deshidratación. Las cantidades de los ingredientes están expresadas en medidas caseras. Estas recetas fueron preparadas por 80 personas diferentes. Luego de analizadas, se estableció que cumplían con los requisitos establecidos.

#### **Papa, sal y agua**

- ❑ **Utensilios:** como medida se utiliza una botella vacía de bebida gaseosa de un litro y una cuchara pequeña.
- ❑ **Ingredientes:** un litro de agua. Una papa grande. Media cucharadita de sal al ras. **Advertencia:** hay que tener mucho cuidado en la medida de la sal.
- ❑ **Preparación:** Se pela, se lava y se pica una papa grande en trocitos pequeños. Se mide un litro de agua y se coloca en una olla. Se le agrega la papa picada y media cucharadita de sal y se pone en el fuego hasta que hierva. Cuando empiece a hervir se cuentan veinticinco minutos, luego se sacan las papas con un poco de caldo y se trituran con un tenedor. Después se vuelven a agregar al caldo, se revuelve bien, se deja enfriar y se le da de tomar al niño.

#### **Agua, sal y arroz tostado**

- ❑ **Utensilios:** como medida se utiliza una botella vacía de bebida gaseosa de un litro. Una cuchara pequeña. Una cuchara sopera.
- ❑ **Ingredientes:** un litro de agua. Ocho cucharadas soperas rasas de arroz tostado y molido. Media cucharadita de sal al ras. **Advertencia:** Hay que tener mucho cuidado en la medida de la sal.
- ❑ **Preparación:** Se tuesta el arroz en un sartén revolviendo permanentemente para que no se queme, hasta que se ponga de un color dorado. Luego se saca del fuego y se muele. Se mide un litro de agua y se coloca en una olla, junto con media cucharadita de sal y las ocho cucharadas soperas rasas de arroz tostado y molido, se revuelve y se coloca al fuego hasta que hierva. Cuando esto ocurra, se deja hervir por quince minutos más, se revuelve bien, se deja enfriar y se le da al niño.

La cantidad de polvo de arroz también puede ser medida así: diez cucharaditas de arroz tostado y molido.

*Investigación de la Universidad de Antioquia, Colombia.  
Diálogo sobre la diarrea. N° 54. Diciembre-junio de 1996.*

# Infecciones respiratorias agudas

## Datos sobre este tema

***Cada año, la neumonía —que es una IRA— causa la muerte de más de 140 mil niñas y niños menores de cinco años en los países de la Región de las Américas.***

- ❑ El catarro y el resfrío común son infecciones respiratorias *leves* que padecen de cinco a ocho veces al año, las niñas y niños menores de seis años. Después de un par de días de descanso y sin necesidad de tomar antibióticos, los niños se recuperan de la gripe y el resfrío. Pero muchas niñas y niños de la región padecen Infecciones Respiratorias Agudas. Las *infecciones agudas* se localizan en la zona de las vías respiratorias: nariz, oídos, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones y son conocidas como IRA (Infecciones Respiratorias Agudas). Cada año, la neumonía — que es una IRA— causa la muerte de más de 140 mil niñas y niños menores de seis años en los países de la Región de las Américas.
- ❑ Muchas de estas muertes ocurren en el domicilio y sin que los niños hayan recibido atención de parte del personal de salud. Una de las causas más comunes de estas muertes es que, incluso en las zonas urbanas, los padres no reconocen la gravedad de los síntomas. Además, la falta de acceso de la población a los servicios de salud y la falta de antibióticos adecuados para el tratamiento precoz de los casos, son algunos de los factores asociados a estas muertes.
- ❑ Algunas muertes también ocurren porque el personal de salud no tiene la capacitación necesaria o los criterios adecuados para la detección precoz de los signos de alarma.
- ❑ Las IRA son la principal causa de consulta infantil en los servicios de salud. Representan entre el 40 y el 60 por ciento del total de consultas pediátricas.
- ❑ Las IRA son una de las causas principales de hospitalización de menores de seis años. Representan entre el 20 y el 40 por ciento de todas las hospitalizaciones pediátricas de los hospitales en la mayoría de los países en desarrollo.
- ❑ Las IRA son la principal causa de administración de antibióticos a las niñas y niños menores de seis años. El uso inadecuado de antibióticos en caso de infecciones leves como gripes y resfríos, fomenta la resistencia bacteriana y puede producir efectos potencialmente nocivos para la salud de los menores.

## Las infecciones respiratorias agudas durante la infancia

- ❑ La mayoría de niñas y niños se enferman alrededor de 4 a 8 veces al año, de infecciones en las vías respiratorias: nariz, oídos, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones. Estas infecciones son más frecuentes entre los menores que viven en el campo que entre aquellos que viven en la ciudad.
- ❑ Pueden presentarse muchos síntomas de infecciones respiratorias leves como tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, goteo de la nariz y problema de oídos. La fiebre es un síntoma común. Afortunadamente, la mayoría de niñas y niños con estos síntomas sólo padecen una infección leve como resfriado o catarro común. Pueden ser bien atendidos en casa —sin antibióticos— por sus familiares.
- ❑ Algunos niños contraen neumonía, que es una Infección Respiratoria Aguda. Si no toman antibióticos a tiempo, mueren porque se reduce la entrada de oxígeno o por una abrumadora infección de las bacterias que penetra en la sangre.
- ❑ Las Infecciones Respiratorias Agudas son muy peligrosas para los bebés muy pequeños. Los menores de dos meses mueren con mayor frecuencia de neumonía.
- ❑ El diagnóstico de IRA en menores de dos meses requiere de mayor atención debido a que presentan síntomas diferentes a los de las niñas y niños mayores. Por ejemplo, no es común que los recién nacidos enfermos de neumonía tengan tos.



## Información para la familia

### Atención en salud

Con frecuencia, las niñas y niños menores de seis años tienen síntomas como tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, goteo de la nariz, problema de oídos y fiebre. Por fortuna, en la mayoría de los casos estos malestares sólo son síntomas de un resfriado, un catarro común o bronquitis leve. Estos niños pueden ser bien atendidos en casa —sin antibióticos— por sus familiares.

Sin embargo, algunos niños contraen neumonía, una Infección Respiratoria Aguda (IRA). Si no toman antibióticos a tiempo, mueren porque no pueden respirar o porque la infección penetra en la sangre.

La ayuda de la familia y las personas que cuidan a los niños es fundamental para iniciar a tiempo y llevar a buen término el tratamiento de una IRA. Por eso es definitivo reconocer las señales de peligro: los síntomas principales de una IRA.



## El principal signo de que un niño tiene neumonía

Los principales signos de que un niño tiene neumonía son la respiración agitada y rápida y el *tiraje*. Hay *tiraje* cuando al respirar, la piel del tórax se hunde debajo de las costillas. De inmediato el niño debe ser atendido por personal de salud.

- ❑ **La respiración agitada.** Es muy importante escuchar la respiración del niño sólo cuando está callado y tranquilito. Si está llorando, enojado o asustado no se puede apreciar con precisión la frecuencia respiratoria. Casi todas las madres pueden decir si su hija o hijo respiran más rápido que de costumbre. Recuerde que en general, la respiración difícil y acelerada es señal de enfermedad grave en los bebés.
- ❑ **El tiraje.** Se produce el tiraje porque los pulmones se inflaman y pierden elasticidad. Por eso hay que hacer más fuerza para tomar el aire. Cuando el niño trata de respirar, la piel se hunde entre y debajo de las costillas. Para compensar la falta de oxígeno, el niño respira más seguido que de costumbre.

Cuando un niño o niña presenta alguno de los siguientes signos también debe ser atendido de urgencia por el personal de salud:

- ❑ Cuando no puede beber o tomar el pecho. Es porque el niño está demasiado débil para beber o para pasar algún alimento. En el caso de bebés menores de dos meses, la madre puede calcular cambios en la cantidad de tiempo que el bebé pasa tomando pecho. Si pasa menos de la mitad de lo acostumbrado, éste es un signo de peligro.
- ❑ Convulsiones.



- ❑ Vomita todo lo que come o bebe.
- ❑ Está muy somnoliento o tiene dificultad para despertar. Son niñas y niños que están amodorrados. A menudo no miran a la madre o a la persona que los cuida, cuando ésta les habla. A veces tienen la mirada en blanco y no parecen ver nada.



No puede tomar el pecho



Convulsiona



Vomita lo que come o bebe



## Si los padres conocieran los síntomas

Muchas familias se evitarían el dolor de perder a sus niños. Muchos niñas y niños mueren de neumonía en sus casas. Algunos llegan demasiado tarde a los hospitales. Sus padres no buscan ayuda médica por una razón aparentemente muy sencilla: no reconocen los síntomas de una enfermedad grave como la neumonía.

La neumonía es la inflamación del pulmón causada por microbios. La inflamación impide que el niño respire bien, y esto —si dura mucho tiempo— puede causarle la muerte. Es por eso que la neumonía mata a tantos niños rápidamente.

Los signos de la neumonía son la respiración rápida y el tiraje. Casi todas las madres saben cuándo el niño respira más rápido de lo normal. Hay tiraje cuando la piel del tórax se hunde debajo de las costillas. Cuando se presenta cualquiera de estos signos, siempre hay que buscar con urgencia ayuda del personal de salud. En el caso de los bebés es necesario prestar mucha atención. Algunos casos que parecen infecciones respiratorias leves, pueden volverse una neumonía grave de un momento a otro.

La neumonía se trata con antibióticos. Un niño enfermo de neumonía debe tomar antibióticos durante cinco o seis días para que se eliminen los microbios que causan la enfermedad. Algunas veces las familias consideran que el niño está curado antes de terminar el tratamiento y dejan de darle el antibiótico. Esto puede ser muy peligroso.

Un alto porcentaje de las muertes de niñas y niños menores de seis años se debe a la neumonía, es decir, a lo que en salud pública se conoce como Infecciones Respiratorias Agudas o IRA. La mayoría de esas muertes pueden evitarse si los padres reconocen los signos y llevan a sus hijos al puesto de salud o al hospital más cercano a tiempo.

## Resfríos y gripes

El resfrío y la gripe son infecciones respiratorias leves. El resfrío es producido por un tipo de microbio al que no hacen nada los antibióticos. El cuerpo se defiende solito de los resfríos. El malestar en la garganta, en la nariz y en la faringe y la tos, pasan en unos cuantos días.

La gripe también se cura sola. Pero el microbio que produce la gripe es de una clase diferente al del resfrío y va a la sangre. Por eso la gripe da con dolor de cabeza, fiebre y malestar en todo el cuerpo y se necesita mucho descanso para aliviarse. Con la gripe podemos tener catarro o no.

Ni el resfrío ni la gripe se curan con antibióticos. En cambio, las neumonías Sí deben ser tratadas con antibióticos.



### **Cuidado con los antibióticos y con las medicinas para el resfriado**

- ¿Por qué no dar antibióticos para un resfriado o una simple tos?  
 Los antibióticos no curan el resfriado ni la tos ni acortan la enfermedad. Los resfríos no se curan. Se van solos en dos o tres días, cuando cumplen su ciclo. Los resfríos son producidos por un virus y los antibióticos no “acaban” con los virus. Lo que sí se puede hacer es aliviar los síntomas y la congestión que acompañan a todos los resfríos.
- Los antibióticos **no previenen** complicaciones como la neumonía o la infección de oídos.
- Para curar la neumonía o pulmonía **sí** se necesita de manera **urgente** tomar antibióticos durante varios días. Por eso hay que buscar ayuda médica de inmediato. La efectividad de la atención de casos de neumonía y de otras infecciones agudas respiratorias, depende de que las personas lleven a cabo las instrucciones del tratamiento, por eso es importante administrar el antibiótico durante todo el tiempo prescrito y correctamente.
- No es malo que un niño tosa. El niño tose para botar los microbios que se han alojado en sus pulmones. Los remedios para quitar la tos no evitan que los microbios continúen dentro de los pulmones y hagan más daño. Además, algunos re-

medios comerciales comunes para la tos y resfriados contienen ingredientes potencialmente nocivos como atropina, codeína, alcohol, fenérgán o dosis altas de antihistamínicos, que pueden intoxicar al niño si recibe dosis altas tornándose irritables. También puede producir sequedad de mucosas, sedación profunda, taquicardia o convulsiones.

Suavice la garganta y alivie la tos con un remedio inofensivo para su hijo. Puede usar bebidas calientes, miel, un jarabe para la tos hecho en casa o un remedio comercial que no contenga ingredientes nocivos. De cualquier modo, el mejor jarabe es darle mucho líquido. El líquido alivia y ayuda a despegar la flema.

### **Los problemas de oído**

Las infecciones de oído raramente son mortales, pero causan muchos días de enfermedad en los niños y niñas menores de seis años.

Las infecciones de oído a veces se propagan al hueso que está detrás de la oreja (mastoiditis) o al cerebro (meningitis). Las complicaciones de las infecciones de oído son la principal causa de sordera en los países en desarrollo. La sordera, además, ocasiona problemas de aprendizaje en la escuela.

Durante una infección de oído, el pus se acumula detrás del tímpano. Esto produce mucho dolor y fiebre. Si la infección no se trata, el tímpano se puede reventar. El pus sale y esto alivia un poco el dolor y puede que la fiebre baje o desaparezca. Pero el niño que ha pasado por este episodio tiene dificultad para oír porque su tímpano tiene un agujero. A veces el tímpano se recupera solo. Otras veces sigue supurando, no sana y el niño continúa sordo de ese oído. No debe ponerse tapones en los oídos a las niñas y niños porque esto puede empeorar la situación.

Las infecciones de oído frecuentes son la mastoiditis, la infección aguda de los oídos y la infección crónica del oído. Las niñas y niños enfermos de mastoiditis deben ser referidos con urgencia al hospital. El tratamiento con mechas se utiliza junto con antibióticos en el caso de la infección aguda. En la infección crónica, la terapia más efectiva es el tratamiento con mechas.

### **El tratamiento de la infección crónica de los oídos**

Cuando los oídos de un niño supuran durante más de dos semanas, se menciona que hay una infección crónica de los oídos. Las bacterias que causan esta infección crónica generalmente son diferentes a las que causan infecciones agudas de oído, por esta razón, los antibióticos de administración oral no son generalmente eficaces contra las infecciones

***El oído medio está considerado como parte de las vías respiratorias porque está conectado a la garganta por la trompa de Eustaquio. Por esto, cuando la nariz o la garganta se infectan, con frecuencia también se reporta una infección en el oído medio.***

crónicas. El tratamiento más importante además del indicado por el médico es mantener seco el oído por medio de mechas, sin dejar tapones en el oído.

Se debe tener presente que cuando continúa la supuración del oído es probable que el niño continúe con el tímpano perforado y por lo tanto presente sordera y luego problemas de lenguaje y aprendizaje. Se debe llevar al niño al médico especialista.

Aunque algunas políticas de salud utilizan el tratamiento con antibióticos, esto no sustituye el secado de oído.

El uso de mechas toma tiempo pero es la única terapia efectiva y si no se hace, el niño puede quedar sordo.

Cuando deba recurrir al secado de oídos para atender a su hijo o hija, recuerde:

- Pídale al personal de salud que atendió al niño que le enseñe cómo debe secar el oído cuando esté en la casa.
- Para secar el oído con mechas:* primero, enrolle una tela suave de algodón absorbente y haga una mecha. **Nunca use ningún tipo de aplicador o palito con algodón en la punta. No use papel.** Luego, meta la mecha en el oído del niño hasta que se empape bien y entonces, retire la mecha. Tome otra mecha limpia y repita la operación hasta que el oído quede seco.
- Entre un tratamiento de secado y otro, no deje nada en el oído, como algodón, por ejemplo.



- No ponga aceite ni ningún otro líquido en el oído.
- No deje que la niña o niño nade o se meta agua en el oído.

## Consejos

### Para bajar la fiebre

Los resfriados, la gripe y la neumonía casi siempre llegan acompañadas de fiebre. La forma más rápida de bajar la fiebre —y sobre todo la más sana— son los baños de agua tibia.

- Los baños de agua tibia:** Cubra el cuerpo con una toalla mojada en agua tibia. Cuando la toalla se caliente, cámbiela por otra que se haya mojado antes en agua tibia. Altiérnelas así durante quince o veinte minutos, hasta que la fiebre baje. Este método puede usarse cuando el niño tiene entre 38 y 39 grados de fiebre.
- Cuando la fiebre es mayor de 39 grados,** acueste al niño, desnudo, sobre una toalla. Frótele el cuerpo con una toallita o una esponja empapada en agua tibia. También puede sumergirlo en una tina con agua tibia. Este baño también toma entre 15 y 20 minutos.
- Algunos padres o madres se preocupan porque durante los baños, los niños pueden "coger un aire" y enfermarse más. Para mayor tranquilidad, se deben cerrar las puertas de la habitación donde se baña al enfermo.
- Nunca use alcohol para bajar la fiebre.** El uso de alcohol es peligroso porque la piel del niño, sobre todo la de los bebés, es muy delicada y puede absorber el alcohol. Esto intoxicará su organismo.

### Los medicamentos

En caso de que su niño deba recibir un tratamiento con antibióticos, aunque le den una fórmula escrita, cerciórese sobre lo siguiente:

- cuánto antibiótico debe darle
- cuántas veces al día
- cuándo debe dárselo

Asegúrese de tener antibiótico suficiente para siete días. Muy importante:

- déselo durante los siete días
- si trabaja fuera de casa, enséñele a la persona que cuida a su hijo cómo darle el antibiótico.
- termine el tratamiento aunque la niña o el niño parezca sentirse mejor, de este modo evita crear resistencia a los antibióticos.

<p><b>Ha empeorado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tiene fiebre</li> <li><input type="checkbox"/> tiene dificultad para respirar</li> <li><input type="checkbox"/> no puede beber</li> </ul> <p>En este caso debe ser atendido de urgencia por personal de salud</p>	<p><b>Ha mejorado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tiene menos fiebre</li> <li><input type="checkbox"/> respira con más facilidad</li> <li><input type="checkbox"/> come mejor</li> </ul>
--	--

Generalmente el personal de salud pide llevar al niño de vuelta a los dos días de haber tomado el antibiótico, para hacerle una evaluación. Estos son algunos signos de que la enferma/o empeora o mejora:

Retome la costumbre de tomar té con miel para tratar la tos y el dolor de garganta. En general, las bebidas calientes suelen ser un remedio seguro y barato. Evite dar medicinas para resfriado, son caras y pueden ser perjudiciales. Se debe dar líquido en cantidades adecuadas. Nunca dé aspirina o codeína a un menor de seis años. Lo recomendado es usar acetaminofén según la dosis indicada por el personal de salud, pues el exceso puede producir efectos negativos.

### **La nutrición**

La atención en la casa es muy importante para los menores enfermos de Infección Respiratoria.

- Es común que las niñas y niños pierdan peso durante la enfermedad pues pierden el apetito. Aun así, siempre es conveniente animarlos a comer.
- Si el bebé enfermo tiene menos de cuatro meses o no ha comenzado a tomar alimentos para el destete, es importante alentar a la madre para amamantarlo con mayor frecuencia.
- Hay que alimentarlos mejor para evitar que pierdan peso:
  - según la edad deben comer mezclas de cereal y frijoles o mezclas de cereales y carne o pescado.
  - añada aceite a estos alimentos para hacerlos más ricos en energía.
  - la leche y los huevos son alimentos apropiados en este período.
- En todo caso, una niña o niño come menos cuando está enfermo. Después de que pase la IR déle una comida adicional cada día durante una semana o hasta que haya recuperado su peso normal.
- Hay que darles más líquidos para evitar que se deshidraten. Cuando hay fiebre se pierden más fluidos de lo normal. Ani-

me a su hijo a beber más agua potable, leche, jugo, bebidas a base de yogurt, sopa, agua de arroz, líquidos claros o —en el mejor de los casos— leche materna.

- ❑ A veces, los bebés no pueden mamar porque tienen inflamada la boca (estomatitis). Se recomienda exprimir leche materna o preparar alimentos con leche segura y dárselo con una cucharita.
- ❑ Es conveniente promover el uso de recetas locales ricas en energía y nutrientes, hechas con ingredientes de fácil obtención y compatibles con las prácticas y creencias existentes sobre alimentación de los niños sanos y enfermos.



## Higiene

Muchas veces los niños que padecen alguna infección respiratoria tienen la nariz tapada por una mucosidad seca o espesa y pegajosa. Póngale agua salada en la nariz con una mecha húmeda para ayudarlo a ablandar la mucosidad. Recuerde que muchas veces, la nariz tapada impide que los niños y niñas coman con comodidad.

Una mecha es una punta larga enrollada de tela de algodón absorbente.



### **No todos los niños tienen el mismo riesgo**

No todos los niños tienen el mismo riesgo de contraer neumonía o morir por esta causa. Investigaciones realizadas para establecer las acciones que reducirán la morbilidad y mortalidad causada por la neumonía, han encontrado que el bajo peso al nacer, la desnutrición, la deficiencia de vitamina A, haber contraído otras enfermedades infecciosas —en especial el sarampión— y no haber tomado leche materna, son factores significativos relacionados con la vulnerabilidad a contraer una IRA.

Estudios hechos en Brasil han demostrado que los bebés que nacieron con bajo peso son ocho veces más susceptibles de morir de neumonía durante la infancia. La estrategia para prevenir el bajo peso al nacer incluye la promoción de programas de atención en salud a mujeres embarazadas.

El papel de la leche materna en la protección y reducción de las enfermedades infecciosas durante la infancia ha sido ampliamente demostrado. Estadísticas de Perú señalan que los bebés que no fueron alimentados con leche materna tuvieron cinco veces más incidencia de neumonía durante sus primeros seis meses de vida.

La deficiencia de vitamina A reduce la defensa que tienen niñas y niños contra algunos patógenos. Informaciones sobre niñas y niños que han sido tratados para eliminar la deficiencia de vitamina A sugieren que el impacto de la neumonía puede ser reducido, así como la frecuencia de contraer IRAs.



Los niños que han sufrido sarampión incrementan el riesgo de padecer una enfermedad infecciosa unos meses después de haber pasado el sarampión. Se encontró que en algunos países, un 15 por ciento de las muertes infantiles por neumonía estuvieron asociadas con el sarampión. La inmunización contra esta enfermedad es de bajo costo y ha sido una de las acciones más exitosas en la prevención de la neumonía y de la diarrea.

También hay crecientes evidencias que demuestran la relación entre factores ambientales y la vulnerabilidad a la neumonía. Resultan más vulnerables las niñas y los niños que están expuestos a la polución (de fogones domésticos, por ejemplo), los que son fumadores pasivos, quienes viven en condiciones de hacinamiento y aquellos que padecen de frío, aun en climas templados.

*Childhood pneumonia: strategies to meet the challenge*  
ICCARI 1991

# Asma

## Datos sobre este tema

- ❑ En algunos lugares, el asma se conoce como “hambre de aire”, para hacer referencia a la dificultad para respirar que se presenta cuando los bronquios se cierran. Pero, contra lo que se cree, la dificultad no está en tomar el aire sino más bien, en botarlo.
- ❑ El asma bronquial es más frecuente entre las personas que viven en zonas de gran contaminación ambiental o en zonas húmedas. Entre los dos y los tres años de edad, con frecuencia los niños sufren de asma. Durante los meses en que hay mayor humedad suelen repetirse los episodios de asma. En muchos casos, los ataques se van haciendo menos frecuentes conforme avanza la edad, hasta que a los 12 ó 13 años, al entrar a la pubertad, el asma desaparece.
- ❑ El asma es una afección que tiene bastante incidencia entre las niñas y niños pequeños. Estudios realizados entre menores de tres años, muestran que de un 15 a un 20 por ciento de todas las consultas a pediatras, registradas durante un mes, son casos de espasmo bronquial o asma.
- ❑ Antes de la pubertad, el asma se presenta con mayor frecuencia en los niños que en las niñas. Entre la pubertad y la menopausia, las mujeres presentan una mayor incidencia. Después de los cincuenta años, es algo mayor en los hombres.
- ❑ Los ataques de asma se producen por muchas causas, algunas relacionadas con las condiciones ambientales y otras con factores emocionales. La propuesta de salud se centra en ayudar a los pacientes a enfrentar los ataques con serenidad y sin angustia y a identificar, en cada caso, qué elementos los hacen vulnerables.

## ¿Qué es el asma?

El asma es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica persistente que se caracteriza por obstrucción o estrechamiento de los bronquios. Esto puede suceder por muchas razones. Cuando los bronquios se inflaman hay dificultad para respirar, el paciente jadea, tiene respiración entrecortada y en muchos casos, se siente que el pecho le “silba”.

Los bronquios son una especie de tubos que llevan el aire que tomamos a todos los rincones de los pulmones. Por dentro, los bronquios están cubiertos de hilos muy pequeños que sirven para impedir que las impurezas

del aire entren a los pulmones. Esos hilos forman una mucosa que cubre todas las paredes de los bronquios.

Cuando hay un ataque de asma, los bronquios se contraen, se encogen y no dejan que el aire pase. La mucosa se inflama, se hincha, y se produce moco o flema que tapa las paredes. Eso impide que el aire circule como debe ser. La persona que sufre el ataque tiene mucha dificultad para tomar aire y cuando logra hacerlo, tiene más dificultad para botarlo. Por eso, porque el aire se les queda adentro, es que las niñas y niños asmáticos tienden a levantar los hombros.



## El inhalador: Sólo si es preciso

El asma es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica persistente que se caracteriza por obstrucción o estrechamiento de las vías aéreas (bronquios principalmente). No se cura con antibióticos ni con otros medicamentos, pero los ataques de asma pueden aliviarse con broncodilatadores. Tampoco hay vacuna para prevenirla.

El personal de salud especializado recomienda el uso de inhaladores para aquellas personas que tienen ataques de asma en forma aguda o crónica sea esta de presentación leve, moderada o severa.

Los inhaladores son de mucha ayuda, pero el uso sin control médico y sin supervisión de los padres o tutores puede crear dependencia. Algunos pacientes se sienten seguros si lo cargan consigo. Sin embargo la angustia que les produce no tener un inhalador a mano puede provocarles un ataque de asma.



## Información para la familia

### El asma: un asunto muy personal

**Cada quien tiene una causa principal que desata "el ataque", pero usted puede identificar algunas de las que "le quitan el aire" a su hijo.**

El asma es una enfermedad caprichosa, casi impredecible, viene cuando quiere y en muchos casos no se sabe por qué un niño sufre un ataque de asma justo en determinado momento. Los ataques causan angustia a quien los sufre y a quien los ve sufrir. Por eso una de las principales recomendaciones para la familia de una persona que sufre de asma, es mantener la calma.

Una vez que la familia se entera de que el asma no tiene cura y de que no hay vacunas que la prevengan, todos los esfuerzos se centran en saber por qué se producen los ataques. Algunas familias se someten y someten a los niños a un rosario de pruebas para saber qué produce la "alergia". Estas pruebas no son necesarias, salvo en casos extremos.

Se sabe que algunos niños y niñas heredan la predisposición a sufrir ataques de asma, tal como heredan el color de los ojos. Tienen bronquios sensibles, porque -por ejemplo- su abuelo también los tenía. También se han identificado algunas sustancias que pueden desatar el ataque: la humedad del ambiente, las frutas ácidas o los cítricos, el chocolate, las grasas como la mantequilla, las bebidas gaseosas, los colorantes químicos de los caramelos, el gas propano, el humo... en fin. Y como si eso fuera poco, la tensión también influye: un niño puede entrar en crisis durante el período de exámenes en la escuela o ante la idea de asistir a actividades que no le gustan...

Usted puede identificar o sacar de la "lista negra" algunas de esas sustancias que desatan el ataque. Por lo general, la familia "sospecha" de algunos alimentos. En principio, evítelos todos. Luego, comience a darle uno por uno y fíjese qué pasa. Por ejemplo, déle de comer una naranja o una mandarina. Si el niño se agita y comienza a respirar mal, esa es una causa. Si no le pasa nada, su hijo ya puede librarse de la recomendación "no comas naranja porque..." y eso le ayudará a llevar una vida más parecida a la de los demás niños de su edad.

Otro día déle chocolate y observe qué sucede. Haga lo mismo con el resto de alimentos "sospechosos". Recuerde: la única recomendación es *no darle varios alimentos "sospechosos" a la vez*. Solo si se los da uno a uno —cada semana, por ejemplo— podrá identificar cuáles le hacen daño. Cuando confirme que el "sospechoso" es una causa segura de asma, evítelo. Trate de tomarlo con naturalidad, no lo imponga como una terrible prohibición. Solo recomiéndele al niño que no coma esa fruta o esa golosina porque siempre es mejor prevenir que echar mano del broncodilatador.

### **La gota que llena el vaso**

Una de las primeras reacciones de las familias de niños asmáticos es la sobreprotección. El "no hagas", "¡cuidado!", "no olvides que tú no puedes...", a veces tiene como resultado niños que por temor al "ataque" pierden los mejores juegos de la infancia y no desarrollan muchas de sus capacidades. El personal especializado de salud y las asociaciones de padres de niños asmáticos, han promovido encuentros y actividades donde las familias aprenden a reaccionar con calma y los niños ven el uso del broncodilatador y los ataques de asma como algo pasajero y manejable.

El intercambio de experiencias ha permitido que las familias vean la conveniencia de que los niños asmáticos hagan determinado tipo de ejercicio, jueguen y —en general— le pierdan el miedo al "próximo ataque". Practicar un deporte con regularidad, fortalece sus pulmones y sus bronquios. En general, el ejercicio hace que el organismo funcione mejor y se defienda más fácilmente de los ataques agudos.

Por supuesto, mantener la calma es el primero de los "mandamientos" de las familias de niños asmáticos. La angustia que produce la incertidumbre de cuándo llegará el próximo "ataque", puede acelerar la llegada de la "crisis".

La idea es que la familia asuma que la actitud emocional que rodea al niño puede ser la gota que llene el vaso o un factor que le dará seguridad a la hora que sobreviene el ataque.

***La angustia que acompaña un ataque de asma a veces se generaliza. Sin embargo, muchas familias han aprendido a reaccionar con calma y a lograr que la niña o el niño con asma, lleven una vida "normal".***

# Los accidentes

## Datos sobre este tema

- ❑ En los últimos años, se ha hecho evidente la cantidad de niñas y niños menores de seis años que deben ser atendidos o bien mueren a causa de accidentes que en muchos casos podrían evitarse. Se estima que por cada accidente mortal hay de 200 a 900 accidentes no mortales que producen 100 hospitalizaciones y de una a cuatro secuelas que llevan a una invalidez permanente.
- ❑ Una misma sucesión de eventos puede producir una muerte accidental, una invalidez definitiva o un daño mínimo. El conocimiento sobre la vulnerabilidad de los niños desempeña un papel esencial en la prevención de los accidentes que sufren los menores de seis años.
- ❑ Los bebés se vuelven más vulnerables a los accidentes a medida que gatean y comienzan a pararse en dos pies. Esta etapa se conoce como ambulatoria. Gatear, caminar con inseguridad levantando los brazos para conservar el equilibrio y luego desplazarse, son momentos de esta etapa.
- ❑ En este mismo período, las niñas y niños desarrollan cierta autonomía que les permite desobedecer órdenes o atender pedidos, pero aún no perciben de manera adecuada el espacio por donde deambulan ni el peligro de deambular por ambientes muchas veces hostiles. La altura de los muebles y los vértices en punta, son algunos elementos que hacen "peligroso" un ambiente para los pequeños.
- ❑ Cada niña y niño tiene un "estilo", un ritmo y temperamento que caracteriza la manera como lleva a cabo ciertas actividades. A la vez, a cada edad, niñas y niños desarrollan algunas habilidades. En ocasiones, la mezcla de estos dos elementos hace que algunas situaciones resulten más o menos peligrosas, o bien, inofensivas.

## Los accidentes en los primeros seis años

- ❑ En general, en su **primer año** de vida un niño puede rodar, sentarse, gatear y ponerse de pie. Puede manipular objetos, alcanzarlos a determinada distancia, arrojarlos o llevarlos a la boca. Sin un proceso de aprendizaje, tiene dificultades para mantenerse a flote en caso de sumergirse en el agua. Esta adquisición de habilidades y el "aumento" de la curiosidad

potencian su desarrollo pero a la vez, hace que exista cierta vulnerabilidad frente a accidentes como caídas, quemaduras, asfixia por inmersión o sofocación por introducirse objetos o tomar sustancias tóxicas.

- ❑ En el **segundo año**, las niñas y los niños pueden trepar, caminar, correr, subir y bajar escaleras gateando o sosteniéndose de la baranda. Recogen, guardan y prueban lo que encuentran en su camino.
- ❑ A partir del **segundo año** aumenta la posibilidad de sufrir caídas, intoxicaciones, traumatismos por vehículos motorizados, quemaduras, heridas por electrocución, asfixia y sofocación. Cuando tienen tres y cuatro años pueden abrir puertas y manejar objetos mecánicos. Se desplazan sin problemas por la casa y —si es el caso— por la calle.
- ❑ Entre los niños que presentan desventajas motrices, sensoriales o mentales y los hiperactivos, se presenta un mayor índice de repetición de accidentes.
- ❑ El campo visual de una niña o niño es reducido en relación al adulto. La capacidad de localizar e interpretar los sonidos tampoco está totalmente desarrollada en la infancia. Estos dos elementos hace difícil que los niños estimen la velocidad de los vehículos.

## Información para la familia

### El ambiente familiar

Las posibilidades de sufrir una herida o un traumatismo aumentan a medida en que los niños crecen. También se incrementan su comprensión de indicaciones, explicaciones y órdenes que reciben de los padres y las personas que los cuidan. A cada etapa de desarrollo corresponde una determinada dosis de cautela y orientación.

El “umbral de alarma” es una expresión que se utiliza para definir la capacidad de los padres y las madres de reconocer y valorar en su hijo conductas o síntomas “anormales”. Cuando una niña o un niño tiene alta temperatura, muchos padres y madres esperan en su hogar la evolución de los síntomas mientras que otros consultan angustiados a un profesional de la salud. Esta diferencia en la reacción de padres y madres frente a los síntomas de sus hijos, refleja diferencias en el umbral de alarma.

De ahí que no siempre la presencia del padre o de la madre o de personas adultas en el hogar, garantiza la eliminación de factores de riesgo. Cuando se rastrean los eventos previos a un accidente, se encuentran situaciones de riesgo que han antecedido al evento. El reconocimiento temprano de estos factores, antes de que ocurra el “gran accidente”, está relacionado con el “umbral de alarma” tanto del padre y de la madre, como de los profesionales de salud que atienden a la niña o niño.

En algunos casos, el "umbral de alarma" puede estar relacionado con el hecho de que los padres tengan información y tomen medidas frente a los "peligros" del ambiente en que se mueven los pequeños, según las habilidades y el carácter que tienen.

## Consejos

### El ambiente físico

- ❑ Un niño de dos años, cuando se halla de pie tiene los ojos más o menos a 75 centímetros del suelo. Su campo de visión es muy distinto al de los adultos. Algunos estudios han identificado una evidente incompatibilidad entre las actividades habituales de niñas y niños y el medio en que viven, que ha sido diseñado para adultos.
- ❑ Los accidentes domésticos causan más de la mitad de las muertes accidentales de niños menores de seis años. La cocina ocupa el "peor" lugar en el escenario doméstico. Allí se producen las quemaduras, intoxicaciones por querosé o detergentes y las heridas cortantes.





- ❑ Los accidentes más frecuentes que ocurren en el hogar o en los lugares más próximos son:
- ❑ Las intoxicaciones por medicamentos, productos de limpieza, maquillaje, venenos de roedores, productos para las plantas, óxido de carbono y hongos.
- ❑ Las quemaduras por fuego, líquidos calientes, electricidad y productos químicos.
- ❑ Los ahogos por sofocación con bolsas plásticas, inhalación de sustancias tóxicas o introducción de objetos en las vías respiratorias (nariz, garganta), encierros en espacios cerrados, estrangulación por dispositivos de contención.
- ❑ Los ahogos por inmersión.
- ❑ Las caídas desde un mueble, una ventana, etc.
- ❑ Las heridas con instrumentos punzantes o cortantes.
- ❑ En las zonas rurales, las mordeduras y otras heridas producidas por animales y la ingestión de pesticidas o productos químicos utilizados en actividades agropecuarias.
- ❑ Las heridas por armas de fuego.
- ❑ Heridas por armas punzantes o cortantes.
- ❑ Electrocuaciones por introducir objetos metálicos en los tomacorrientes.



- La legislación y el cumplimiento de las normas de seguridad para las niñas y niños en las calles y carreteras, son elementos definitivos en el grupo de accidentes en que los menores están comprometidos como peatones o pasajeros.
- La disciplina más poderosa y efectiva es la que permite que las niñas y los niños se sientan seguros y protegidos. Explicar —sin dar detalles difíciles de comprender— y hablar con un tono de voz cariñoso, sin apelar a los gritos, puede hacer más fácil obedecer y tener una conducta menos riesgosa.
- La alarma con la que se previene debe ser proporcional al peligro real. Si un padre o una madre dan el mismo “alarido” cuando su hijo de tres años va a cruzar solo una calle muy transitada de autos que cuando va a jugar con un objeto que puede romperse, será más difícil para el niño o niña discriminar el peligro relativo de ambas conductas.
- Evitar los mensajes contradictorios es uno de los “mandamientos” durante la crianza. Las personas que cuidan a niñas y niños, el padre y la madre deben ponerse de acuerdo sobre qué cosas se les puede permitir y que cosas no se les puede permitir hacer, a cada edad.

### **Medidas de prevención**

#### ***Durante el primer año***

- No dejarlo solo en sillas o mesas.
- Mantener altos los barrotes de la cuna.
- No dejarlo solo en la bañera.
- Mantener fuera de su alcance todo objeto pequeño (monedas, botones, etc.).
- Colocar fuera de su alcance elementos que estén muy calientes o en ebullición.
- No usar sábanas ni guarda-colchones de plástico.
- No manipular líquidos calientes mientras se alza al niño.
- No utilizar andadores.
- Al cambiarlo, tener todos los utensilios a mano, no darse vuelta para buscarlos.
- Mantener fuera del alcance objetos punzantes o cortantes.

#### ***Durante el segundo año***

- Colocar rejas o un seguro en las ventanas.
- Proteger la parte superior e inferior de las escaleras.
- Mantener fuera de su alcance cacerolas o sartenes colocadas al fuego.

- Usar los mecheros —también llamados fogones— posteriores de la cocina a gas.
- Colocar protectores de corriente eléctrica en los tomacorrientes.
- Mantenerlo en un lugar protegido cuando no se halle en compañía de una persona adulta.
- Dejar fuera del alcance: medicamentos, artículos de limpieza, venenos, fósforos, etc.
- Dejar fuera del alcance objetos pequeños (manías, monedas, botones, etc.).
- Trasladarlo sentado en su silla en la parte de atrás del auto.
- Colocar protecciones y rejas a ventanas, balcones y escaleras.
- Tapar pozos y corregir desniveles.
- Colocar vallas de seguridad a piletas (piscinas) y estanques de agua.

### ***De los dos a los cuatro años***

- Enseñarle a cruzar la calle.
- Enseñarle el peligro de los automóviles y del fuego.
- Enseñarle a nadar.
- Guardar las armas de fuego lejos de su alcance.
- Enseñarle el riesgo de arrojar objetos.
- No dejarlo solo.
- Controlar las escaleras o lugares elevados.
- No guardar tóxicos en envases de uso corriente.
- Prevenir mordeduras de perros u otra mascota.

### ***De los cinco a los seis años***

- Enseñarle a cruzar la calle.
- Enseñarle los peligros de subirse a árboles, cornisas y techos.
- Enseñarle cómo subir y bajar de los transportes públicos.
- Enseñarle los peligros del fuego.
- En áreas rurales, tapar completamente los pozos abandonados y proteger los que están en uso. Prevenirles sobre el peligro que representan los pozos.

## **Consejos / Datos de la OPS**

### ***Los accidentes mortales más frecuentes***

Los incidentes relacionados con vehículos a motor, la sofocación por alimentos u objetos y los ahogamientos y sumersiones, son los accidentes

mortales que sufren con más frecuencia las niñas y niños menores de seis años, según un estudio sobre *Características de la mortalidad en la niñez* que realizó la Organización Panamericana de la Salud en 15 regiones de las Américas.

En once de las regiones consideradas las tasas resultaron mayores entre los bebés menores de un año y en las otras cuatro, la cifra más elevada correspondió al segundo año.

Los accidentes de vehículos a motor fueron la causa del 22.6 por ciento de las defunciones. Las niñas y niños mayores de un año están expuestos a estos accidentes cuando caminan por las calles o carreteras y cuando viajan en vehículos. De ahí la importancia de apoyar las campañas de seguridad vial y el uso de medidas de seguridad en los automóviles.

Durante los primeros días de vida, los bebés sufren obstrucciones cuando son alimentados. Estos incidentes figuran como la segunda causa de muerte al lado de la "sofocación mecánica en la cama", asociada a condiciones de hacinamiento. En este grupo se incluye también la denominada "muerte súbita" o muerte en la cuna.

Los otros cuatro tipos de accidentes que causaron mayor mortalidad en los niños y niñas de uno a cuatro años fueron los envenenamientos, los incendios, las quemaduras por sustancias combustibles y los ahogamientos. Los tres primeros se producen con frecuencia en el hogar, en tanto que los ahogamientos indican el papel que juega el medio geográfico en los accidentes.

Algunos trabajos concluyen que el 90 por ciento de los accidentes que suceden durante la infancia son prevenibles. Una recomendación frecuente en este campo, es diferenciar entre accidentes y maltrato.

*Fuente: Puffer, R. Características de la mortalidad en la niñez. OPS/OMS. Pub. Cient. N.262.*

## **Normas de seguridad para evitar accidentes de tránsito**

### **¡Cuidado!: Son muy frágiles**

Muchas niñas y niños menores de seis años van a la guarderías desde que tienen unos meses. Para hacerlo viajan en carro, bus, tren o caminan. Desafortunadamente, cada año se incrementa el número de niñas y niños que resultan heridos, quedan discapacitados o mueren en accidentes de tránsito. Algunas de esas tragedias pueden evitarse si las niñas, los niños y sus parientes observan algunas reglas de seguridad. Enséñele algunas, es una inversión muy rentable: le dará tranquilidad.

- ❑ Los cinturones de seguridad siempre deben usarse. La única excepción son los bebés, que siempre deben estar sentados de manera adecuada en un asiento de seguridad, en el asiento posterior del automóvil.

- ❑ Cuando las niñas y niños montan bicicleta o patinan deben usar siempre casco.
- ❑ Las niñas y niños no deben jugar nunca cerca de una carretera.
- ❑ Las niñas y niños siempre deben usar un chaleco salvavidas cuando viajen en bote o barco o cuando estén cerca del agua.
- ❑ El primer consejo para padres y madres que caminan con sus hijos es darles la mano. No lo suelte... Demuéstrele que es una manera muy grata de caminar.
- ❑ Cuando caminan fuera de la casa ¡Haga visible a su hijo! Vístalo con colores vivos o brillantes.
- ❑ Consejos para cruzar la calle: Llegar a la orilla de la acera, ver a la izquierda, luego a la derecha y de nuevo a la izquierda para asegurarse si viene algún vehículo. Si no viene ninguno, puede cruzar. Es más seguro si no corre. En las esquinas hay que estar atento a los vehículos que den vuelta.
- ❑ Camine siempre por la acera, si existe. En caso de que no haya acera o tenga que caminar por una carretera, asegúrese de caminar siempre de frente al tráfico, de modo que usted pueda ver los automóviles de frente. No dé la espalda al conductor.
- ❑ En las escaleras automáticas, siempre deben pararse mirando al frente. Hay que agarrarse de la barandilla y no tocar nunca los escalones.
- ❑ Las niñas y los niños no deben viajar nunca en la parte trasera abierta de una camioneta tipo "pick-up".
- ❑ Las niñas y niños nunca deben jugar cerca de la orilla de la plataforma del metro o cerca de la orilla de la acera en las paradas de los autobuses.
- ❑ Los triciclos: las niñas y niños menores de seis años no deben montar triciclo solos fuera de la casa. Son muy pequeños para identificar y reaccionar de manera segura ante una situación peligrosa.

### ***Normas de seguridad para evitar quemaduras***

- ❑ La principal recomendación para prevenir quemaduras es evitar que la niña o niño juegue cerca de braseros, estufas, fogatas o velas o con fósforos o encendedores.
- ❑ Si es inevitable que estén cerca del fuego se les debe vigilar permanentemente. Algunas personas que cocinan con brasero, construyen un pequeño corral o rejilla de protección con el fin de evitar que la niña o el niño entre en contacto con el fuego.

- ❑ No deje que la niña o el niño jueguen con fósforos o fuegos artificiales.
- ❑ Evite que la niña o niño esté cerca mientras se cocina o si hay ollas calientes en la estufa o el brasero.
- ❑ Cuando cocine, evite que los mangos de las ollas queden hacia afuera. Las niñas o niños pueden tomar el mango o tumbar la olla al pasar y quemarse con el líquido hirviendo.
- ❑ No cargue al niño mientras usted toma líquidos calientes. Si va a transportar un tiesto con agua o un líquido caliente, asegúrese de que no haya niñas o niños alrededor.
- ❑ Mantenga tapados los líquidos inflamables como parafina o bencina y guárdelos lejos del alcance de los niños. Póngale un seguro a la tapa del horno para que no la puedan abrir.
- ❑ No los deje jugar con planchas, enchufes, tostadoras, secadores de pelo ni ningún artefacto eléctrico.
- ❑ No coloque ropa sobre la cocina o cerca de estufas o braseros, puede ser inflamable y puede producirse un incendio.



## ¡Auxilio! ¡Se quemó!

1. En el momento del accidente, trate de no perder la calma y pida ayuda. Si la niña o niño está en llamas, apáguelas con ropa, frazadas o abrigos. No le tire tierra encima porque infectará la herida y hará más difícil la rehabilitación. En el caso de que sea una quemadura por electricidad, si el niño se quedó pegado al enchufe, al cable o artefacto eléctrico, desconecte primero la red eléctrica y luego ayude al niño.
2. Sáquele la ropa que cubre la parte del cuerpo donde se quemó. Ponga la herida debajo del chorro de agua fría. Lo principal es bajar la temperatura de la parte afectada.
3. Tape la herida con un pañuelo planchado o con un paño limpio, así evita que le caiga mugre y se infecte.
4. Lívelo de inmediato al centro de emergencia más cercano.
5. Use sólo las medicinas recomendadas por el personal de salud que atendió al niño. No unte pomadas, cremas o pastas en la herida. Tampoco use productos vegetales a menos que el personal de salud que atendió al niño o niña se lo recomiende.



## Normas de seguridad para evitar accidentes por asfixia

### Que no les falte aire

#### Para bebés:

- Cuando termine de alimentarlo, cárguelo, sóbele la espalda de abajo hacia arriba, así lo ayuda a expulsar los gases y evita que vomite el alimento. Muchos niños se asfixian cuando aspiran el alimento que se devuelve.
- Acuéstelo con la cabeza de lado, sobre todo después de haberlo alimentado.
- No deje que el bebé tome la mamadera acostado de espalda.

#### Para cuando crecen:

- Evite que juegue con bolitas, botones, porotos, remedios o que coman chicles.
- Guarde lejos del alcance de los niños objetos pequeños de uso cotidiano como clavos, tornillos, medicinas, botones y otros de tamaño similar.
- No los deje jugar con bolsas plásticas o con pedazos de globo reventado.
- En lo posible no duerma con el bebé menor de un año.





- No los deje jugar cerca de pozos, canales, aguas estancadas o corrientes.
- Obsérvelos cada cierto tiempo mientras juegan.

### **¡Auxilio! ¡Se asfixia!**

Ella estaba jugando con una bolsa plástica. De repente la miramos y se la había puesto en la cabeza. La carita se le veía morada. Pobrecita, no podía respirar. No sabíamos ni qué hacer...

1. Si es una bolsa de plástico la causa de la asfixia, rómpala, rás-guela.
2. Si se atoró con algo, trate de eliminar el objeto extraño o de retirar el agente causante.
3. En la próxima visita al sistema de salud, pida a la persona que atiende a su hijo que le enseñe cómo eliminar el objeto que puede causar asfixia.
4. En casos extremos realice respiración boca a boca.

*Las asfixias son muy peligrosas,  
y los adultos deben de aprender  
qué hacer en esos casos*



## **Normas de seguridad para evitar accidentes por envenenamiento**

### ***Aunque le parezcan inofensivos ¡aléjelos!***

En la mayoría de los casos, la regla de oro para evitar envenenamientos e intoxicaciones es la distancia: interponga toda la distancia posible entre su hijo/a y las sustancias venenosas que tenga en su casa. Esta es una lista de productos de uso cotidiano o casero que pueden intoxicar o envenenar. Trate de mantenerlos en un estante cerrado.

Acetaminofén	Limpiador de alfombras
Alcohol	Limpiadores de sumideros
Alcohol Alcanforado	Limpiador de zapatos
Amoníaco	Líquido de uñas
Aspirina	Lociones para permanentes
Barniz	Medicinas cardíacas
Bebidas alcohólicas	Píldoras anticonceptivas
Benzina	Píldoras dietéticas
Blanqueadores	Pintura
Cemento y cola	Perfumes
Cera para pisos	Potasa
Champú	Pulidor de metales
Cremas depiladoras	Remedios para jaqueca
Desodorantes	Soda cáustica
Desodorante ambiental	Somníferos
Detergentes	Suavizantes de ropa
Diuréticos	Spray de cabello
Insecticidas	Tranquilizantes
Jabón (líquido o polvo)	Trementina
Kerosene	Veneno para ratones
Laca (Thinner)	Vitaminas
Laxantes	Yodo

Otras recomendaciones:

- Cuando prepare veneno para ratón sobre algún alimento, colóquelo en lugares que no queden al alcance de los niños como agujeros o en el techo.
- No de a su bebé restos de mamadera. La leche se descompone con rapidez y es causa frecuente de intoxicación.
- Lave las frutas con agua potable o clorinada. Muchas contienen restos de plaguicidas.

- Fijese en la fechas de vencimiento de los productos alimenticios.
- Mantenga todos los medicamentos fuera del alcance de los niños.

**¡Auxilio! ¡Se intoxica!**

Lo primero es identificar con qué se envenenó. Pregúntele o fijese si hay restos en la ropa o si huele.

- Si la niña o niño tomó ácidos como cloro o parafina, hay que evitar que vomite. Déle clara de huevo batida con leche y agua o tostadura de pan (carbón).
- Si tomó alimentos descompuestos, aspirina o analgésicos, haga que vomite.
- Si tomó somníferos, tranquilizantes o venenos, hay que mantenerlo despierto. Déle té o café.
- Llévelo de inmediato al centro de salud.



## Normas de seguridad para evitar heridas

Si no se tratan a tiempo, las heridas se infectan o pueden provocar una seria pérdida de sangre. Los siguientes objetos suelen ser los causantes más frecuentes de heridas en niñas y niños: tijeras, cuchillos, hojas de afeitar, clavos en una tabla, latas o alambres, vidrios rotos, palillos, hojas de papel y herramientas. Algunos de estos objetos pueden mantenerse fuera del alcance de las niñas y niños. La recomendación principal para evitar heridas es explicar y repetir cada cierto tiempo, el peligro que implica para los niños jugar con estos objetos y mantenerlos alejados.

### **¡Auxilio! ¡Se hirió!**

- ❑ Si sale mucha sangre, lleve al niño al centro de salud más cercano. Mientras llegan, presione la herida con un paño limpio para evitar que haya hemorragias.
- ❑ Si la herida es poco profunda y no sangra mucho, limpie con agua oxigenada o agua hervida. Luego cubra la herida con una gasa estéril o con un paño limpio y planchado.



## VIH/SIDA: Una nueva amenaza

Cerca de 4.5 millones de niños menores de 15 años han sido infectados con el virus del SIDA desde el inicio de la epidemia y más de 3 millones de esos niños han muerto. A nivel global, en promedio, un niño es infectado cada minuto, cada día. En 1998 una de cada 10 nuevas infecciones ocurría en un niño y la fuente de transmisión más frecuente fue la madre.

Los efectos de la epidemia del SIDA en los niños son serios y de gran alcance. El SIDA amenaza con revertir el progreso alcanzado en áreas como amamantamiento materno, inmunización, y rehidratación oral. El Programa de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA, ONUSIDA, estima que para el año 2010 el SIDA podría incrementar las tasas de mortalidad infantil hasta en un 10% en la población de niños menores de 5 años, en las regiones más afectadas por la epidemia.

La transmisión de madre a hijo (TMAH) es la causa más frecuente de infección en niños menores de 15 años. En países donde las transfusiones de sangre y los productos sanguíneos son revisados rigurosa y regularmente y donde hay disponibilidad de jeringas y agujas no infectadas, la transmisión de madre a hijo es virtualmente la única fuente de infección de los niños.

En el mundo hay cerca de 14 millones de mujeres en edad reproductiva cuyo estado es VIH positivo. Cifras de ONUSIDA indican que los riesgos de infección para la mujer se están incrementando tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. En Francia, la tasa de infección entre mujeres pasó de 12% en 1985 a 20% en 1995. En Brazil, las tasas pasaron de 1% en 1984 a 25% en 1994. Además, el virus se está diseminando mayormente en mujeres menores de 24 años, la edad pico de la fertilidad. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas en el Caribe, América Central y América del Sur fluctúa entre el 0.1% al 5.0%.

El VIH puede ser transmitido durante el embarazo, durante el parto o durante el amamantamiento. En los casos en que no se toman medidas preventivas, los riesgos de transmisión en los países en desarrollo oscilan entre el 25 y el 45%. El riesgo de transmisión se incrementa cuando la madre tiene una carga viral alta (infección reciente o cuando ha desarrollado el SIDA), cuando la madre presenta deficiencias de vitamina A, cuando existen enfermedades de transmisión sexual, cuando el bebé es altamente expuesto a los fluidos de la madre durante el parto, debido a las condiciones del pecho (pezones agrietados o sangrantes), a partir de la duración del amamantamiento.

De acuerdo al ONUSIDA, existen tres estrategias para prevenir a TMAH. Ellas son:

- La prevención del VIH en mujeres adolescentes y adultas. De esta forma se disminuye la posibilidad de que mujeres en edad reproductiva sean infectadas con el virus. Conocida como

«prevención primaria», esta estrategia apunta a promover prácticas sexuales saludables y de prevención en las parejas y promover el sexo responsable entre los jóvenes, especialmente adolescentes.

- ❑ La provisión de servicios de planificación familiar eficientes y accesibles con el fin de evitar embarazos y nacimientos no deseados.
- ❑ Un paquete integral (conocido como Terapia Antirretroviral) que incluye consejería y pruebas de detección del VIH de manera voluntaria con el fin de detectar en forma temprana la posibilidad de infección, la provisión de drogas antirretrovirales para mujeres embarazadas, VIH-positivo (y algunas veces a los niños), consejería en temas relacionados con el amamantamiento, y el apoyo para la elección, por parte de la madre, de los métodos de alimentación del bebé (por ejemplo, alimentación de reemplazo para el lactante).

Hasta 1994, la estrategia primaria de prevención era la única opción para evitar la TMHA. Desde 1994, diversos estudios han demostrado que la administración de la droga AZT a la madre a partir de la semana 14 de embarazo, cinco veces al día, y administrada a los bebés durante seis semanas después de nacidos, en ausencia de amamantamiento, pueden reducir la posibilidad de transmisión en dos tercios (Terapia Antirretroviral).

Actualmente se adelantan numerosos estudios y ensayos clínicos que buscan mejorar la eficiencia de los tratamientos y mejorar las posibilidades de reducción de transmisión del virus.

*Unaid, Mother-To-Child Transmission (MTCT) Of HIV: Background Briefing. 1999.  
VIH y Alimentación Infantil. UNICEF, ONUSIDA, OMS, OPS. 1999.*



# Maltrato infantil

## Datos sobre este tema

- El maltrato infantil es el uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres, hermanos, familiares y otras personas con intención de castigarlo, hacerle daño o no atender las necesidades del niño o niña (alimentación, salud, protección, afecto y cuidado).
- El término *maltrato infantil* abarca una amplia gama de acciones que causan daño físico, emocional o mental en niños y niñas de cualquier edad.
- Los malos tratos en bebés y niños en edad pre escolar suelen producir fracturas, quemaduras y heridas intencionadas.
- En casi todos los casos de acoso sexual, el agresor suele ser un hombre y la víctima, una niña en edad escolar o adolescente. En los últimos tiempos está aumentando el número de niños varones en edad pre escolar que sufren este tipo de maltratos.
- Tal vez el tipo más común de maltrato es el abandono por parte de los padres o tutores, es decir, el daño físico emocional a causa de deficiencias en la alimentación, el vestido, el alojamiento, la asistencia médica o la educación.
- Algunos estudios han revelado que la mayor parte de los padres que abusan de sus hijos habían sufrido ellos también la misma situación por parte de sus progenitores.

La prevención eficaz requiere un cambio fundamental de los valores sociales y de las prioridades públicas que permitan aliviar las condiciones de pobreza, desempleo, viviendas inadecuadas y mala salud de la gran mayoría de familias con este tipo de problemas.

Es necesario poner un mayor énfasis en los derechos de los niños y en la responsabilidad de los padres hacia sus hijos.

## Información para la familia

### ¿Cómo detectar el maltrato infantil?

Puede estar ante un caso de *maltrato físico* del niño o niña si al evaluarlos se encuentran lesiones inexplicables como:

- Hematomas y contusiones
- Cicatrices y quemaduras
- Fracturas

- Marca de mordeduras
- Laceraciones en la boca, mejilla, ojos
- Heridas abiertas por armas de fuego, objetos contundentes o armas punzo cortantes.

Puede estar ante un caso de **maltrato sexual** del niño o niña si al evaluarlos se encuentran:

- lesiones de la vulva, del perineo, o del recto
- irritación, dolor o lesión genital
- hemorragias vaginales
- descensos sospechosos de una enfermedad de transmisión sexual

Puede estar ante un caso de **maltrato por negligencia o abandono** del niño o niña si al evaluarlos se encuentra que:

- el padre o cuidador no parece preocuparse por el niño
- el niño está muy descuidado en higiene y aseo personal
- el niño tiene falta o pobre ganancia de peso
- el niño tiene falta de estimulación para el desarrollo

Puede estar ante un caso de **maltrato infantil** por parte del familiar o cuidador si al evaluar el niño o niña se encuentra que:

- Los padres, familiares o cuidadores dan una versión de la enfermedad del niño o niña que contrasta con la evidencia
- Los padres, familiares o cuidadores refieren abiertamente que alguien ha ejercido violencia contra el niño o niña.
- Los padres o personas a cargo del cuidado del niño o niña no muestran cariño o preocupación por ellos o se irritan cuando éste llora.

## Consejos

Si se encuentra cualquiera de los signos de maltrato hay que notificar inmediatamente a la Oficina de Defensoría del Niño y Adolescente o instituciones similares que existan en su comunidad.



# Crecimiento y desarrollo

Seguir el crecimiento físico y el desarrollo de los niños y niñas desde el nacimiento es beneficioso no sólo para los padres sino para los propios hijos e hijas. En este capítulo se ofrece información sobre comportamientos y habilidades de las niñas y los niños durante los primeros seis años. Se incluyen algunas actividades que pueden estimular el desarrollo de la coordinación y la motricidad.

El "surgimiento" de los dientes, su cuidado, importancia e higiene, también hacen parte de este capítulo.

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación, la redacción y presentación de cada tema incluido en este capítulo se las concibió como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual o todo el capítulo, para elaborar un artículo, un reportaje o un anuncio promocional.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica que se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, en cada tema y en cada subtema se aportan datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros seis años de vida.

# Índice

## Crecimiento y desarrollo

<b>Crecimiento y desarrollo .....</b>	<b>177</b>
Datos sobre este tema .....	177
El crecimiento y desarrollo durante los primeros seis años .....	179
Información para la familia .....	182
<i>Factores que afectan el crecimiento y desarrollo .....</i>	<i>182</i>
<i>Enfermedades, desnutrición y situaciones de riesgo de</i>	
<i>la mujer embarazada .....</i>	<i>182</i>
<i>Nutrición inadecuada o insuficiente .....</i>	<i>183</i>
<i>Falta de afecto y estímulo .....</i>	<i>183</i>
<i>Enfermedades de los niños y niñas .....</i>	<i>184</i>
<i>Condiciones ambientales deficientes .....</i>	<i>185</i>
<i>Falta de acceso a los servicios de salud .....</i>	<i>185</i>
<i>Cariño y estímulo .....</i>	<i>186</i>
Consejos .....	187
¿Cómo estimular a su bebé? .....	187
¿Cómo estimular a un niño? .....	189
Señales de alarma .....	192
¿Gatea o camina? .....	194
Los dientes primero .....	195
Nutrición .....	196
Higiene .....	196
Atención en salud .....	196
Afecto .....	197
Cuando son bebés .....	198
¡No! El biberón ¡no! .....	198
Cuando son niños .....	198
¡Oh!, ¡Oh!... Se golpeó un diente .....	199
Esos dientes torcidos... ..	199

# Crecimiento y desarrollo

## Datos sobre este tema

- ❑ Medir el avance del desarrollo y crecimiento de los niños y niñas permite evaluar su estado de salud en general.
- ❑ Los niños y niñas sanos, bien alimentados, adecuadamente estimulados y afectivamente satisfechos crecen y se desarrollan con normalidad.
- ❑ Se llama crecimiento al aumento del tamaño del cuerpo y se mide cuantitativamente registrando periódicamente el peso y la talla (estatura).
- ❑ Se llama desarrollo al proceso de adquisición de funciones cada vez más complejas y se mide a través de cómo el niño sostiene la cabeza, la marcha, la manipulación de objetos, erupción dentaria, maduración ósea, control de esfínteres, capacidad del niño de comunicarse con lenguaje escrito y oral. Observando la presencia o ausencia de habilidades, conductas y capacidades en distintas edades.
- ❑ El desarrollo físico tiene etapas de crecimiento moderadas y otras más rápidas e incluye el logro de habilidades y destrezas. La velocidad del crecimiento no es constante ni homogénea.
- ❑ El desarrollo psicomotor es progresivo si no se presenta alguna patología, siempre hay adelantos y es irreversible. Lo que se adquiere no se pierde.
- ❑ Es importante tomar en consideración que los logros alcanzados son flexibles dentro de los rangos de edad. Existen las características individuales. Características como el peso y la talla se miden según tablas, sin embargo es importante señalar que estas variables están condicionadas por hábitos alimenticios, actividades físicas, herencia, condiciones ambientales, biológicas y patrones culturales.
- ❑ El orden o secuencia del crecimiento y desarrollo es el mismo en todos los niños y niñas, pero la velocidad del progreso es variable respetando las individualidades. Por esto, los logros no se especifican para una edad determinada y sí para rangos o períodos de edad en los que el 90% de los niños y niñas ya han logrado la habilidad determinada.
- ❑ Se constituye en una señal de alerta si al llegar al final del rango de edad establecido para un logro o conducta el niño o la niña no lo ha alcanzado.
- ❑ Es importante que los padres y madres aprendan a entender la importancia que tienen el crecimiento y desarrollo como

procesos continuos y naturales que son a la vez variables e individuales.

- ❑ Si los padres y madres identifican el crecimiento y desarrollo como una expresión de la salud de sus hijos e hijas, al monitorear y acompañar estas etapas pueden maximizar el potencial de desarrollo con los estímulos adecuados.
- ❑ Seguir el proceso de crecimiento permite a padres y madres detectar de manera precoz la aparición de alteraciones en el desarrollo psicomotor.
- ❑ Cuando los padres entran en contacto con el personal durante el control de «niño sano» de su hijo o hija siempre deben preguntar cómo está el crecimiento y desarrollo de ellos.
- ❑ Es necesario que los padres y las madres entren en contacto con el personal de salud si perciben que sus hijos no desarrollan las conductas y los progresos físicos por rangos de edad, que indicamos a continuación así como si no reaccionan a estímulos.



## El crecimiento y desarrollo durante los primeros seis años

- Durante los *tres primeros meses* los bebés duermen la mayor parte del tiempo y tienen su propio ritmo de sueño.

Cuando están despiertos su contacto con el mundo se realiza a través de la boca. Se meten cosas en la boca, las chupan y las muerden.

Lloran cuando están incómodos, mojados, tienen hambre, les duele algo o se sienten solos. Ser amamantados les resulta una actividad placentera porque se alimentan y están en contacto íntimo con su madre.

A los tres primeros meses el bebé sigue con la mirada en objetos móviles. Mira con atención la cara de quien esté cerca. Si está acostado boca abajo levanta la cabeza a 45° y la mantiene erguida.

Un bebé de tres meses sonríe frente a estímulos, llora, ríe, emite sonidos y busca con la mirada la fuente del sonido.

- A los *cuatro meses* el bebé sostiene perfectamente su cabeza y la mueve al igual que los ojos en busca del sonido. También gira la cabeza siguiendo un objeto que se desplaza lentamente a la altura de sus ojos, a unos 60 cm aproximadamente.

Ríe y sonríe en respuesta a los juegos que los adultos le hacen.

- A los *seis meses* un bebé reconoce a los miembros de la familia. Imita gestos, actitudes y sonidos de los adultos. Percibe que los objetos están cerca aunque estén fuera de su vista.

Un bebé de seis meses se sienta solo, cuando está acostado cambia de posición por sí mismo y puede mantener un objeto en cada mano. Puede girar sobre su abdomen boca arriba o boca abajo. Juega con sus manos y dedos y los estudia. Si está acostado boca abajo levanta el tronco y la cabeza apoyándose en las manos y los antebrazos.

- Los bebés de *nueve meses* se paran solos apoyados en muebles y empiezan a gatear. Agarran pequeños objetos con movimiento de rastrillo, encuentran un objeto que se les esconde frente a su vista y comen sin ayuda pan o galletas.

Un bebé de nueve meses imita voluntariamente acciones simples y reacciona ante la presencia de personas extrañas.

- Al cumplir *el primer año*, los niños y niñas caminan algunos pasos agarrados de la mano de un adulto y antes de cumplir los dos años caminarán solos.

Una niña o niño de un año junta las dos manos y aplaude, también realiza la presión en pinza fina (oposición del índice y el pulgar) para asegurar los objetos pequeños.

A esta edad pronuncian dos ó tres palabras simples (papá, mamá) y responden con la acción a órdenes verbales simples (dame, toma).

- ❑ Los niños y niñas de *un año y medio* de edad caminan solos, patean la pelota, beben líquidos en vaso o taza, construyen torres con dos o más cubos, cumplen órdenes sencillas (como señalar partes de su cuerpo), y repiten tres palabras que conocen a pedido de un adulto.

Son capaces de señalar con el dedo lo que quieren acompañándolo de vocalizaciones y a esta edad también garabatean espontáneamente.

- ❑ Un niño de *dos años* puede pararse en un pie con ayuda, construye torres de cuatro cubos, y garabatea. Si está frente a cuatro objetos conocidos es capaz de nombrar uno. A esta edad sabe usar la cuchara.

Los niños y niñas de dos años de edad tienen equilibrio y coordinación en actividades como saltar, caminar, correr, trepar. En esta edad simbolizan en sus juegos situaciones cotidianas.

- ❑ Un niño de *tres años* se para en un pie sin apoyo un segundo o más; puede construir una torre de cinco o más cubos, nombra al menos cinco objetos conocidos y come sin ayuda utilizando la cuchara sin derramar. A los tres años los niños y niñas se sacan alguna ropa solos, se lavan y se secan las manos y la cara.

Los niños y niñas de tres años son más independientes y tienen conciencia de los demás, acostumbran preguntar por todo, y les gusta que les cuenten cuentos. Muchas veces les tienen miedo a la oscuridad, a ir a dormir y a las pesadillas.

- ❑ Los niños y niñas de *cuatro años* realizan actividades más complejas. Entre las actividades motoras y de coordinación, ellos construyen una torre de 8 o más cubos, copian el círculo y la línea recta, dibujan 3 o más partes de la figura humana, dan respuestas coherentes a situaciones planteadas, saltan 20 cm con los pies juntos, y controlan esfínteres. A esta edad desatan cordones y desabotonan ropa.

A los cuatro años los niños y niñas escuchan a los demás y son capaces de compartir juegos, su expresión verbal es más imaginativa, conversan y se interesan por todo preguntando el «por qué» de cada cosa, aumentan su iniciativa por ayudar a los otros, comienzan los indicios del pudor y de la necesidad de privacidad; no tienen una definición excluyente de su identidad sexual, y por eso, todavía imitan algunas conductas del sexo opuesto.

- A los *cinco años* la niña y el niño se paran en un pie sin apoyo por 5 segundos o más, saltan en un pie 3 o más veces sin apoyo, copian el dibujo de una cruz, y dibujan seis o más partes de la figura humana. Conocen el nombre de su padre y de su madre; nombran y señalan los colores primarios y saben usar bien los tiempos verbales y los plurales.

Un niño o niña de cinco años tiene iniciativas para ayudar en algunas actividades, pero necesita la aprobación de los padres. Intenta llamar la atención de sus padres para sentir que lo aman y aceptan como es.

Comienza a interesarse por aprender a escribir y a leer pues siente que es grande. Tiene buen manejo de la comida, no la derrama y, además, requiere privacidad para bañarse y vestirse.

Los niños y niñas de cinco años ya pueden irse a la cama sin necesidad de que los acompañen. También manifiestan, frecuentemente, celos y rivalidad con sus hermanos frente al padre o la madre.



## **Información para la familia**

### **Factores que afectan el crecimiento y desarrollo**

Crecer y desarrollarse adecuadamente es un indicador de que los niños y niñas están en buenas condiciones de salud. Existen factores que pueden alterar el crecimiento y el desarrollo. Algunos de ellos son:

- Las enfermedades, desnutrición y situaciones de riesgo de la mujer embarazada.
- Condiciones del parto.
- Nutrición inadecuada o insuficiente de la madre durante el embarazo y del bebé luego del nacimiento.
- Falta de afecto y de estímulo.
- Enfermedades de los niños y niñas.
- Condiciones ambientales deficientes.
- Falta de acceso a los servicios de salud.
- Contexto social.
- Violencia doméstica.
- Los medios de comunicación (TV).
- Hospitalizaciones prolongadas.
- Destete precoz.

### **Enfermedades, desnutrición y situaciones de riesgo de la mujer embarazada**

***Al bebé se le cuida desde que está en el útero.***

La mujer embarazada necesita el apoyo y respaldo de su familia. Es necesario que la futura madre se alimente adecuadamente, asista al control prenatal y tenga el apoyo emocional de su pareja.

Las mujeres embarazadas y las que amamantan necesitan una alimentación rica en vitamina A, hierro, yodo y ácido fólico. Éste último, lo necesitan principalmente las embarazadas.

Una mujer embarazada que se alimenta de una manera adecuada es la mejor garantía de que tendrá un bebé sano y libre de los riesgos de enfermar o morir que corren los recién nacidos bajos de peso.

Las mujeres embarazadas necesitan ingerir más hierro. Cuanto mayor es la frecuencia con que una mujer queda embarazada y da a luz, mayor será la probabilidad de que sufra de anemia por falta de hierro. El espaciamiento de los nacimientos y el consumo de una dieta adecuada durante el embarazo, son factores fundamentales para prevenir el nacimiento de bebés bajos de peso.



Los embarazos en edades muy tempranas o avanzadas pueden influir en el crecimiento y desarrollo intrauterino.

Las mujeres embarazadas no deben fumar ni ingerir bebidas alcohólicas, si lo hacen, pueden dar a luz bebés con bajo peso. La ingestión de medicamentos sin control médico durante el embarazo afecta el crecimiento del feto.

### **Temas conectados**

*Para información más amplia sobre el tema consultar el capítulo sobre Nutrición de este Manual.*

### **Nutrición inadecuada o insuficiente**

- ❑ La desnutrición es la principal causa de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.
- ❑ La falta de leche materna es uno de los factores que afecta el crecimiento y desarrollo de los bebés porque proporciona todos los nutrientes que un bebé necesita hasta los seis meses. Amamantar establece un vínculo de transmisión de afecto y estímulo entre la madre y el hijo.
- ❑ Los requerimientos nutricionales de los menores de cinco años exigen exclusivamente leche materna hasta los seis meses. La leche materna y alimentación complementaria hasta los dos años de edad. El menú de los niños esta constituido por proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas.
- ❑ Es importante que no falte la vitamina A, el hierro y el yodo.
- ❑ Los niños y niñas desnutridos, además de que no aumentan su estatura y peso de manera adecuada, son apáticos, no se interesan por las cosas que hay a su alrededor y tienen problemas con el aprendizaje y la integración social.

### **Temas conectados**

*Para información más amplia sobre el tema consultar el capítulo sobre Nutrición de este Manual.*

### **Falta de afecto y estímulo**

Es un hecho comprobado que los niños y niñas que se sienten queridos y valorados se desarrollan mucho mejor que aquellos que no tienen un ambiente de refuerzo afectivo en sus hogares.

La falta de estimulación oral, visual o física puede afectar su desarrollo.

Es necesario estimular constantemente a los niños y niñas desde el nacimiento. Es importante hablarles siempre aunque no entiendan, pues los bebés que no escuchan a los adultos conversar con ellos pueden demorar más de lo normal en empezar el balbuceo y en hablar. Es

importante jugar con ellos porque el juego tiene un papel esencial en el desarrollo mental, social y físico.

Muchas habilidades de coordinación, desarrollo de destrezas y socialización dependen del estímulo que los bebés y los niños y niñas reciban.

### ***Temas conectados***

*Para información más amplia sobre este tema consultar los capítulos Lenguaje y Relaciones Sociales y Crecimiento Afectivo de este Manual.*



### **Enfermedades de los niños y niñas**

Las diarreas son la principal causa de la alteración del crecimiento entre las enfermedades que afectan a niños y niñas en los primeros años de vida. Las diarreas provocan deshidratación y pérdida de nutrientes. Para tratar las diarreas se debe utilizar el Suero de Rehidratación Oral (SRO) y mantener la alimentación de los niños y niñas.

Otras de las causas de la alteración del crecimiento son las infecciones respiratorias agudas (IRA), como la bronquitis y la neumonía. Generalmente provocan falta de apetito y desgano.

Las parasitosis intestinales también afectan el desarrollo y el crecimiento, pues dificultan la absorción y utilización de los alimentos provocando desnutrición y anemia.

Para garantizar la prevención contra una serie de enfermedades de la infancia, que también pueden afectar el crecimiento y el desarrollo, es necesario inmunizar a todos los niños y niñas con sus dosis completas de vacunas.

El maltrato infantil en sus diferentes formas, sea este físico, psicológico o sexual, también afecta el crecimiento y desarrollo de los niños

### ***Temas conectados***

*Para información más amplia sobre este tema consultar el capítulo Mejor Prevenir de este Manual, específicamente los temas IRA, Diarrea e Inmunización.*

### **Condiciones ambientales deficientes**

La falta de agua potable, de alcantarillados o un sistema de letrínación adecuado así como de condiciones de higiene deficientes —inexistencia de sistema de recolección, incineración o entierro de desechos—, en la comunidad, afectan el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas.

Los menores que viven en estas condiciones están más expuestos a contraer enfermedades.

### **Falta de acceso a los servicios de salud**

Los niños y niñas que no tienen acceso a los servicios de salud, sufren la desventaja de no contar con atención médica de evaluación, prevención y control, además de no recibir tempranamente diagnóstico, tratamiento y cura.

## Cariño y estímulo

### *Dos pilares del desarrollo*

Todos los niños y niñas, desde el nacimiento, son capaces de dar y recibir cariño y de construir una relación afectiva con las personas que los cuidan. Sentirse amados y queridos es fundamental para su desarrollo integral y les permite sentirse seguros del respaldo afectivo de quienes los rodean.

A partir de una relación afectiva positiva con su padre y su madre un niño o una niña desarrolla su autoestima, aprende a relacionarse con las otras personas y construye un código de valores que le permiten delimitar con claridad lo correcto de lo errado. Los niños y niñas que crecen en un sistema de convivencia afectiva positiva y de buena comunicación son mejores ciudadanos y mejores padres y madres.

El estímulo temprano es indispensable para el desarrollo de la inteligencia y las habilidades mentales. Las personas que cuidan a los niños y niñas deben siempre: hablarles, jugar con ellos y quererlos.

A los bebés y a los niños y niñas hay que hablarles siempre, aun desde recién nacidos, sin importar que no entiendan lo que se les diga. Lo importante es el tono en el que les hablemos —suave y amistoso—, y hay que abrazarlos cariñosamente, sonreírles, escucharlos y alentarlos a responder a esos estímulos con un movimiento o con un ruido, en el caso de los y las bebés, o con gestos, palabras o frases para los mayorcitos.

Jugar es una actividad que no debe ser menospreciada porque el juego le permite a los niños y niñas desarrollar habilidades sociales, mentales y físicas, incluyendo el hablar y caminar. El juego estimula la curiosidad e invita al niño o niña a explorar, reflexionar y pensar. El "hacer de cuenta que" los juegos ayudan a desarrollar la creatividad y la imaginación.

Fomentar el juego proporcionándoles materiales e ideas les ayuda a plantearse problemas e intentar solucionarlos. Los niños y niñas necesitan enfrentar el reto de tomar decisiones y ponerlas en práctica.

Aprender rimas, canciones, pintar, dibujar y leer historias, además de ser divertido para las personas que los cuidan, proporciona elementos que los menores necesitan para pasar a la etapa escolar.

Por último, más no por eso menos importante, los niños y niñas necesitan ser constantemente elogiados al reconocer sus esfuerzos y ser incentivados para superarse siempre.

*Los hechos para la vida. Un desafío de comunicación. UNICEF, WHO, UNESCO.*

## Consejos

### ¿Cómo estimular a su bebé?

#### ***A partir del nacimiento hasta los tres meses***

- Las madres deben acariciar, mirar y hablarle al bebé durante el amamantamiento.
- Si el bebé no toma pecho, la madre, el padre o quien lo cuida debe hablarle mientras lo alimenta.
- Colocarle objetos coloridos al alcance de la vista.
- Cantarle, jugar con él, acariciarle y hablarle.

#### ***De los cuatro a los seis meses***

- Escuchar e imitar los sonidos, nombrarle y mostrarle los objetos y las personas.
- Cambiarlo de posición (acostarlo boca abajo, de lado, sentarlo con la ayuda de almohadones).
- Jugar con él.
- Hablarle siempre.
- Dejarlo disfrutar del agua a la hora del baño.

#### ***De los seis meses a los nueve meses***

- Al cambiarlo y bañarlo, jugar tocando y nombrando las partes de su cuerpo.
- Escucharle y responderle con distintos sonidos y tonos de voz.
- Cantarle y leerle cosas sencillas.
- Jugar con él frente al espejo.
- Enseñarle a gesticular (aplaudir, fruncir la nariz, sacar la lengua, etc.)

#### ***De los nueve meses al año de edad***

- Dejarlo tomar la comida con las manos y con cuchara y dejar que intente beber de un vaso.
- Sentarlo para que participe de la mesa con la familia a la hora de las comidas.
- Dejarlo explorar y no dejar objetos valiosos, pequeños o peligrosos a su alcance.
- Nombrar los objetos siempre con las mismas palabras; hablele de forma normal.

- Darle órdenes sencillas (dame, toma) que le permitan asociar el lenguaje con las situaciones y objetos.
- Estar siempre presente cuando juega.
- Hablarle en tono suave, abrazarlo.



## ¿Cómo estimular a un niño?

### **Al año de edad**

- Aunque no entienda todo hay que hablarle mucho.
- Reforzar sus primeras palabras y nombrarle los sentimientos que se perciben de él (alegría o dolor).
- Continuar con las órdenes sencillas y por medio de ellas fomentar su colaboración en las tareas domésticas.
- Compartir la mesa familiar sin preocuparse porque se ensucie o derrame las cosas.
- Ofrecerle comidas nuevas y variadas.
- Fomentar el uso de la cuchara.
- Vigilar sus primeros pasos porque esta etapa es propicia para accidentes.
- No exteriorice sus angustias ante cada caída del niño, pues esto puede inhibirlo y disminuirá su deseo de explorar.
- Anímelo a que suba, baje, se esconda, trepe porque es fundamental para que ejercite su coordinación y equilibrio.
- Déle cubos y recipientes para apilar uno sobre otro, llenar y vaciar.

### **Al año y medio de edad**

- Darle papel para que pinte, dibuje y rasgue.
- Darle revistas para que mire y pase las hojas.
- Darle juguetes para tirar y arrastrar.
- Llevarlo a lugares donde pueda trepar, subir y bajar.
- Hablarle en forma correcta y fomentarle la expresión de sus sentimientos positivos y negativos.
- Jugar con él, cantar, bailar, imitar animales, mostrarle cosas y decir el nombre, color, forma.
- Acompañarlo al ir a la cama, contarle un cuento y dejarle una lámpara encendida por si despierta en medio de la noche.
- No preocuparse aún por los buenos modales en la mesa, o por que coma toda la comida. Lo importante es que intente comer solo.
- Incorporarlo a las actividades domésticas o en la elaboración de la comida.
- Colocar límites y reglas firmes, pero no violentas, para controlar las rabietas.
- No dejarlo solo cuando tiene rabietas, más no prestarle atención excesiva.

- No ofrecer premios o concesiones (caramelos, golosinas o paseos) para que la rabieta termine.
- No perder la paciencia frente a una rabieta, el niño no las tiene para incomodarlo, son parte de su proceso de crecimiento.

### **Temas conectados**

*Para información más amplia sobre las rabietas consultar el capítulo Desarrollo Afectivo Social de este Manual.*

### **A los dos años de edad**

- Continuar con todo lo que se hacía al año y medio.
- Establecer claramente los horarios de siesta y de sueño nocturno, para favorecer el descanso del niño, y evitar disturbios en el ambiente familiar.
- Dejarlo chapotear, salpicar y llenar y vaciar recipientes a la hora del baño.
- Permitirle colaborar al vestirlo y desvertirlo.

### **A los tres años de edad**

- Darle explicaciones adecuadas ante las conductas y preguntas que expresan curiosidad natural. No lo castigue.
- Estimularlo a contar historias con personajes imaginarios o experiencias.
- Leer y comentarle libros con imágenes todas las veces que así lo pida y aunque no lo pida.
- Jugar todo lo que jugaba antes y además jugar a imitar a los adultos (papá, mamá, doctor).
- Aumente la cuota de su colaboración en los quehaceres de la casa.
- Preste atención a lo que su hijo ve en la TV porque la causa de algunos de sus temores puede radicar allí.
- El niño debe comer usando el vaso, la cuchara y el tenedor aunque no los domine del todo. Es importante que se sienta a la mesa con la familia.
- Conversar con él, decirle que lo queremos.
- Abrazarlo y expresarle afecto de manera verbal y física.

### **A los cuatro años de edad**

- Escuchar a sus preguntas atentamente y responderle de forma simple y sincera. Esto se aplica a todos los temas incluyendo la sexualidad y la muerte.



- Darle explicaciones adecuadas ante las conductas y preguntas que expresan curiosidad natural. No lo castigue.
- Estimularlo a contar historias con personajes imaginarios o experiencias.
- Leer y comentarle libros con imágenes todas las veces que así lo pida y también sin que lo pida.
- Jugar todo lo que jugaba antes y además jugar a imitar a los adultos (papá, mamá, doctor).
- Aumentar la cuota de su colaboración en los quehaceres de la casa.
- Conversar con él, decirle que lo queremos.
- Abrazarlo y expresarle el afecto de manera verbal y física.
- Respetar sus gustos y su privacidad.
- Darle apoyo en las pronunciación de las palabras y en la construcción de las frases.
- Realizar actividades al aire libre para que conozca el mundo que lo rodea.
- No mostrar preferencias por ninguno de los hijos y estimularlos a que resuelvan los problemas con sus hermanos interviniendo sólo en caso de que sea necesario y sin hacer reproches.

### ***A los cinco años de edad***

- Respetar sus gustos y su privacidad.
- Darle apoyo en las pronunciación de las palabras y en la construcción de las frases.
- Conversar con él.*
- Decirle que lo queremos.
- Abrazarlo y expresarle el afecto de manera verbal y física.
- Realizar actividades al aire libre para que conozca el mundo que lo rodea.
- No mostrar preferencias por ninguno de los hijos y estimularlos a que resuelvan los problemas con sus hermanos interviniendo sólo en caso de que sea necesario y sin hacer reproches.
- Estimular sus habilidades, según su capacidad, en preparación de su ingreso al sistema escolar.
- Enseñarle a evitar riesgos de accidentes y lesiones.

## ***Para crecer y desarrollarse sanamente***

- Los niños y niñas entre los tres meses y los tres años deben ser pesados mensualmente. Si no hay aumento de peso durante dos meses seguidos, algo anda mal.
- La leche materna, usada exclusivamente, es el mejor alimento para el bebé en los primeros seis meses de vida.
- Después del sexto mes los bebés necesitan de otros alimentos que complementen la leche materna.
- Los niños y niñas hasta los tres años de edad necesitan alimentarse de cinco a seis veces al día.
- Los niños y niñas hasta los tres años necesitan una pequeña cantidad de grasa o aceite, especialmente vegetal, adicional a la comida de la familia, ya que agregan buena cantidad de energía en poco volumen de alimento.
- Todos los niños y niñas necesitan ingerir alimentos ricos en Vitamina A.
- Después de una enfermedad los niños y niñas necesitan alimentarse más veces por día para recuperar el peso perdido durante la enfermedad.
- Los niños y niñas deben tener acceso al agua potable, sistemas de alcantarillado y/o letrínación.
- Los niños y niñas deben ser inmunizados.
- Los niños y niñas deben sentirse afectivamente seguros y protegidos y tener seguridad del amor y respaldo de sus padres.
- Los niños y niñas deben ser constantemente estimulados a explorar y conocer el mundo que los rodea.
- Los niños y niñas necesitan jugar en un ambiente sano y seguro para crecer sanos y desarrollar sus habilidades motoras, cognitivas y afectivas.

## **Señales de alarma**

Si su hijo o hija presenta estos comportamientos, llévelo inmediatamente con el personal de salud.

### ***Entre los tres meses y el año***

- El reflejo de succión (chupar el pecho o el biberón) es débil.
- Es imposible calmarlo cuando llora.
- Llora con frecuencia, descartando cuando tiene hambre.
- Llora diferente: como un llanto de gato.
- No manifiesta interés por los objetos o personas que lo rodean.

- Es indiferente a la presencia de extraños.
- Sufre de insomnio o de letargo.
- Es demasiado pasivo, no imita, no extiende los brazos.
- No realiza la presión en pinza (no opone el dedo índice al pulgar).
- Presenta problemas de audición (no busca la fuente del sonido) o de la vista (no sigue con la mirada el movimiento de objetos que están en su ángulo de visión).
- No realiza una o más de las actividades detalladas para su rango de edad.

### ***Entre uno y los cinco años de edad***

- Es demasiado pasivo y falta de iniciativa.
- Es demasiado agresivo.
- No juega o realiza juegos repetitivos.
- Es insensible al dolor de los golpes o caídas.
- No habla.
- Tiene dificultades en el sueño y en la alimentación.
- Tiene temores acentuados poco habituales.
- Llora sin motivo aparente.
- Tiene rabieta excesivas con llanto contenido.
- Falta de interés por objetos y personas que le rodean.
- Se apega excesivamente a las personas que lo rodean.
- Se masturba compulsivamente —la mayor parte del tiempo.
- Tiene dificultad para relacionarse.
- No se adapta al jardín de infantes o al preescolar.
- Se chupa los dedos.
- No controla esfínteres.
- No realiza una o más de las actividades detalladas para su rango de edad.
- El niño no camina a los 18 meses.

### ***Temas conectados***

*Para más información sobre este tema consulte los Capítulos Desarrollo de la Inteligencia y Desarrollo Afectivo Social de este Manual.*

## ¿Gatea o camina?

### **Aumente las precauciones**

Cuando los niños y las niñas inician la etapa ambulatoria —gatear o caminar— adquieren independencia y el espacio que dominan se amplía. A partir de este momento es preciso tomar ciertas precauciones, pues en esta etapa son más susceptibles de sufrir accidentes.

Mantenga fuera del alcance de su hijo todo objeto pequeño (bolitas, frijoles, botones y otros), todo objeto filoso o puntiagudo (clavos, tornillos, prendedores de cabello). Coloque fuera de su alcance productos de limpieza, medicinas, bolsas plásticas o pedazos de globo reventado; cuando son niños muy pequeños no les ofrezca chicles.

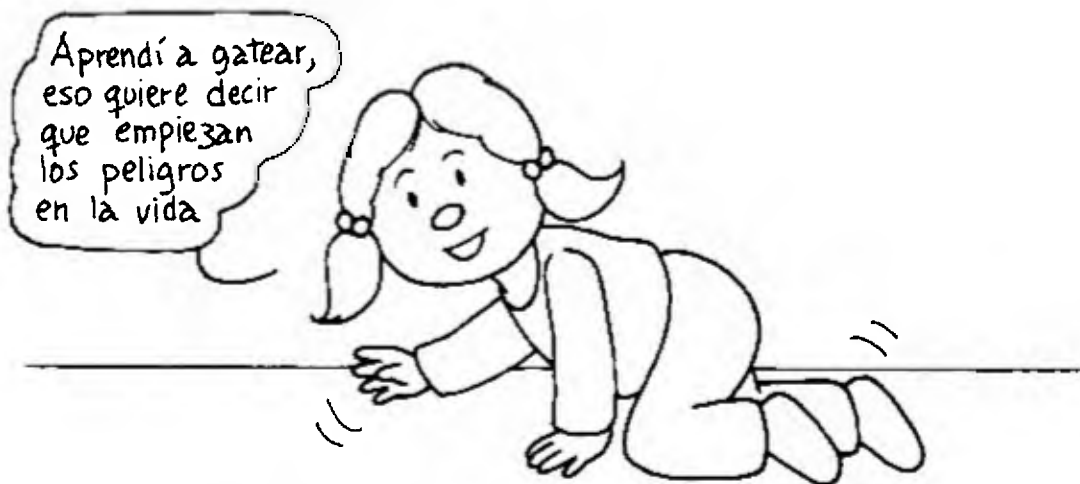
Nunca lo deje solo en las sillas o en las mesas, mantenga siempre altos los barrotes de la cuna, nunca lo deje solo en la bañera, ponga rejillas de seguridad en la parte superior e inferior de las escaleras, seguros en las ventanas y protectores en los toma corrientes.

En la cocina use los mecheros posteriores de la estufa a gas, coloque las ollas y sartenes con el mango hacia adentro, coloque fuera del alcance de su hijo elementos muy calientes o en ebullición.

Explíqueles los peligros de la calle, los automóviles y el fuego, enséñele a cruzar la calle, enséñele a nadar. El mejor remedio para evitar los accidentes es explicarle a su hijo los riesgos a los que se expone con un determinado tipo de conducta. Explique —sin dar detalles difíciles de comprender— y háblele con un tono de voz cariñoso, no grite; lo importante es que ellos sepan que los protegemos porque los queremos.

### **Temas conectados**

*Para información más amplia sobre este tema consulte el tema Accidentes en este Manual.*



## Los dientes primero

### **Datos sobre este tema**

- ❑ En algunos países de la Región, la primera causa de consulta externa son las enfermedades dentales y el principal motivo es el dolor. Muchas de estas enfermedades que sufren los adultos pueden evitarse si las niñas y niños aprenden hábitos de higiene dental.
- ❑ Los costos de los programas de tratamiento dental resultan demasiado elevados para los presupuestos de salud de las comunidades y, a veces, inalcanzables para la economía de las familias.
- ❑ Los dientes juegan un papel importante en la digestión de los alimentos.
- ❑ Cuando somos chicos, los dientes estimulan el crecimiento normal de las mandíbulas. Los dientes de leche mantienen el espacio de los arcos dentales donde se ubicarán los dientes permanentes.
- ❑ Los dientes son importantes en la pronunciación de algunas consonantes. Algunas veces las niñas y los niños que no logran pronunciar algunas palabras, tienen problemas para relacionarse con otros de su misma edad.
- ❑ Los dientes juegan un papel en la conformación del rostro.

### **La dentición durante los primeros seis años**

- ❑ Los dientes comienzan a "salir" a los seis meses. Por lo general, a los 18 años "sale" la última pieza dental.
- ❑ De los seis meses a los treinta meses se forman los 20 dientes de leche o tempranos (8 incisivos, 4 caninos y 8 molares).
- ❑ La ausencia o mal estado de algunos dientes o el mal estado de algunos pueden afectar la socialización entre los niños. También tendrá consecuencias cuando lleguen a adultos.
- ❑ La **caries** dental es una infección, la principal causa de pérdida de dientes en los niños y puede ser el inicio de infecciones a otras partes del cuerpo.
- ❑ La placa dental es una película de bacterias y microorganismos que se forman de manera continua en la superficie de los dientes. Los restos de comida aceleran la formación de la placa dental. Cuando el azúcar de algunos alimentos y bebidas se descompone en la boca, forma ácidos. La interacción entre la placa dental y esos ácidos destruye el esmalte de los dientes y produce el daño que se conoce como caries.

## ***Temas relacionados***

- Campañas de fluorización en escuelas, barrios y centros de salud.
- Las autoridades sanitarias pueden proveer información sobre el contenido de fluor en las fuentes de provisión de agua.
- Estadísticas de enfermedades bucodentales. Gastos de atención frente a gastos de prevención.

## ***Nutrición***

- Las madres que tienen una alimentación adecuada durante el embarazo, ayudarán a sus bebés a fortalecer los dientes.
- La leche materna garantiza que el bebé reciba las vitaminas y los nutrientes necesarios para el buen desarrollo de sus dientes.
- Se recomienda evitar el consumo excesivo de azúcares en la dieta de niños y niñas.
- Se recomienda evitar el uso del biberón y líquidos azucarados (por ejemplo: sodas o gaseosas y refrescos preparados en base a concentrados en polvo).

## ***Higiene***

- Control de la **placa dental**: desde que aparecen los dientes hasta los cuatro o cinco años, el padre, la madre o las personas que cuidan a los pequeños deben ayudarles en la limpieza de los dientes. La opción mínima es limpiar los dientes inmediatamente después del desayuno y antes de acostarse para evitar la formación de la placa dental que es fuente de bacterias y microorganismos.

## ***Atención en salud***

- Se recomienda hacer la primera visita de control odontológico cuando el bebé cumpla un año o si su período de dentición no se ha iniciado en el período esperado. A partir del segundo año, se aconseja una visita anual o seguir las indicaciones del profesional de salud dental.
- Es conveniente prestar atención a las campañas de fluorización que anuncian en las guarderías o los que realiza el sistema de salud.

Afecto

- El cepillado de los dientes es una oportunidad para que padres y madres jueguen con sus hijos. El agua, el gusto que demuestran por la pasta dental y la adopción de una actividad que también hacen los adultos, hace que niñas y niños se muestren abiertos a hacer suyo el hábito de cepillar los dientes y a seguir las indicaciones de quien los acompaña.



## Quando son bebés

- ❑ Durante el primer año la leche materna es un alimento irremplazable para garantizar que el bebé tenga dientes fuertes.
- ❑ Durante la primera visita al odontólogo, el padre y la madre pueden aprovechar para informarse "de primera mano" sobre los cuidados y hábitos de alimentación que ayuden al bebé en su primera dentición. A veces les duele o les pican las encías, tienen pequeñas diarreas y lloran. Pida consejos y piense en la "nueva sonrisa" que tendrá a medida que le salgan los dientes.
- ❑ Muchos bebés muestran agrado cuando se chupan el dedo. Este hábito no contribuye a ningún problema dental si se abandona antes de que aparezcan los primeros dientes.
- ❑ No licúe todos los alimentos. A partir del séptimo mes, estimule a la niña o niño para que mastique. Esto ayuda al desarrollo de los músculos y los maxilares.
- ❑ Cuando al bebé le empiezan a salir los dientes se pone irritable, intranquilo, no duerme ni come bien. Las encías se inflaman, enrojecen y le duelen. Este malestar puede durar algunos días. Se recomienda darle al bebé algo para morder, como objetos de goma, de los que venden en las tiendas de artículos para bebés. Cuide que esos objetos estén siempre limpios. En caso de que las molestias persistan o lo pongan muy irritable, consulte con el personal de salud.

## ¡No! El biberón ¡no!

¡No! El biberón ¡no!... y el chupón tampoco. Dejar que el bebé pase la noche o muchas horas con el biberón en la boca puede provocarle caries graves, bronco-aspiración o muerte súbita. Esta dolencia es frecuente en bebés que duermen con la botella en la boca. La fórmula, bebidas gaseosas o cualquier otra cosa que no sea agua, puede provocar caries y la pérdida de los dientes temporales. Si su bebé tiene el hábito de dormir con el biberón en la boca, quíteselo. Los primeros días llorará y protestará. Mímelo un poco. Use una cajita de música, cántele, arrúllelo. En unos días se acostumbrará a dormir sin extrañar el biberón. Así se previenen las caries.

## Quando son niños

- ❑ Evite darles caramelos y golosinas como una manera de mostrarles cariño o agrado porque "se han portado bien". En la medida de lo posible, evite darles bebidas gaseosas para calmar la sed o como parte de un paseo o actividad de diversión.
- ❑ Acostumbre y acompañe a su hija o hijo a limpiarse los dientes luego de desayunar y antes de acostarse. Papá, mamá y otros miembros de la familia pueden turnarse para ayudarles



a manejar el cepillo suavemente, de arriba para abajo, como una escobita. Se recomienda cepillar cada diente y cada muela por sus cuatro costados. Una vez que los niños hacen suya esta rutina, sólo pedirán compañía.

- ❑ Con frecuencia el agua y la pasta dental les agradan. Aproveche esto para que el lavado de dientes sea un momento de juego y encuentro, no de obligación y conflicto. ¡No espere hasta el momento de irse a dormir para proponerle que se cepille los dientes!
- ❑ A partir de los 18 meses muchas niñas y niños demuestran disposición y agrado para imitar algunas actividades de los adultos. Es el momento del buen ejemplo, así que no pierda la oportunidad. Si su hijo ve a papá, mamá o alguien que lo mima cepillándose los dientes, se sentirá estimulado a hacer lo mismo.
- ❑ Incluya en las loncheras frutas y verduras (palitos de zanahoria, apio, etc.) y reduzca la cantidad de dulces.
- ❑ No deje que su hijo ponga por sí mismo la pasta dental sobre el cepillo, ni deje la pasta dental a su alcance. Al momento del cepillado el adulto debe ponerle sobre el cepillo una cantidad de pasta similar al tamaño de una arvejita.

### **¡Ohi, ¡Ohi... Se golpeó un diente**

Si su hijo se golpea *un diente*, acuda de inmediato a un centro de atención médica. Mantenga la calma y trate de recordar los siguientes consejos:

1. Revise cuidadosamente dónde se golpeó.
2. Si sangra apriete el área con un pañuelo limpio o con un algodón húmedo.
3. Si no está sangrando, coloque una compresa fría.
4. Vaya de inmediato al centro de atención médica.

### **Esos dientes torcidos...**

Cuando los dientes están chuecos o la mandíbula está más adelante o más atrás de lo normal o cuando los dientes superiores no tocan los inferiores, hay un alineamiento defectuoso de los dientes llamado *maloclusión*.

Cuando esto sucede, los dientes permanentes no encuentran el espacio que necesitan y salen torcidos.

Otra causa de la maloclusión se produce cuando no se cuidan los dientes de leche y la niña o niño tiene caries extensas o hay que extraerle los dientes prematuramente.

Cuando la niña o niño se chupa el dedo o usa biberón más allá de los dos años, hay muchas probabilidades de que tenga una maloclusión.

Para prevenir la maloclusión se recomienda:

- amamantar exclusivamente hasta los primeros seis meses, lo que ayuda al desarrollo armónico de la cara;
- dar alimentos fibrosos para estimular la masticación porque empareja los dientes;
- mantener los dientes de leche sanos; e
- ir al odontólogo cada seis meses o una vez al año, depende de lo que aconseje el especialista.



# Desarrollo de la inteligencia

Así como contamos con determinadas características físicas, a nivel intelectual contamos con características propias que influyen en la manera en que nos desarrollamos.

El estímulo temprano en actividades diversas como el dibujo, el lenguaje y el juego contribuyen a desarrollar la inteligencia y la capacidad de que concibamos y apliquemos soluciones a problemas que a lo largo de la vida variarán en complejidad.

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación, la redacción y presentación de cada tema incluido en este capítulo se las concibió como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual o todo el capítulo, para elaborar un artículo, un reportaje o un anuncio promocional.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica que se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, en cada tema y en cada subtema se aportan datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros seis años de vida.

# Índice

## Desarrollo de la inteligencia

<b>La inteligencia .....</b>	<b>205</b>
Datos sobre este tema .....	205
El tema durante los seis primeros años .....	206
Información para la familia .....	210
Consejos .....	210
<b>La inteligencia emocional .....</b>	<b>213</b>
Datos sobre este tema .....	213
Información para la familia .....	216
<i>Capacidad y esfuerzo</i> .....	216
<i>Empatía</i> .....	216
<i>Sinceridad</i> .....	216
<i>Sentido del humor</i> .....	216
<b>El juego .....</b>	<b>219</b>
Información para la familia .....	219
<i>Juego: diversión y aprendizaje</i> .....	219
<i>Jugando todos ganamos</i> .....	219
Consejos .....	220
<i>Los mejores juguetes</i> .....	220
<i>El juego</i> .....	220
<b>Lenguaje .....</b>	<b>222</b>
Datos sobre este tema .....	222
El desarrollo del lenguaje en los seis primeros años .....	222
Información para la familia .....	223
<i>¿Problemas de audición?</i> .....	224
<i>¿Cómo estimular el desarrollo del lenguaje en los niños y las niñas?</i> ....	225
Consejos .....	227

# La inteligencia

## Datos sobre este tema

Existen muchas definiciones del concepto "inteligencia". La mayoría de las personas la relaciona, exclusivamente, con actividades de orden mental. Sin embargo, dependiendo de la edad de los bebés y niños y niñas, lo que llamamos inteligencia se expresa de diferentes maneras.

La inteligencia tiene etapas características de desarrollo, según la edad de los niños y niñas. Estas etapas se dividen, según Jean Piaget, en: 1) la inteligencia senso-motriz que va del nacimiento a los dos años de edad; 2) el pensamiento pre-operatorio de los dos a los seis años; 3) el pensamiento operatorio de los seis a los doce años y 4) el pensamiento formal de los doce años en adelante.

El orden o secuencia del desarrollo de la inteligencia es el mismo para todos los seres humanos. Sin embargo al igual que en el desarrollo psicomotor o el crecimiento, los límites de edad no son rígidos y pueden variar dependiendo de características individuales y de las diversas interacciones de muchos elementos que condicionan el desarrollo, entre ellos: estimulación, medio ambiente, nutrición y otros.ii

Hay que destacar que los límites de edad son variables y significa que —a la edad tope, generalmente— nueve de cada diez niños y niñas ya han logrado desarrollar la habilidad en mención.

Para el segmento de edad que nos ocupa en este manual, nos referiremos exclusivamente a la inteligencia senso-motriz (nacimiento a los dos años de edad) y al pensamiento pre-operatorio (de los dos a los seis años de edad)

La inteligencia en los bebés así como en los niños y niñas de hasta un año y medio se refleja en su conducta. Puede decirse que en los bebés la inteligencia se refleja en la manera por medio de la cual resuelven problemas para satisfacer sus necesidades. Sin embargo la capacidad psicomotora, condición física necesaria para resolver problemas, depende de la edad y maduración de los infantes.

Un ejemplo es el reflejo de succión que es una actividad necesaria para la alimentación, la capacidad de seleccionar un objeto específico entre otros muchos, cambiar un objeto de una mano a la otra, introducir un objeto a la boca, buscar algo que desaparece del campo visual o hacer presión en pinza para asegurar alguna cosa pequeña. Todos estos actos están directamente vinculados al desarrollo psicomotor, que es la herramienta que permite manifestar en esta fase el desarrollo de la inteligencia.

## El tema durante los seis primeros años

*Experimentar con los objetos y las personas es el único elemento que les permite a los bebés reconocer la existencia de cosas ajenas a ellos mismos.*

- ❑ El lenguaje y los juegos manifiestan y acompañan el desarrollo de la inteligencia. En el período de la inteligencia senso-motriz, del nacimiento a los dos años de edad, el desarrollo psicomotor de los niños y niñas les permite tener en su haber las herramientas necesarias para la experimentación y exploración del mundo que los rodea.
- ❑ La exploración y experimentación con los objetos y las personas es el único elemento que les permite a los bebés reconocer la existencia de "esas cosas" ajenas a ellos mismos.
- ❑ En este período, los niños y niñas no dominan la concepción de tiempo; su tiempo es un presente eterno. Los objetos y las personas son reconocidos solo si se encuentran en su campo de visión y los acontecimientos existen cuando suceden en su presencia.
- ❑ De los seis a los doce meses los bebés comienzan por ejecutar acciones repetitivas; por ejemplo tomar un objeto y dejarlo caer es el llamado juego funcional.
- ❑ El juego funcional le permite al bebé familiarizarse y reconocer los objetos. Esta etapa coincide con el inicio del balbuceo en el que el bebé emite sonidos repetidos sin la intención de comunicarse y lo hace como en un juego repetitivo. Posteriormente emite las primeras palabras combinando consonantes repetidas o no que cuentan con la aprobación o reconocimiento de las personas que lo rodean (mamá, papá, teta, tata, upa).
- ❑ En el período que va de los dos a los seis años los niños y niñas desarrollan habilidades más complejas. En esta etapa, la del pensamiento pre-operatorio, no necesitan tocar ni llevarse a la boca los objetos para saber que existen.
- ❑ Los niños y niñas tienen la capacidad de utilizar los símbolos, entendidos como representaciones mentales de los objetos para sustituirlos cuando no están presentes. El tiempo deja de ser el presente y los objetos, las personas y los acontecimientos existen aun cuando no suceden en su presencia.
- ❑ La posibilidad de crear símbolos permite el desarrollo del lenguaje, de los juegos simbólicos y del dibujo como representación simbólica de los objetos y las personas.
- ❑ El juego y el dibujo permiten a niños y niñas representar y crear significantes (elementos materiales del símbolo) que les ayudan a traducir el mundo cotidiano de los adultos y entender la realidad en la que viven. Por ejemplo jugar al doctor, a

papá y mamá, a la casita, a ser vaquero, soldado, Supermán o cantante.

- El lenguaje permite expresar el significado del símbolo y su significante.
- El dibujo es otra forma de manifestar el pensamiento simbólico. A través del dibujo niños y niñas intentan representar de manera gráfica sus inquietudes, crean obras de su imaginación y recrean y retienen los objetos y personas ausentes; también permite la expresión de miedos y angustias y su relación con el entorno.
- En el período del pensamiento pre-operatorio surgen y se desarrollan los juegos simbólicos, que pueden ser divididos en tres etapas: 1) el juego solitario; 2) el juego paralelo y 3) el juego socializado.



- ❑ El juego solitario aparece como a los dos años de edad; el niño o niña se dedica a explorar todo lo que se encuentre a su alrededor. Esta etapa se caracteriza por la necesidad que tienen los infantes de manipular y experimentar todo a su entorno. Música para bailar; objetos para buscar, esconder, sacar, desarmar; imitar movimientos y gestos y explorar su cuerpo. Los niños juegan y manipulan su comida, agua, tierra, arena y si no hay una supervisión adecuada manipulan sus heces. En esta etapa los niños aprenden los elementos que luego les permitirán identificarse con la propuesta cultural asignada a cada género.
- ❑ En este rango de edad, aproximadamente a los dieciocho meses, los niños y niñas empiezan a garabatear desordenadamente. Generalmente garabatean con cualquier mano y toman el lápiz de las más variadas formas. La intención es jugar con la sensación de movimiento, no de representar la realidad.
- ❑ Cuando los niños y niñas tienen aproximadamente de dos a dos años y medio de edad, el garabato es más controlado. En esta fase descubren que existe una relación entre sus movimientos y los trazos que aparecen en el papel y esto le hace modificar sus trazos. Ya en esta fase sostienen el lápiz con más seguridad.
- ❑ El juego paralelo aparece aproximadamente a los tres años de edad y se caracteriza porque el niño y la niña juegan con sus compañeritos pero no interactúan con ellos. El niño hace preguntas en el juego y se responde él mismo. Los juegos no tienen secuencia ni reglas y se pasa de un juguete a otro.
- ❑ En esta fase aparecen los juegos de asumir roles de la vida familiar y afectiva, de las actividades hogareñas y de representar a mamá, papá, los hermanos y a sí mismo.
- ❑ El llamado dibujo "con nombre" empieza en la fase del juego paralelo. El niño o niña ya dice qué dibujó aunque no se parezca en nada con aquello que supuestamente representa. Lo importante de esta fase es que existe una intencionalidad en el dibujo y que el niño lo describe verbalmente. Es importante que los niños cuenten qué dibujaron pues esto contribuye a reforzar su capacidad de simbolizar.
- ❑ En esta edad niños y niñas empiezan a dibujar la figura humana que evoluciona lentamente desde un "círculo con ojos" hasta que logran perfeccionarla cuando tienen alrededor de seis años de edad.
- ❑ El juego socializado empieza a partir de los cuatro años aproximadamente. Ésta es la etapa más rica del juego simbólico en cuanto a fantasía se refiere. Los niños y las niñas inventan historias, crean personajes imaginarios y buscan compañeritos para jugar.



- ❑ En esta fase se juega al doctor, enfermero, a ser novios. Los niños y niñas se tocan, les encanta mostrarse, ver y ser vistos.
- ❑ Al llegar a los cinco años los niños y niñas son capaces de respetar las normas que el grupo impone a los juegos colectivos. Sus amistades son más duraderas que en edades anteriores.
- ❑ En esta fase los niños y niñas prefieren la compañía de coleguitas de su mismo sexo y les desagrada realizar actividades consideradas como propias del sexo opuesto.
- ❑ A los seis años se inicia el pensamiento operatorio de niños y niñas. Al empezar esta fase ya están completamente socializados, dominan con competencia el lenguaje, su coordinación motora les permite realizar actividades complejas y están listos para la vida escolar.



## Información para la familia

Inteligencia senso-motriz significa presencia de:

- juego funcional,
- balbuceo y palabras sueltas,
- garabato desordenado.

Pensamiento pre-operativo significa presencia de:

- juego simbólico y social,
- garabato con nombre,
- dibujo de la figura humana,
- palabras y frases,
- lenguaje social.

**El pensamiento representativo** se caracteriza por la capacidad de crear símbolos en sus diferentes manifestaciones: el lenguaje, los juegos y el dibujo.

**El pensamiento pre-operativo** se presenta de los dos a los seis años y se caracteriza por la construcción de símbolos que representan objetos, personas o situaciones ausentes.

## Consejos

Las conductas, los tipos de juegos y los juguetes que son considerados "propios" para un sexo o para el otro están determinados fuertemente por los modelos de género que son "aceptados" o considerados "adecuados" por el grupo familiar y por las normas sociales y culturales de la comunidad.

- Los mejores juguetes no son necesariamente los más caros. Usando cubos, jacks, canicas y recipientes, niños y niñas pueden fortalecer su desarrollo psicomotor apilándolos unos sobre otros, llenando los recipientes grandes con objetos pequeños, vaciándolos y jugando a enroscar y desenroscar las tapas.
- Recipientes de plástico de algunos productos comestibles luego de ser usados, si son bien lavados, pueden ser reutilizados por los niños.
- Nunca reutilice recipientes de productos químicos (pinturas, disolventes, productos de limpieza, medicamentos), ni aquellos cuya tapa sea muy pequeña o cortante.
- La mente de los niños necesita desarrollarse. El cariño, el lenguaje y el juego son los elementos más importantes para lograr ese desarrollo.
- Los niños y niñas aprenden haciendo. Para ellos la práctica y la experiencia valen más que mil palabras. Es necesario que

en la medida que crezcan, gocen de la libertad de explorar y de jugar. El juego no es algo superfluo u opcional sino uno de los aspectos esenciales del proceso de crecimiento.

- ❑ El juego favorece el desarrollo de las habilidades mentales, físicas y sociales. Entre ellas se encuentran la capacidad de caminar, hablar y la manipulación de objetos. El juego contribuye a desarrollar la curiosidad, el espíritu de investigación de niños y niñas y les permite adquirir las capacidades y habilidades para etapas futuras en la vida, entre ellas el trabajo escolar.
- ❑ El juego estimula la inteligencia, pero no debe consistir solo en resolver problemas, alcanzar metas o como indicador constante de lo que el niño o niña es capaz o no de hacer. Igual importancia tienen los juegos espontáneos que los infantiles inventan.
- ❑ Estimular el juego en el niño o la niña es uno de los elementos más importantes en su crianza. Los juguetes y materiales para jugar no tienen que ser costosos. Cajas o recipientes vacíos y objetos de uso doméstico muchas veces son tan útiles como los juguetes caros.



- ❑ Los juegos imaginativos, fingir a ser papá, mamá, plomero, médico, policía o cualquier adulto, son muy importantes para el desarrollo infantil.
- ❑ Cantar canciones, aprender rimas, dibujar y leer cuentos en voz alta estimulan y favorecen el desarrollo mental de niños y niñas y les preparan para aprender a leer y escribir.
- ❑ El juego no debe ser usado para menospreciar o criticar la habilidad del niño. Por el contrario, debe ser para lograr un desarrollo sano. Todos los niños y las niñas necesitan ser alabados y ver reconocidos sus esfuerzos.

# La inteligencia emocional

## Datos sobre este tema

La Inteligencia Emocional es la capacidad de comprender las emociones y conducirlas, de tal manera que podamos utilizarlas para guiar nuestra conducta y nuestros procesos de pensamiento, para producir mejores resultados.

Incluye las habilidades de: percibir, juzgar y expresar la emoción con precisión; contactar con los sentimientos o generarlos para facilitar la comprensión de uno mismo o de otra persona; entender las emociones y el conocimiento que de ellas se deriva y regular las mismas para promover el propio crecimiento emocional e intelectual.

La Inteligencia Emocional incluye la Inteligencia Intrapersonal e Inteligencia Interpersonal. La Inteligencia Intrapersonal, se manifiesta en contactar con los propios sentimientos, discernir estos sentimientos y orientar la conducta. La Inteligencia Interpersonal se determina por la capacidad de liderazgo, la aptitud para relacionarse, mantener amistades y solucionar problemas sociales.

Entre las fortalezas de la inteligencia emocional se encuentra su capacidad para explicar el desenvolvimiento de los individuos, bien sea desde el caso de los niños —donde se obtienen resultados sorprendentes—, hasta el mundo de los adultos. Hasta hace poco las capacidades del individuo eran «medidas» por el coeficiente intelectual; sin embargo, se detectó que muchos niños que fueron ubicados por debajo del estándar aceptable de coeficiente intelectual, obtenían logros y resultados exitosos en su desempeño escolar. A la vez, junto a estos personajes se apreciaba el otro extremo: aquellos individuos con altas referencias intelectuales y grados académicos muy importantes que pese a ello no lograban alcanzar los objetivos de éxito planteados. La inteligencia, en esos términos, era entendida como un bloque monolítico de habilidades intelectuales; por eso, ante la evidencia de que hay algo más que nutre a ese cúmulo de saber, se comienza a buscar en el individuo aquello que actualmente se denomina inteligencia emocional.

Existen cinco componentes del coeficiente emocional. De esos cinco, tres son capacidades relativas a la persona. El primero de ellos es la autoconciencia, la cual consiste en conocer las propias emociones. En segundo lugar está el autocontrol, que es la capacidad de cambiar o frenar emociones para evitar que las situaciones de la vida sean un problema; y por último la automotivación, que es la capacidad individual de estimularse ante situaciones adversas. Los dos componentes restantes del coeficiente emocional se refieren a la capacidad de conocer a las otras personas. En este sentido, entrenar destrezas para intuir la condición emocional de los demás proporciona capacidades y habilidades muy útiles a la hora de interactuar con los demás. Por último se encuentra la asertividad, que es

la capacidad de ser oportuno ante las situaciones, bien sea con acciones o palabras.

Bajo los postulados de inteligencia emocional, el ser humano tiene la posibilidad de conocer su sistema síquico-emocional de una manera concreta, precisa y sencilla, a la par que comprende su comportamiento emocional y el de las personas que lo rodean. Con las herramientas que aporta la inteligencia emocional, la persona puede identificar de dónde salen sus reacciones emocionales, cómo funcionan —ya que son respuestas automáticas, irracionales, anárquicas y simbólicas— con la finalidad de optimizar las respuestas. Para muchos, este manejo de las emociones viene dado por la experiencia de vida de cada quien; sin embargo, la diferencia radica en que la experiencia modela el sistema emocional a través del ensayo y el error, mientras que los esquemas de inteligencia emocional se pueden adquirir de una forma más técnica y muchas veces antes de que el ensayo y error de la experiencia desgaste a la persona, porque este tipo de aprendizaje lleva mucho tiempo.

Otro factor a considerar es el temperamento, que no es otra cosa que el estilo de conducta, la manera como una persona reacciona ante el mundo en un momento determinado. El temperamento es innato y reconocible desde el mismo momento del nacimiento del niño. Es por ello que los especialistas pueden indicar a los padres qué tipo de hijo tienen para que éstos puedan estudiarlo y conocerlo mejor, y de esta manera lograr determinar cuáles reacciones del niño son meramente temperamentales, ya que muchas veces suelen pensar que el llanto, por ejemplo, se debe a cólicos o a pañales mojados, y resulta que el pequeño está sobrestimulado o cansado.



Al facilitar a los padres las herramientas y estrategias propias de la inteligencia emocional, éstos pueden interpretar correctamente el temperamento del niño, a la par de desarrollar mecanismos de control o estimulación, tanto para ellos como para su hijo. Así se puede manejar mejor a un pequeño voluntarioso o abrir al mundo a uno demasiado tímido, haciendo más fácil el mundo de las relaciones.

El desarrollo de las habilidades mencionadas coloca a la inteligencia emocional en la palestra de la contemporaneidad con aplicaciones muy concretas; por ejemplo, en la educación de los niños, pues muchas de las dificultades que éstos afrontan durante su crecimiento son los bloqueos emocionales, consecuencia de las circunstancias que los rodean. Desde la óptica de los especialistas, aquellos niños que reciben herramientas para manejar su sistema emocional, desarrollan recursos que les aportan gran fortaleza para afrontar la vida.

Los cimientos para el desarrollo de las capacidades emocionales deben construirse durante los primeros años de vida. Y así como el aprendizaje cognitivo requiere de tiempo, algunas de las destrezas de la inteligencia emocional también tienen su propio esquema temporal. Conocerlo ayuda a anticipar los cambios emocionales que deben esperarse en los niños.



## Información para la familia

### Capacidad y esfuerzo

La mayoría de los niños tiene confianza absoluta en sus capacidades hasta los 7 años. En ese período no distinguen el esfuerzo de la capacidad y aunque fracasen en sus intentos por hacer algo determinado, siempre creen que tendrán éxito. Después, su madurez cognoscitiva les permite reconocer sus límites y que existen otros más aptos para ciertas tareas. La comprensión de que el esfuerzo puede compensar la capacidad se vuelve un factor crítico entre los 8 y 12 años, y es el momento de insistir en la importancia de la persistencia frente a las dificultades.

### Empatía

Hasta los 6 años los niños poseen una empatía emocional. Los bebés suelen darse vuelta para observar a otro llorar y, probablemente, lo imitan. Entre 1 y 2 años, diferencian la congoja de otros con la propia, y tratan de consolar en forma intuitiva. A los 6 años, comienza la etapa de la empatía cognoscitiva y ya son capaces de ver las cosas desde la perspectiva de otra persona y actuar en consecuencia. Entre los 10 y 12 años, su empatía se expande más allá de aquellos que conocen, incluyendo a grupos o personas que nunca han visto.

### Sinceridad

Entre los 2 y 3 años, los niños no tienen ni el desarrollo lingüístico ni cognitivo para percibir que existe un vínculo directo entre lo que dicen y lo que hacen. Es la etapa de las mentiras obvias, como negar que se comió el chocolate cuando tiene toda la boca manchada. A partir de los 4 años, comienzan a comprender que mentir con la intención de engañar es malo. Incluso, se vuelven fanáticos de la verdad y las intenciones de una persona no son tan importantes como la veracidad o falsedad de su declaración. Al final de la niñez, la percepción de la mentira cambia y no siempre es considerado como algo negativo.

### Sentido del humor

Esta capacidad comienza en las primeras semanas de vida, aunque hasta los 2 años solo pueden apreciar la comedia física. Después, empiezan a comprender la naturaleza simbólica de las palabras y los objetos, y la base de su humor es la incongruencia física y verbal (un zapato sobre la cabeza, en vez de un sombrero, por ejemplo). A partir de los 3 años, también se ríen de las incongruencias conceptuales. Entre los 5 y 7 años, comprenden que las palabras pueden tener más de un significado y es la etapa de los acertijos con doble sentido. Entre los 10 y 14 años, los juegos de palabras y las expresiones de doble sentido adquieren mayor



sofisticación y pueden usar este tipo de humor como un arma contra los adultos y otros niños.

## Consejos

Las siguientes preguntas, y sus respuestas, son sugerencias para promover la inteligencia emocional en los niños. La respuesta acertada se ubica después de la pregunta, entre paréntesis.

- ¿Le oculta los problemas graves a sus hijos?... (No) Los niños son mucho más flexibles de lo que se piensa y se benefician con explicaciones realistas de los problemas.
- ¿Discute abiertamente los errores que usted comete?... (Sí) Para que su pensamiento y expectativas sean realistas, los niños deben aprender a aceptar tanto los atributos positivos como los defectos de sus padres.
- ¿Mira su hijo más de 12 horas semanales de televisión?... (No) Esta actividad pasiva ayuda muy poco al desarrollo de capacidades emocionales. Lo recomendable es no más de dos horas diarias.
- ¿Se considera una persona optimista?... (Sí) La forma fundamental en que los niños desarrollan una actitud optimista o pesimista es observando y escuchando a sus padres.
- ¿Ayuda a su hijo a cultivar amistades?... (Sí) Las enseñanzas de las capacidades para hacer amigos deberían comenzar apenas el niño empieza a caminar.
- ¿Destina 15 o más minutos al día para realizar con su hijo juegos o actividades no estructuradas?... (Sí) Hacerlo mejora la imagen y la confianza que los niños tienen en sí mismos.
- ¿Tiene formas claras y coherentes de disciplinar a su hijo y hacer respetar las normas?... (Sí) Ser padres en forma autorizada combina el estímulo con la disciplina coherente y apropiada.
- ¿Participa en forma regular en actividades de servicio a la comunidad junto a su hijo?... (Sí) Los niños aprenden a preocuparse de los demás siguiendo el ejemplo de los padres y no simplemente por el discurso.
- ¿Interviene cuando su hijo experimenta dificultades para resolver un problema?... (No) Los niños son capaces de resolver problemas solos, mucho antes de lo que solía pensarse. Cuando aprenden a resolver sus propios problemas, adquieren confianza en sí mismos y adquieren capacidades sociales importantes.
- ¿Celebran reuniones familiares regulares?... (Sí) Son una forma ideal de enseñarles a los niños a resolver problemas y funcionar en grupo.
- ¿Insiste en que su hijo exhiba buenos modales con los demás?... (Sí) Los buenos modales son muy fáciles de enseñar

- y extremadamente importantes para la escuela y el éxito social.
- ❑ ¿Se toma su tiempo para enseñar a sus hijos a percibir el humor en la vida cotidiana, incluyendo sus problemas?...(Sí) Los estudios demuestran que el sentido del humor no sólo es una capacidad social importante, sino que representa también un factor significativo para la salud mental y física del niño.
  - ❑ ¿Es flexible con los hábitos de estudio y la necesidad de organización de su hijo?... (No) Para tener éxito en la escuela y más tarde en el trabajo, los niños necesitan aprender autodisciplina, manejo del tiempo y capacidades de organización.
  - ❑ ¿Alienta a su hijo a seguir tratando aun cuando se queje de que algo es demasiado difícil o, inclusive, cuando fracasa?... (Sí) Uno de los ingredientes más importantes para convertirse en un gran realizador es la capacidad de superar la frustración y mantener un esfuerzo persistente.
  - ❑ ¿Confronta a su hijo cuando sabe que no le dice la verdad aun en un asunto menor?... (Sí) La comprensión de la sinceridad se modifica en los niños a medida que crecen; pero en el marco familiar, se debería poner siempre el énfasis en ser veraces.
  - ❑ ¿Respeto la intimidad de su hijo, aun cuando sospecha que está haciendo algo perjudicial para sí mismo y los demás?... (No) En la crianza, la intimidad y la confianza van de la mano. A cualquier edad, los niños deben comprender la diferencia entre lo que puede mantenerse en privado y lo que los padres deben saber.
  - ❑ ¿Deja tranquilo a su hijo si no quiere hablar de algo que lo perturba o irrita?... (No) A muy pocos niños les gusta hablar de lo que los perturba. Pero ellos deben ser alentados para que hablen de sus sentimientos. Hablar de los problemas y utilizar palabras para los sentimientos, puede cambiar la forma en que el cerebro de un niño se desarrolle, formando vínculos entre las zonas emocional y pensante.
  - ❑ ¿Cree que todo problema tiene solución?... (Sí) Se puede enseñar a los niños a buscar soluciones en lugar de dilatar los problemas. Una forma positiva de ver el mundo mejora la confianza en sí mismo y las relaciones con los demás.

*La inteligencia emocional de los niños, de Lawrence Shapiro.*

# El juego

## Información para la familia

### Juego: diversión y aprendizaje

Los niños y niñas juegan para divertirse. Pero actualmente se sabe que jugar es una de las actividades más importantes para el desarrollo psico-social infantil. Con el juego, niños y niñas desarrollan la mente y el cuerpo, mientras se informan de cómo funciona el mundo y la relación, además se favorece el dominio del lenguaje, la capacidad de razonamiento y organización.

Los niños y niñas aprenden haciendo cosas de diferentes maneras, comparando, preguntando, haciendo las mismas cosas nuevamente. El juego les ayuda a conocer nuevas experiencias, desarrollar su curiosidad y fortalecer su confianza.

Los padres, las madres y quienes cuidan a los niños deben ayudarles a jugar y a aprender. Para ello deben facilitarles objetos para sus juegos y guiarles en sus nuevas actividades. Sin embargo, las personas que cuidan a los niños deben recordar que el juego es una actividad infantil y no deben controlarla ni dominarla en exceso. Observación y seguimiento ayudan y facilitan, pero no limitan la imaginación y deseos infantiles.

Si los adultos intervienen demasiado, el niño pierde la oportunidad de aprender tratando de hacer las cosas por sí mismo y de desarrollar su propia creatividad. Recuerde siempre que los niños aprenden más cuando después de intentar hacer algo sin conseguirlo, vuelven a intentarlo de otra manera con éxito.

*Fuente: "Para la Vida. Un reto de Comunicación".  
UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, Barcelona, 1993.*

### Jugando todos ganamos

Algunas veces los niños necesitan jugar solos, pero también necesitan jugar con personas adultas. Los niños y niñas necesitan, para ser felices y para desarrollarse normalmente, que se les hable desde su primera infancia, que se les repitan palabras y sonidos, que se les cante, que se les lea cuentos. Necesitan también oír música, bailar, escuchar y aprender rimas infantiles.

Los padres, las madres y las personas que cuidan a los pequeñitos deben tener paciencia cuando insisten en hacer algo ellos solos. Siempre y cuando estén a salvo de cualquier peligro y los estemos vigilando, es importante dejar que se esfuercen por hacer algo nuevo y difícil.

Esta actividad es necesaria para que se desarrollen de manera adecuada aunque a veces signifique que se frustren un poquito. Una pequeña frustración ayuda al niño a aprender a tolerar las frustraciones y a dominar nuevas habilidades.

Debemos evitar las frustraciones excesivas que son aquellas que pueden causarle desaliento y sensación de fracaso. Hay que apoyarles y estimularles siempre teniendo el cuidado de no colocar problemas demasiado elevados para su edad. Hay que tener en cuenta que el juego es diversión no competencia para escoger ganadores ni perdedores. Si hacemos del juego una actividad gratificante, todos ganamos siempre.

*Fuente: "Para la Vida. Un reto de Comunicación".  
UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, Barcelona, 1993.*

## Consejos

### Los mejores juguetes

A los niños y niñas les encanta disfrazarse y fingir que son otra persona: madres, padres, maestros, policías, médicos o algún personaje imaginario. Estos juegos son muy importantes, porque ayudan a los niños a comprender y aceptar el comportamiento de otras personas. Así como también contribuyen al desarrollo de la imaginación y la creatividad.

Las madres, los padres y las personas que cuidan a niños y niñas pueden fomentar e incentivar estos "juegos de disfraces" ofreciéndoles ropas y sombreros viejos, bolsas y collares para jugar y disfrazarse.

En algunos momentos juegan con amigos y amigas imaginarios, con los que desarrollan todo un proceso de juegos activos y a veces preocupan a los padres y madres sin ninguna razón. Es normal que esto ocurra y muchas veces es más frecuente cuando el niño no comparte juegos con otros niños y para suplir esta necesidad desarrollan su fantasía.

*Fuente: "Para la Vida. Un reto de Comunicación".  
UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP, Barcelona, 1993.*

### El juego

Los padres y las madres también pueden contribuir a favorecer el aprendizaje del niño a través del juego. Todos los niños necesitan materiales de juegos sencillos que les ofrezcan la posibilidad de hacer o explorar nuevas cosas en cada fase de su desarrollo. Su costo no tiene que ser necesariamente muy alto.

El agua, cajas de cartón y otros recipientes, bloques de construcción de madera, utensilios domésticos no peligrosos, objetos de diferentes colores, una pelota y muchos juegos tradicionales son tan adecuados como los costosos juguetes comerciales. Siempre que sea posible y seguro,

debe permitirse decidir libremente a los niños. La mejor forma de aprender es a través de los propios éxitos y fracasos. Las madres y los padres deben intentar orientar al niño en sus juegos, pero sin controlarlo.

*Fuente: "Para la Vida. Un reto de Comunicación".  
UNICEF, OMS, Unesco, FNUAP, Barcelona, 1993.*



# Lenguaje

## Datos sobre este tema

- ❑ El lenguaje es una de las manifestaciones del pensamiento simbólico. Es el medio a través del cual se tiene la capacidad de expresar de manera competente (para que sean entendidos por los demás) —signos, gestos o palabras— la razón y la emoción.
- ❑ El lenguaje es el sistema de signos más importante de la sociedad humana. Condición previa para que el lenguaje funcione competentemente es que todos estén de acuerdo en el significado de los signos que se utilicen.
- ❑ A pesar de que existen códigos universales y convenciones gramaticales que pueden ser aprendidas, cada sociedad posee un sistema de códigos que sólo puede ser incorporado o apprehendido a través de la convivencia.
- ❑ A través del lenguaje, el universo en el que interactúan los niños se amplía. El lenguaje les permite evocar tiempos y lugares diferentes y expresar su capacidad de abstracción.
- ❑ El lenguaje que utilizan los niños permite entender su estructura de pensamiento y les ayuda a ordenar sus ideas.
- ❑ El lenguaje, al igual que el crecimiento, las relaciones sociales y la inteligencia tiene etapas específicas de desarrollo, según intervalos de edad.
- ❑ La utilización competente del lenguaje y la riqueza del vocabulario están condicionados, en alto grado, por el estrato socioeconómico y el nivel cultural de la familia.

## El desarrollo del lenguaje en los seis primeros años

- ❑ Durante los *tres primeros meses* el bebé emite sonidos o llora cuando tiene hambre, dolor, incomodidad, cansancio o soledad. Percibe cuando se le habla.
- ❑ Entre *los tres y los seis meses* el bebé responde a los estímulos con sonidos variados; gritos, jadeos. Cerca de los cuatro meses empieza el balbuceo. Reconoce el sonido del nombre de algunos objetos y personas.
- ❑ De *los seis a los nueve meses* los bebés emiten sonidos, balbucean simulando una conversación y empiezan a usar consonantes en el balbuceo.

- ❑ Entre los *nueve meses y el año de edad* los bebés vocalizan intentando imitar lo que le hablan y entienden algunos gestos y palabras. También imitan algunos gestos y expresan sus sentimientos abrazando y/o besando a las personas.
- ❑ Entre el *año y el año y medio*, los niños y niñas emiten sonidos, repiten palabras y utilizan gestos para señalar lo que desean.
- ❑ Del *año y medio a los dos años*, se da un salto significativo en el desarrollo del lenguaje. En este intervalo de edad los niños y niñas emiten frases sencillas y cumplen órdenes sencillas. En este período una palabra tiene el valor de una frase. Por ejemplo: "agua", significa "yo quiero tomar agua".
- ❑ Entre los *dos y los tres años* los niños y niñas empiezan a unir palabras y frases para expresar sus ideas. Surgen las oraciones de tres elementos, en las que empiezan a utilizar los verbos pero aún no utiliza los pronombres. Ejemplo: "Ana quiere agua", refiriéndose a ella misma.
- ❑ De los *tres a los cuatro años*, los niños y niñas ya tienen la capacidad de sostener una conversación. Son curiosos y expresan esa curiosidad a través del lenguaje preguntando por todo. En esta fase incorporan nuevas palabras todos los días.
- ❑ Entre los *cuatro y los cinco años*, los niños y niñas dominan los plurales y los tiempos verbales, y su conversación es más fluida e imaginativa. En este período empiezan los ¿por qué? A los cuales se les debe responder con sencillez y veracidad.

## Información para la familia

A los cuatro años de edad la mayoría de los niños y niñas:

- ❑ Entienden todo lo que dice un adulto, si no es muy abstracto o muy complejo.
- ❑ Pueden comunicar sus pensamientos y deseos.
- ❑ Mantienen una conversación sencilla sobre temas cotidianos que le interesan.

A los cinco años la mayoría de los niños y niñas:

- ❑ Usan correctamente los plurales y los tiempos verbales.
- ❑ Pueden contar una historia corta con comienzo, medio y fin.

*Promoción del Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Adolescentes.  
Módulos de Aprendizaje. OPS, OMS.*

### ¿Problemas de audición?

Los retrasos y alteraciones del lenguaje pueden ser indicativos de problemas de audición. Si su hijo o hija tiene antecedente de infección, o supuración de los oídos, o presenta algunas de las siguientes condiciones debe llevarlo con el médico o establecimiento de salud para su atención especializada:

- A los doce meses no balbucea de forma diferenciada y no imita vocales.
- Al año y medio no usa palabras simples: mamá, papá, dame, pan.
- A los dos años usa menos de diez palabras simples.
- A los dos años y medio usa pocas palabras (menos de cien) y no utiliza combinaciones de dos palabras.
- A los tres años usa menos de 200 palabras y además emplea poco y mal el "estilo telegrama".
- A los cuatro años usa menos de 600 palabras y tiene dificultad para formar frases cortas.
- Si hay ausencia de lenguaje verbal a partir de los dos años.

Si los siguientes comportamientos se retrasan, lleve a su bebé, niño o niña con el médico o al establecimiento de salud para su atención especializada.





**Un bebé de...**

- ...un mes, reacciona frente a ruidos fuertes.
- ...dos meses, se calma al oír la voz de su madre.
- ...tres meses, gira su cabeza hacia la fuente del sonido.
- ...seis meses, puede localizar la fuente del sonido en el plano horizontal.
- ...nueve meses, puede localizar la fuente del sonido en todos los planos y reacciona al escuchar su propio nombre.

**Un niño o niña de...**

- ...un año de edad, responde a la orden de "no".
- ...un año y medio, sigue órdenes verbales simples sin ayuda visual.

**¿Cómo estimular el desarrollo del lenguaje en los niños y las niñas?****A los tres meses**

- Desde el nacimiento, las madres deben acariciar, mirar y hablarle a su hijo durante el amamantamiento. Si el bebé no toma pecho la madre o el padre debe hablarle mientras lo alimenta.
- Al hablarle al bebé se debe utilizar un tono suave.
- Cantarle, jugar con él, tocarlo, abrazarlo, besarlo, hablarle siempre.

**A los cuatro meses**

- Escuchar e imitar los sonidos, nombrarle y mostrarle los objetos y las personas.
- Hablarle siempre.

**A los seis meses**

- Jugar al cambiarlo y bañarlo, tocando y nombrando las partes de su cuerpo.
- Escucharle y responderle con distintos sonidos y tonos de voz.
- Cantarle y leerle cosas sencillas.
- Enseñarle a gesticular (aplaudir, fruncir la nariz, sacar la lengua, etc.).

## ***A los nueve meses***

- Nombrarle los objetos siempre con las mismas palabras; no hablarle de forma aniñada.
- Darle órdenes sencillas (dame, toma) que le permitan asociar el lenguaje con las situaciones y objetos.

## ***Al año de edad***

- Aunque no entienda todo hay que hablarle mucho.
- Reforzar sus primeras palabras y nombrarle los sentimientos que perciben de él (alegría o dolor).

## ***Al año y medio de edad***

- Hablarle en forma correcta y fomentarle la expresión de sus sentimientos positivos y negativos.
- Jugar con él, cantar, bailar, imitar animales, mostrarle cosas y decir el nombre, color y forma.
- Acompañarlo al ir a la cama y contarle un cuento.

## ***A los dos y tres años de edad***

- Estimularlo a contar historias con personajes imaginarios o experiencias.
- Leer y comentarle libros con imágenes todas las veces que así lo pida y también sin que lo pida.
- Conversar con él.

## ***A los cuatro años***

- Estimularlo a contar historias con personajes imaginarios o experiencias.
- Leerle y comentarle libros con imágenes todas las veces que así lo pida y también sin que lo pida.

## ***A los cinco años***

- Estimularlo a contar historias con personajes imaginarios o experiencias.
- Conversar con él.
- Darle apoyo en la pronunciación de las palabras y en la construcción de las frases.

## Consejos

Aprender a hablar y comprender su lengua es una de las tareas más importantes y complicadas que deben superar los niños a una temprana edad. La niña o el niño aprenderá más fácilmente si su madre, padre o quienes le cuidan, le ayudan en todo momento, desde su nacimiento, hablándole, cantándole canciones o rimas infantiles, diciéndole los nombres de las cosas y de las personas, haciéndole preguntas y leyéndole o contándole cuentos cuando empiece a entenderlos.

Para la Vida. Un reto en comunicación. *UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP.*



# Desarrollo emocional y social

El objetivo de este capítulo es ayudar a los padres y madres a garantizar que sus hijos crezcan felices, afectivamente equilibrados y con hábitos adecuados de conducta.

Se pretende fomentar la comunicación intrafamiliar como elemento que refuerce la disciplina positiva y elimine el castigo físico y la violencia psicológica. Se brindan algunas herramientas para lidiar con algunas conductas específicas como las rabietas, el mentir, robar, lenguaje inadecuado y conducta agresiva.

Se abordan temas como el control de esfínteres, juegos sexuales e interés sexual, la hora de dormir, los miedos y otros.

En este capítulo se habla también de la relación de los niños y niñas con la televisión.

Con el fin de facilitar la elaboración de materiales de comunicación, la redacción y presentación de cada tema incluido en este capítulo se las concibió como una unidad independiente. La idea es que no sea necesario leer todo el Manual o todo el capítulo, para elaborar un artículo, un reportaje o un anuncio promocional.

En cada tema se seleccionó un paquete de información básica que se redactó en forma de pequeñas cápsulas. De este modo, en cada tema y en cada subtema se aportan datos que permitirán elaborar un producto sobre consejos prácticos, sobre la conveniencia de promover o evitar ciertas prácticas o bien, sobre la descripción de la manera como se suceden determinados eventos durante los primeros seis años de vida.

## Índice

### Desarrollo emocional y social

<b>La autoestima.....</b>	<b>233</b>
Enseñar a los niños y las niñas a valorarse .....	233
La autoestima se fortalece en casa .....	233
Información para la familia .....	235
<b>Resiliencia .....</b>	<b>236</b>
Fuentes de resiliencia .....	236
<i>Tengo</i> .....	236
<i>Soy</i> .....	236
<i>Estoy</i> .....	236
<i>Puedo</i> .....	236
<b>Disciplina positiva .....</b>	<b>241</b>
Datos sobre este tema .....	241
Información para las personas que cuidan a los niños y niñas .....	241
Consejos .....	242
<i>Para estimular una buena conducta asegúrese de:</i> .....	242
<i>¿Cómo enfrentar el mal comportamiento o la mala conducta?</i> .....	242
<i>¿Cómo responder a conductas específicas?</i> .....	243
<i>Reglas especiales para situaciones peligrosas</i> .....	246
<i>El Sí y el No para interactuar con la conducta de su niña o niño</i> .....	247
<i>Cuando su niña o niño se porte mal, actúe</i> .....	247
<i>Promover conductas positivas en los niños y las niñas es un reto</i> .....	249
Información para la familia .....	249
<b>Las rabietas o pataletas .....</b>	<b>251</b>
Datos sobre este tema .....	251
Información para la familia .....	251
Consejos .....	252
<i>Ayude a los niños a tener menos rabietas</i> .....	252
<i>Conozca las señales de alerta</i> .....	252
<i>¿Qué hacer frente a una rabieta?</i> .....	253
<i>Siempre mantenga la calma</i> .....	254
<i>¿Qué hacer después de una rabieta?</i> .....	255
<i>Algunos consejos para prevenir e intentar controlar las rabietas</i> .....	255
<i>Rabietas que pueden ser expresión de problemas más serios</i> .....	256
<b>Aprendiendo a ir al baño .....</b>	<b>257</b>
Datos sobre este tema .....	257
El control de la vejiga durante los primeros seis años .....	257
Control del movimiento intestinal .....	259
Información para la familia .....	260
<i>¿Cuándo esperar que el niño se mantenga seco toda la noche?</i> .....	260
<i>Niños y niñas que no se mantienen secos mientras juegan</i> .....	261
Consejos .....	261
<i>Aprendiendo a ir al baño</i> .....	261
<b>Conductas e intereses sexuales.....</b>	<b>263</b>
Datos sobre este tema .....	263
Información para la familia .....	263
<i>¿Cómo hablar de sexo con los niños y las niñas?</i> .....	263
<i>Juegos sexuales</i> .....	264
<i>¿De dónde vienen los bebés?</i> .....	266
Consejos .....	266

¿Cómo responder a las preguntas de los niños? .....	266
¿Qué hacer si encuentra a su hija o hijo en juegos sexuales? .....	268
Con afecto .....	268
Los varoncitos también juegan con muñecas .....	269
<b>La hora de dormir .....</b>	<b>270</b>
Datos sobre este tema .....	270
Información para la familia .....	272
Las "peticiones" a la hora de dormir .....	272
Los "rituales" a la hora de dormir .....	272
La hora de dormir .....	273
Algunos problemas relacionados con el sueño .....	273
<b>Los miedos .....</b>	<b>275</b>
Datos sobre este tema .....	275
El miedo durante los primeros seis años .....	275
Información para la familia .....	277
Consejos .....	278
¿Qué hacer cuando su hijo o hija tiene miedo? .....	278
¿Qué NO hacer cuando su hijo o hija tiene miedo? .....	278
Miedo a la oscuridad .....	279
Miedo al agua .....	279
<b>La llegada de un nuevo bebé .....</b>	<b>281</b>
Datos sobre este tema .....	281
Información para la familia .....	281
Consejos .....	282
Los celos .....	282
<b>Cómo hablarles sobre la muerte .....</b>	<b>283</b>
Datos sobre este tema .....	283
El tema durante los seis primeros años .....	283
Información para la familia .....	284
Consejos .....	285
Para hablar de la muerte .....	285
<b>Cómo hablarles del divorcio .....</b>	<b>286</b>
Nos vamos a divorciar... ..	286
Después del divorcio... ..	286
<b>Conviviendo con la TV .....</b>	<b>288</b>
Datos sobre este tema .....	288
¡Cuidado con los estereotipos! .....	289
La TV durante los primeros seis años .....	291
Información para la familia .....	292
TV, disciplina, y tipo familiar .....	293
Consejos .....	293
¡Sí!... hay vida más allá de la TV .....	293
Todos juntos frente a la pantalla .....	294
Es adecuado para ellos y ellas .....	294
No es adecuado para niños .....	295
La "dieta" de la Televisión .....	296

# La autoestima

## Enseñar a los niños y las niñas a valorarse

Autoestima es el afecto que sentimos por nuestra propia persona, independientemente de nuestra condición. Es el amor y el respeto que nos damos, a partir del que recibimos de los demás en los primeros años de formación. Es necesario enseñar a los niños y niñas a quererse y valorarse, esto se logra transmitiéndoles el amor que les tenemos, el valor que les damos y el respeto que sentimos por ellos.

Para fortalecer el autoestima de los niños es necesario que los padres y las madres sepan demostrar su amor con caricias, besos, abrazos y palabras. No se debe dar por sentado que los niños saben que los queremos.

Generalmente los niños y niñas pueden decir con exactitud todo lo que hacen mal porque cuando cometen una falta o se portan mal se los decimos inmediatamente. Pocos niños y niñas tienen exacto conocimiento de sus habilidades o de sus cualidades. Dígale a sus hijas e hijos que cosas hacen bien, reconozca sus méritos.

Los niños necesitan sentir que son capaces de hacer cosas, para ello es necesario asignarles responsabilidades. Las responsabilidades, por pequeñas que sean, constituyen un reto. Nadie puede sentirse responsable si no asume obligaciones y las consecuencias de las propias decisiones. Los niños y niñas deben aprender a tomar decisiones. Si son buenas, saben que optaron bien. Si la decisión no es la mejor, aprenderán que los fracasos ayudan a construir futuros éxitos.

Los padres y las madres deben evitar ayudar demasiado a los niños y niñas, cuando los sobreprotegen generalmente les hacen sentir que no son capaces. Un elemento fortalecedor del autoestima es hacer sentir a nuestros hijos que pueden hacer las cosas por sí mismos y que lo pueden hacer bien. Los padres y las madres deben recordar que no siempre estarán allí para solucionar las dificultades de sus vástagos.

## La autoestima se fortalece en casa

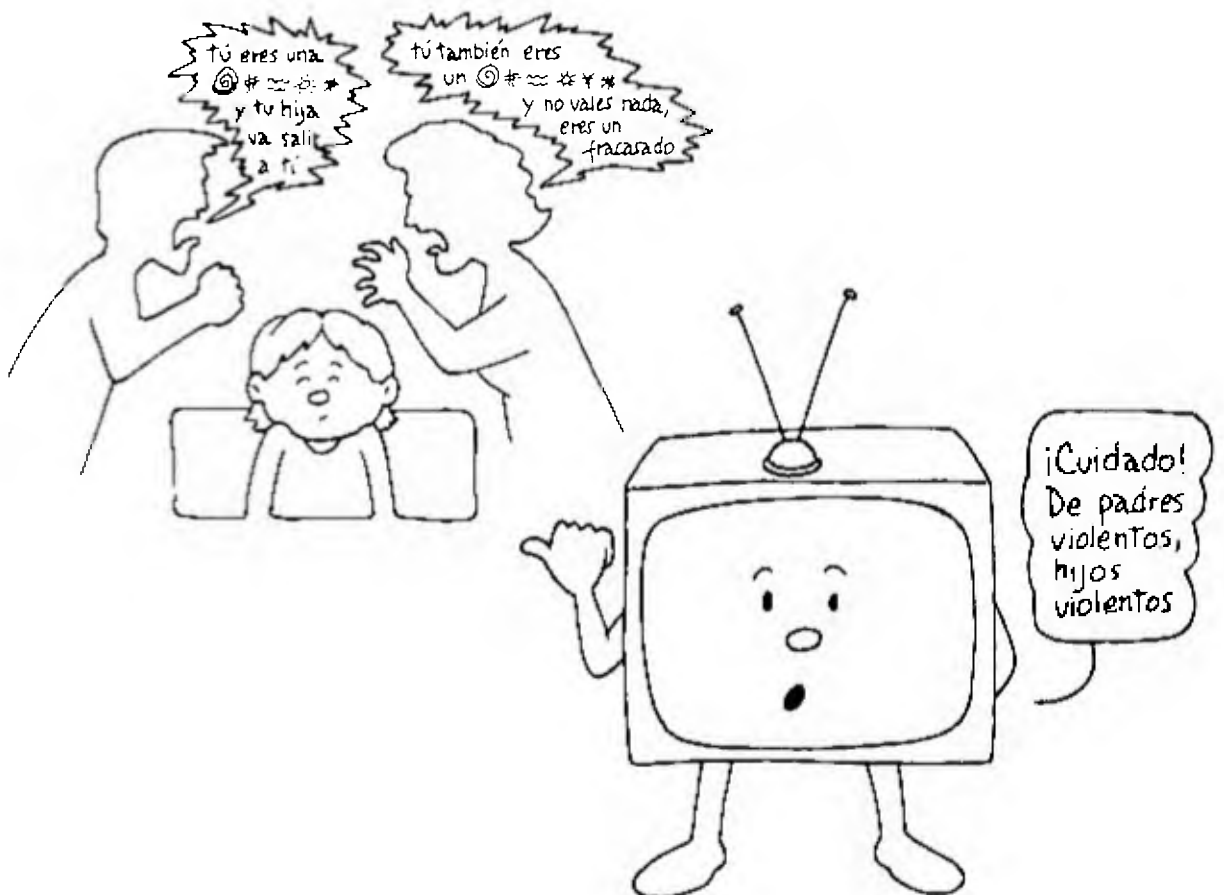
Desarrollar y fortalecer la autoestima es un proceso que empieza en casa. La autoestima familiar es de suma importancia, los padres y las madres deben aprender a valorarse y a valorar a cada uno de sus hijos e hijas por sus propios méritos y no en función de lo que hacen los demás. La autoestima familiar debe estar equilibrada, una familia no funciona bien si alguno de sus miembros se siente menospreciado o inferiorizado.

Las comparaciones son un arma de doble filo y hacen que una misma conducta genere autoestima en un niño y no en el otro. Por ejemplo, si en una familia hay un estudiante que obtiene nota 10 y su hermano siempre saca 7, el de nota 10 es el estudiante aplicado y el de nota 7 es "regular, desaplicado, poco atento". Sin embargo en una familia donde hay un estudiante con nota 7 y un hermano que reprueba siempre, el de nota 7 será el estudiante "aplicado".

Los padres y las madres deben recordar siempre que lo que se debe censurar e intentar corregir es la conducta mas no censurar a los hijos. Dependiendo del carácter, personalidad y temperamento de cada hijo, el autoestima deberá ser fortalecido más en unos que en otros con el fin de que se mantenga estable en el grupo familiar.

La familia debe estar siempre integrada como un equipo y por ello se recomienda a los padres y las madres que no pongan a sus hijos en evidencia frente a los demás. Las faltas o los comportamientos inadecuados no son de dominio público, deben ser tratados en casa sin exponer ni ridiculizar a los niños y niñas frente a los extraños. Esto en lugar de mejorar su conducta constituye un "permiso" para que se porten mal en público y menoscaba su autoestima.

Los padres son el espejo en el que se miran los hijos. Haga que se vean bien, que se sientan bien.





## Información para la familia

Desde que nacen, una de las mayores necesidades de todos los niños es el contacto físico con otras personas, ser tocados, acariciados, tomados en brazos, que alguien les hable, ver caras y expresiones familiares y sentir reconocida su presencia.

Los niños necesitan mirar, escuchar, observar y tocar objetos nuevos e interesantes y jugar con ellos. Así comienza su proceso de aprendizaje. Lo más importante para un bebé es escuchar el sonido de voces humanas y ver caras humanas. Nunca debe dejarse solo a un niño pequeño durante períodos prolongados de tiempo.

El ejemplo de las personas adultas y de otros niños y niñas de más edad influye más que las palabras u "órdenes" en la formación del comportamiento y la personalidad del niño durante su desarrollo. Si los adultos manifiestan su enfado con gritos, agresividad y violencia, los niños aprenderán que esa es la conducta adecuada. Si los adultos tratan a los niños y demás personas con amabilidad, consideración y paciencia, los pequeños también seguirán su ejemplo.

Los niños son egocéntricos por naturaleza hasta los cuatro años aproximadamente. Aprender a compartir las cosas y a tener en cuenta a los demás es un proceso gradual. Un comportamiento egoísta y poco razonable es normal en un niño o niña de corta edad dada su inmadurez emocional y también física. Con el tiempo aprenderá a ser generoso y razonable si los demás también lo son con él. Aprenderá a tratar a las demás personas tal como se ha visto tratado por ellas.

# Resiliencia

El vocablo tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las Ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que a pesar de haber nacido y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993). La Resiliencia es importante porque es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado. La forma en que los padres o personas que cuidan a los niños responden a situaciones y la forma en que ayudan a los niños a responder distingue a los adultos que fomentan la resiliencia o que la destruyen.

## Fuentes de resiliencia

Un niño resiliente posee cada una de esas características en abundancia y puede decir:

### Tengo

- Personas en derredor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.
- Personas que me muestran a través de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

### Soy

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

### Estoy

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos
- Seguro de que todo saldrá bien.

### Puedo

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.

- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Un niño resiliente no tiene necesariamente todas estas características pero tener una sola no basta, por ejemplo un niño puede estar rodeado de afecto (TENGO), pero si no tiene fuerza interior (SOY/ESTOY) o buena disposición para las relaciones humanas (PUEDO), no es resiliente.

Un niño puede tener una gran estimación propia (SOY/ESTOY), pero si no sabe comunicarse con los demás o resolver un problema (PUEDO) y no tiene nadie que lo ayude no es resiliente.

Un niño puede ser locuaz y hablar bien (PUEDO), pero si no tiene empatía (SOY/ESTOY) o no aprende de los modelos (TENGO), no es resiliente, la resiliencia es el producto de la combinación a estas características.

De acuerdo a algunos autores (Loesel) entre los recursos más importantes que cuentan los niños resilientes, se encuentran:

- Una relación emocional estable al menos con uno de los padres o bien alguna otra persona significativa.
- Apoyo social desde fuera del núcleo familiar.
- Un clima educacional abierto, contenedor y con límites claros.
- Contar con modelos sociales que motiven el enfrentamiento constructivo.
- Tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez que exigencias de logro.
- Competencia cognitiva, y al menos un nivel intelectual promedio.
- Características temperamentales que favorezcan un enfrentamiento afectivo (por ejemplo flexibilidad).
- Haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva.
- Asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al enfrentamiento, a la vez que contextualizarlo a las características propias del desarrollo.

Algunos ejemplos de lo que pueden hacer los padres o cuidadores para fomentar su resiliencia de un niño o niña de 0 a 3 años.

- Brindarles cariño incondicional y expresar afecto en forma física y verbal, sosteniéndolo en brazos, acunándolos y acariciándolos, tranquilizarlos con palabras dulces y ayudarlos a calmarse.

- ❑ Obligar a los niños de 2 o 3 años a cumplir las reglas; para disciplinarlos, quitarles privilegios y usar otros métodos que no los humillen, que no les hagan daño ni les haga sentirse rechazados..
- ❑ Comportarse de una forma que comunique confianza, optimismo y buenos resultados, a fin de que sirva de modelo al niño.
- ❑ Elogiar a los niños de 2 a 3 años por los progresos como usar el baño, calmarse, hablar o hacer algo.
- ❑ Impulsar a los niños de 2 a 3 años para que prueben cosas y traten de hacer cosas por su cuenta con ayuda mínima.
- ❑ Cuando se vaya desarrollando el lenguaje, reconocer los sentimientos del niño y darles nombres. Impulsar al niño que exprese y reconozca sus sentimientos así como el sentimiento de los demás (triste, contento, arrepentido, enojado, feliz).
- ❑ Preparar al niño de 2 o 3 años a situaciones adversas, gradualmente si es posible, hablándole al respecto, leyéndole libros, escenificando situaciones, etc.
- ❑ Cuando se vaya desarrollando el lenguaje usarlos para reforzar características de la resiliencia que ayuden al niño a enfrentar la adversidad. Por ejemplo una frase como «Sé que puedes hacerlo» fomenta la autonomía y refuerza la fe del niño en su capacidad para resolver problemas, y decirle «Estoy aquí». Lo tranquiliza y le recuerda las relaciones de confianza con las cuales puede contar.
- ❑ Ser conscientes de su propio temperamento y del temperamento del niño a fin de determinar con qué celeridad o lentitud pueden introducir cambios cuánto pueden empujarlos, alentarlos, etc. confianza con las cuales puede contar.

Son muchas las formas de contribuir a la resiliencia empezaremos plateándonos los motivos por los que determinados niños se desenvuelven con tanta soltura en circunstancias adversas. La respuesta podría ser algo diferente dependiendo de la situación y del lugar.

La resiliencia nos enseña que algunas dificultades nos pueden fortalecer si contamos con apoyos para hacerles frente a estos apoyos se le denomina Factores Protectores. «Factores protectores» son todas aquellas características hechos o situaciones propias del niño o de su entorno que elevan la capacidad del niño para hacer frente a las adversidades o disminuyen la posibilidad de desarrollar desajuste sicosocial frente a la presencia de factores de riesgo.

Basado en resultados de investigaciones y experiencias prácticas se han identificado ámbitos interrelacionados que merecen un examen detenido a la hora de fomentar la resiliencia infantil y que se constituyen en factores protectores:

### 1. Redes de apoyo social y la aceptación incondicional del niño como persona

Sentirse querido y querer dar sentido a la vida, es importante establecer vínculos cálidos y de aceptación.

La aceptación incondicional por un adulto significativo no significa aceptar cualquier conducta al contrario aceptar conductas socialmente indeseables suele ser señal de indiferencia y desamor. La aceptación incondicional suele ocurrir más fácilmente en las relaciones informales con la familia y amigos, ésta es una de las razones de la gran importancia de las redes sociales de apoyo.

### 2. Clima emocional positivo para el desarrollo.

Un clima familiar y/o escolar que promueva el crecimiento en armonía, el juego, la recreación, el aprender a sentir placer y satisfacción por lo que se va logrando, que promueva el aprendizaje. Un clima positivo lo hacen las personas.

### 3. La capacidad para averiguar el significado de la vida, en estrecha relación con la vida espiritual.

«No solo de pan vive el hombre», todos necesitamos identificar algún sentido y significado de cuanto ocurre en la vida.

Estimular la búsqueda de significado pasar por múltiples vías según la cultura local y la edad del niño. La recreación es una vía adecuada. Puede resultar de gran provecho que el niño pruebe la belleza y la naturaleza así como estimular la expresión artística del niño, sin esperar obras maestras. A veces el descubrir un espíritu de equipo en deportes como el fútbol puede ayudar. Cuidar de una flor, un jardín, un animal puede generar significado.

Lo contrario a esto es el sin sentido, el aburrimiento, el vacío existencial.

### 4. Aptitudes y el sentimiento de tener algún tipo de control sobre la propia vida.

Este ámbito abarca el aprendizaje de todo tipo de aptitudes sociales y resolutorias de conflictos y problemas tales como: ¿cómo relacionarme con los demás? ¿cómo controlar mis impulsos? ¿cómo pedir ayuda u orientación? ¿cómo hacer frente a los problemas? (pensar antes de actuar). También es muy importante la adquisición de aptitudes técnicas. Las aptitudes pueden adquirirse desde la vida cotidiana o mediante procesos de formación específicos.

### 5. Autoestima

Una definición práctica de autoestima sería: la valoración subjetiva y afectiva que cada niño tiene de sí mismo. Es un elemento básico de la identidad de las personas y es importante porque define la seguridad personal, la satisfacción consigo mismo. La

autoestima tiene que ver con el hecho de «donde se pone el ojo» en relación a los aspectos de sí mismo. Las personas de alta autoestima rescatan siempre lo bueno que hay en ellos y a pesar de estar conscientes de sus defectos o limitaciones no enfatizan esto en el juicio de sí mismo.

La autoestima está muy ligada a los ámbitos ya mencionados pero también está muy directamente relacionada con conductas cotidianas de las personas que rodean al niño estas pueden generar o fomentar la autoestima o destruirla. Ejemplos: una disciplina severa, críticas negativas, niveles de calidad exigidos inalcanzables y una actitud de ironía frecuente son elementos destructores de autoestima. Construyen y refuerzan autoestima la crítica constructiva, el estímulo positivo (resaltar cualidades positivas que a veces están encubiertas por conductas inadecuadas) y las expectativas realistas.

## 6. Sentido del humor

El sentido del humor es algo más que pasarlo bien, implica cierta capacidad de reírnos de nosotros mismos y de la adversidad y está directamente relacionado a los patrones culturales. Algunos exponentes del sentido del humor son la ternura por lo imperfecto, aceptación madura de los fracasos, creatividad y fantasía. Las personas que pueden reírse de sus problemas son más fuertes que estos. El sentido del humor alivia las tensiones, ayuda a que las cosas no parezcan tan dramáticas cuando tenemos dificultades.

No hay forma de enseñar a la gente a ser graciosa pero sí podemos establecer un clima desde la familia incluso desde la escuela en que la gracia pueda desarrollarse. Se deben identificar dinámicas, juegos y situaciones que estimulen el sentido del humor.

En estos ámbitos podemos encontrar posibilidades de clases generadoras de resiliencia. La resiliencia crece en un marco interactivo entre el niño y el entorno, al no ser un concepto absoluto ni temporalmente estable, es preciso fomentar la resiliencia, siempre en un contexto cultural local específico. Nunca podría sustituir o compensar el rol de las políticas sociales sino servir de fuente de inspiración y en ocasiones de instrumento reorientador.

En términos de acción hay dos componentes que la constituyen en algo más que desenvolverse adecuadamente en la vida pese a la adversidad:

- La resistencia frente a la destrucción, esto es la capacidad para proteger la propia integridad bajo presión.
- La capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles.

# Disciplina positiva

## Datos sobre este tema

Los niños no son adultos en miniatura, son seres en proceso de crecimiento y necesitan constantemente de la ayuda de su padre, su madre y de quienes los cuidan, para incorporar valores, hábitos, costumbres y prácticas.

Promover conductas positivas, en niños y niñas es un reto, para lograrlo es importante: que las personas que los cuidan entiendan el por qué los niños y niñas actúan de la forma que lo hacen y que les respondan siempre de una manera positiva mostrándoles amor, además de hacerles sentir su apoyo incondicional.

Es necesario ayudar a niños y niñas a ser gentiles, correctos y solidarios con los otros, a respetar las cosas de los demás, a pensar por sí mismos, a aceptarse y a valorarse ellos mismos.

Para esto es necesario establecer reglas pues ayudan a los niños a aprender cosas y evitar el peligro.

Las reglas deben ser simples y deben adecuarse a la edad del niño o niña. Ellos necesitan reglas para cosas como:

- Hora de dormir.
- Deberes o tareas escolares.
- Dónde pueden o dónde no pueden ir.
- Qué palabras pueden o no deben usar.
- Qué programas de televisión pueden ver, cuándo y cuántos.

## Información para las personas que cuidan a los niños y niñas

Los niños “se portan mal”, generalmente, por tres razones:

1. No conocen las reglas. Cuando los niños y niñas están experimentando y conociendo cosas por primera vez, con frecuencia, no saben que lo que están haciendo no es aceptable o correcto.
2. Conocen las reglas, pero las rompen de todos modos. Es normal que los niños y niñas prueben e intenten retar los límites. Generalmente rompen las reglas porque están molestos, necesitan que se les atienda o porque no pueden controlar sus deseos.
3. No se sienten bien. Los niños, al igual que todas las personas, a veces se sienten enfermos, con hambre, cansados o molestos. A diferencia de los adultos, carecen aún de los recursos o herra-

mientas para expresar adecuadamente sus necesidades y deseos.

Es importante que los padres y madres comprendan que entender la causa de la mala conducta de los niños y niñas puede ayudarles a escoger la mejor forma de responder adecuadamente.

Los padres y madres deben mantener estos tres puntos siempre en mente, cuando estén tratando con la conducta de su niña o niño.

## Consejos

### ***Para estimular una buena conducta asegúrese de:***

#### **1. Establecer reglas claras**

Los niños y niñas se portan mejor si saben qué es exactamente lo que se espera de ellos. Asegúrese de que su hija o hijo sepa cuáles son las conductas aceptadas, cuáles no y por qué. Establezca una rutina para las actividades que generalmente causan conflicto como: la hora de dormir, la hora de comer, la hora de ver TV.

#### **2. Sea consistente**

Una vez establecidas las reglas, manténgase apegado a ellas y responda cada vez que su niña o niño las quiebre.

#### **3. Sea firme**

Pero trate de no sobre-reaccionar (reaccionar excesivamente o con violencia) cuando su hija o hijo rompe una regla.

#### **4. Proporcione atención, seguimiento y tiempo de calidad a su hija o hijo**

Hágale notar a su niño o niña que usted se da cuenta cuándo se porta bien. Estimule las buenas conductas que su hija o hijo tiene y que a usted le gusta ver en ellos.

### ***¿Cómo enfrentar el mal comportamiento o la mala conducta?***

#### **Tiempo de castigo**

Esto significa enviar a su hija o hijo a un lugar seguro, tranquilo y alejado de las personas y los juguetes por un lapso de tiempo.

- Use los tiempos de castigo sólo para malas conductas muy graves.



- El tiempo de castigo debe durar de 1 a 2 minutos por cada año de edad de su niña o niño.
- No regañe o sermonee a su hija o hijo después del tiempo de castigo.
- El apartarlo de los demás ya le hace saber que su conducta no es aceptable.

### **Desconectarse**

Esto significa ignorar la mala conducta del niño porque no les estamos prestando atención, por ejemplo cuando utilizan palabras soeces. Hágale saber a la niña o al niño que sólo le dará atención cuando el mal comportamiento termine.

### **Eliminar privilegios**

Esto significa quitarle al niño o niña algo que realmente valora. Por ejemplo: ver televisión, ir al parque o jugar con los amigos.

### **Nunca, nunca, nunca utilice el castigo físico**

Utilizar el castigo físico no es una buena idea. Azotar y/o golpear a los niños y niñas por mala conducta, puede hacer que se porten bien por un tiempo, pero no les enseña nada sobre conductas positivas. Además, le enseña a los niños y niñas que es correcto utilizar la violencia física para resolver problemas. Azotar y/o golpear a los hijos puede causarles daños físicos y psicológicos.

## **¿Cómo responder a conductas específicas?**

### ***Rabietas***

Pueden ocurrir cuando el niño o la niña está frustrado y pierde el autocontrol.

¿Qué hacer?:

- Garantice la seguridad de su hija o hijo. Asegúrese de que el niño no puede lastimarse, ni lastimar a los otros. Aparte todos los objetos que puedan causar daño, o lleve a su niño a un lugar seguro, y si es necesario a un lugar no público.
- Ignore la rabietas. Hágale saber a su hijo que sólo le responderá cuando él retome el autocontrol, manténgase en esa posición, hasta en un lugar público.

Para enfrentar las rabietas:

- Trate de anticiparse a las rabietas.
- Manténgase alerta a los signos de frustración creciente.
- Ayude a su niña o niño a mantenerse tranquilo y a mantener el control.
- Hágale saber cuando se ha autocontrolado bien.

## **Conducta agresiva**

Las conductas como morder o golpear objetos y a otras personas pueden suceder porque los niños sienten que carecen de las herramientas para responder a los otros.

¿Qué hacer?:

- Detenga la mala conducta. Es importante prevenir que su hijo lastime a otra persona. Intervenga cuando sea necesario.
- Discuta o converse con su niño otra forma de responder. Ayude a su hijo o hija a que aprenda formas positivas de expresar sus sentimientos. Por ejemplo enséñele a decir: "Me molesta cuando me llamas (o me tratas) de esa manera" y no: "Deja de molestarme, idiota".
- Use los tiempos de castigo si es necesario. Los tiempos de castigo son una buena manera de lidiar con la conducta agresiva.

Para enfrentar la conducta agresiva:

- Señale ejemplos de buena conducta en los otros, pero no compare a sus hijos e hijas con los demás niños.
- Sea usted un buen modelo cuando trate a los demás usando el respeto y la cortesía. Recuerde que un buen ejemplo vale más que mil palabras y los niños imitarán sus gestos y actuaciones.
- Enseñe métodos no violentos para resolver los problemas o las diferencias.
- Converse con su hijo racionalizando la situación sin justificarse o perder la autoridad al resolver el comportamiento inadecuado.

## **Uso de lenguaje inapropiado o de palabras soeces**

Los niños y niñas aprenden temprano qué recursos pueden utilizar para llamar la atención.

Hay que establecer reglas claras y por ello el niño debe saber qué palabras son aceptables y cuáles no.

Ignore el mal lenguaje. Una vez que se han establecido las reglas, no preste atención cuando su niña o niño utiliza el mal lenguaje intencionalmente para llamar su atención (si usted ignora el mal comportamiento, puede desaparecer pronto). Si esto no surte efecto utilice los otros métodos (tiempo de castigo o eliminar privilegios) si el niño es pequeño y está aprendiendo el lenguaje. Si es mayorcito aborde la situación conversando y racionalizando la conducta y señale el comportamiento correcto.

Indague por las necesidades de atención de su hijo. Recuerde que el lenguaje inapropiado generalmente es una llamada de atención. Comparta el tiempo con sus hijos y elimine así la causa de su mala conducta.

Para enfrentar el uso de palabras soeces sea cuidadoso con el lenguaje que usted usa.

Ayude a su hijo a encontrar mejores formas de expresar los sentimientos.

### ***Robar y mentir***

Puede suceder cuando los niños tienen dificultades para controlar sus impulsos.

¿Qué hacer?:

- Ayude a su niña o niño a enfrentar los hechos. No trate de hacer que el niño o la niña admita que erró. Él o ella pueden mentir como respuesta. Confróntelo con los hechos.
- Explique la forma apropiada de obtener las cosas. Los niños y las niñas pueden robar o mentir porque les parece la mejor forma de obtener lo que quieren. Enséñeles la forma correcta de hacerlo.
- Como forma de reparar el daño haga que los niños y niñas paguen o repongan los objetos robados. Esto ayuda a los niños a entender el costo de robar. Hasta los menores pueden hacer pequeños "trabajos" para "pagar" por lo robado.

¿Cómo enfrentar el robar y mentir?:

- No humille al niño o a la niña. Recuerde que él o ella pueden no saber que robar y mentir es malo.
- No etiquete o rotule a su niño como "mentiroso" o como "ladrón". Ayúdele a ver que la conducta es mala, no él.

### ***Cuando el niño responde a las indicaciones con un "NO"***

Niños y niñas con frecuencia responden con un NO porque quieren tomar el control de la situación. Esto hace parte del proceso de crecimiento y desarrollo.

- Los niños y niñas pasan la mayor parte de su vida recibiendo indicaciones sobre cómo hacer las cosas. Deje que su hija o hijo tome su propia decisión, cuando sea posible y no implique ningún peligro para ella o él.
- No haga preguntas que requieran un "si" o "no" como respuesta. No le dé a su hijo la posibilidad de responder "no". Pídale que escoja entre dos o más opciones. Por ejemplo: ¿Quieres ayudar a preparar la cena o recoger los juguetes?
- Si el niño se mantiene respondiendo "NO" a todo lo que se le pregunta, ignore la respuesta y persista en obtener una respuesta y una conducta adecuada.

¿Cómo enfrentar esta situación?

- Trate de no responder de vuelta. Responda a su hijo y a los demás con cortesía.
- Enseñe a su niño la manera apropiada de usar la palabra "no".

### Reglas especiales para situaciones peligrosas

Mantenga esto siempre en mente cuando su hijo esté en peligro.

#### 1. Responda inmediatamente

El primer paso debe ser sacar a su hijo de la calle, escaleras o del lugar de peligro. Acciones directas, rápidas y concretas protegen a su niño y constituyen un mensaje directo.

#### 2. Dé explicaciones simples

No confunda a sus niños conversando extensamente, exprese el punto concreto. Por ejemplo diga: "No te subas allí" o "Nunca comas eso". En la medida en que el niño va creciendo, ayuda explicarle la razón y necesidad de ciertas reglas.



### 3. No castigue a su hijo

En muchas situaciones de peligro, su niño no sabe que lo que está haciendo está mal. Utilizar el castigo solo lo confundirá o enojará.

Utilice el "tiempo de castigo" si su niño persiste en actuar o involucrase en actividades que impliquen peligro.

Recuerde que para interactuar efectivamente con su hijo e intervenir exitosamente frente a la conducta de su hijo el adulto debe, necesariamente, reconocer y considerar la etapa del desarrollo emocional y cognitivo en que se encuentra el niño.

### ***El Sí y el No para interactuar con la conducta de su niña o niño***

- Hable con su hija o hijo.
- Nunca responda con ira o enojo a la mala conducta de su niña o niño, es mejor esperar hasta que pueda hablar con calma.
- No sobreactúe, más bien escoja los problemas que ameriten una conversación o castigo. Deje a un lado problemas menores.
- No abuse de los castigos (por ejemplo, los tiempos de castigo). Estos métodos funcionan mejor si se usan para las peores conductas.
- Establezca la menor cantidad posible de reglas. Facilite las cosas para usted y sus niños.
- No espere perfección de sus niños. Todos cometemos errores.
- Actúe siempre en equipo con su pareja. Así los problemas se resuelven de la misma forma y no se confunde a los pequeños.
- No disminuya ni menosprecie a su niño cuando se porta mal. En su lugar, focalice su atención en la mala conducta.

***No hay forma de prevenir ni de evitar las rabietas.***

### ***Cuando su niña o niño se porte mal, actúe***

- Entienda el por qué del comportamiento.
- Sepa cómo reaccionar a las diferentes conductas.
- Busque ayuda si no sabe como enfrentar una situación o si la conducta del niño continúa causando problemas.
- Busque ayuda si teme perder el control y lastimar a su niño.

Ayude a su hijo a crecer bien con buenos hábitos de comportamiento. Esto hará los días más llevaderos para todos en casa.

Nunca llame a su hijo por apodos o nombres que menoscaben su autoestima.

Hágale siempre saber:

- Que a usted no le gustó lo que él hizo.
- Lo que usted espera de la conducta de él.
- Que usted lo ama y que lo amará siempre.

Siempre, siempre, siempre:

- Reconozca el esfuerzo de su hijo cuando cumpla con las reglas: béselo o abrácelo, dígame que hizo un buen trabajo.



## **Promover conductas positivas en los niños y las niñas es un reto**

Para lograrlo es importante:

- ❑ Entender por qué niños actúan de la forma que lo hacen. Los niños no son adultos pequeños, sus necesidades, prioridades y habilidades son muy diferentes a las de los adultos. Entender a su hijo es la clave que tienen los padres y las madres para moderar o guiar la conducta de los pequeños.
- ❑ Responder siempre de una manera positiva mostrando amor a sus hijos; además es indispensable hacerles sentir su apoyo incondicional. Las acciones, más que las palabras, de las madres y los padres modelan la actuación de los niños. Las respuestas que los padres y las madres dan a sus hijos refuerza —o puede desestimar— la conducta positiva.

Lo que está bien y lo que está mal:

- ❑ Los niños y niñas de corta edad no saben distinguir el mundo real del mundo imaginario, por eso, a veces pareciera que mienten. Ayúdelos a diferenciar entre lo real y lo ficticio conversando sobre el tema.
- ❑ Cuando un niño hace algo inaceptable o que no está bien, debe decirsele con firmeza, pero sin perder la calma, que ese no es el comportamiento adecuado, ofreciéndole una explicación sencilla y razonable. Los niños recuerdan las explicaciones y las normas recibidas de una persona adulta a la que quieren y aceptan complacer. Poco a poco van incorporando estos ejemplos y explicaciones como pauta de sus propias acciones. A través de este proceso, los niños desarrollan conciencia y aprenden a distinguir entre aquello que está bien y lo que está mal.

Para la Vida. Un reto en Comunicación. *UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP*

## **Información para la familia**

Los padres estimulan el buen comportamiento de los niños cuando manifiestan visiblemente su aprobación por su conducta. Por esto es importante que estén atentos al buen comportamiento de los niños y les comuniquen su alegría y aprobación cuando hacen algo bien. Éste es un método mucho más adecuado que las constantes críticas, gritos y castigos para enseñar a comportarse correctamente a los niños y las niñas.

Los padres deben manifestar su satisfacción cuando el niño o la niña aprende una nueva habilidad, por insignificante que sea. Su afán de aprender y de adquirir nuevas habilidades disminuirá si no recibe estímulos o se le critica demasiado.

Los castigos físicos que son considerados maltrato infantil son perjudiciales para los niños. Aumentan las probabilidades de que desarrollen un comportamiento irracional y violento contra los demás, incluso en la edad adulta (futuros maltratadores). También puede volver asustadizos a los niños, destruyendo su deseo natural de complacer a sus padres, madres, maestros y aprender de ellos.

*Para la Vida. Un reto en Comunicación. UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP*



# Las rabietas o pataletas

## Datos sobre este tema

- ❑ Las rabietas o pataletas son un rasgo típico de la primera infancia y varían de niño a niño. Surgen, aproximadamente, cuando los niños cumplen el primer año de edad y se hacen menos frecuentes entre los cuatro y cinco años.
- ❑ Las rabietas se manifiestan a través de: gritos y llantos, contener la respiración, lanzar y romper objetos, golpearse contra las paredes o el piso, tirarse al piso o ser agresivo con los demás.
- ❑ Los niños tienen rabietas como una forma de expresar su frustración y su enojo, pues muchas veces les resulta difícil expresar a través de las palabras sus sentimientos y emociones.
- ❑ Las rabietas suelen expresar cómo se siente un niño con ira. Es su manera de decir si tiene hambre, está cansado, enojado o aburrido. Muchas veces son la forma de liberar presión de la manera que conocen.
- ❑ Las rabietas pueden colocar a las personas que cuidan a los niños en el límite de la paciencia. Es necesario lidiar con ellas de forma positiva.

## Información para la familia

- ❑ Las rabietas no están relacionadas, usualmente, a una maternidad o paternidad negligente. Pero una paternidad o maternidad efectiva pueden ayudar a reducir el número de rabietas. En todo caso no hay forma de prevenir ni de evitar las rabietas.
- ❑ Es normal que niños tengan rabietas sólo cuando su padre o su madre está cerca. Es una señal de que el niño confía y se siente más seguro perdiendo el control con su padre o su madre que con extraños.
- ❑ Los niños también utilizan las rabietas como un método de mostrar independencia o probar los límites o flexibilidad de las reglas impuestas por la madre o el padre.
- ❑ Los niños retienen la respiración muchas veces hasta ponerse azules. Esto, generalmente, no les hace daño pues el cuerpo forzará la respiración antes de que pueda haber cualquier problema. Pero, si hay pérdida de conocimiento después de ponerse azul, consultar con el médico.
- ❑ Los padres y las madres no deben preocuparse si su hijo parece tener más rabietas que los otros niños. No hay un número

*No hay forma de prevenir o de evitar las rabietas.*

ro adecuado ni correcto de rabietas. Muchos factores intervienen en este comportamiento: sensación de independencia o de determinación más acentuada, diferencias de temperamento y carácter.

## Consejos

### *Ayude a los niños a tener menos rabietas*

1. Establezca reglas claras y definidas y apéguese a ellas. Las reglas deben ser pocas y simples. Refuércelas constantemente y sea consistente.
2. Diga "no" cuando realmente necesita decirlo. Por ejemplo, para evitar peligros. Hay que dejar a los niños decidir y manejar cosas pequeñas; eso les ayuda a fortalecer su auto-confianza.
3. Ofrezca alternativas. La mayoría de los niños detesta que se les dé un "no" como respuesta. Cuando tenga que detener alguna acción de su hija o hijo proponga una alternativa positiva. Por ejemplo si el niño quiere jugar con una herramienta peligrosa, déle una inofensiva.
4. Elimine las tentaciones. Mantenga fuera de la vista y del alcance de los niños las cosas con las que no deben jugar. Decirles que no deben jugar con "x" o "y" objeto no es efectivo pues son muy jóvenes para controlar la curiosidad.
5. No sobrecargue o sobrestime a su hijo. Las niñas y niños necesitan retos, pero no tan difíciles que les hagan sentir frustración. Es importante tomar en cuenta a la hora de comprar juguetes los rangos de edad para los que son adecuados y no forzar a los niños para que lean, escriban o memoricen pasajes y hechos muy elevados para su capacidad.
6. Tenga en cuenta la personalidad de su hijo. Hay niños y niñas que se apegan a la rutina mientras a otros les gusta la innovación. Ciertos niños se alteran mucho si se les modifican sus horarios de siesta o de alimentación.

### *Conozca las señales de alerta*

**Una rabieta se puede estar gestando cuando su hijo:**

- Insiste en hacer algo que, evidentemente, resulta difícil para él.
- Exige algo que sabe que no puede o debe tener.
- Parece, inusualmente, deprimido o carente.

Distraiga la atención de su hijo hacia otras cosas.

- Dirija la atención de su hijo hacia otra actividad al primer indicio de problemas o de inminente rabieta.
- Use palabras suaves en tono calmado para mostrar que se interesa por su hijo.
- Ayude al niño a hablar sobre sus sentimientos, en lugar de expresarlos a través de las rabieta.

### ¿Qué hacer frente a una rabieta?

#### 1. Mantenga la calma

Gritar sólo empeorará la rabieta. Mientras más quieto usted se mantenga, más rápido su hijo se calmará.

#### 2. No atienda las demandas

Hacer concesiones le puede enseñar a su hijo a utilizar las rabieta como un mecanismo para conseguir lo que quiere.

#### 3. Ignore la rabieta, si puede

Conozca los niveles de irritación o de enojo de su hija o hijo. Por ejemplo dígame: "Sé que estás enojado. Podemos hablar del tema cuando te calmes un poco". Manténgalo al alcance de la vista, pero continúe con lo que está haciendo hasta que su hijo se calme.

Algunos niños se calman poco a poco si son ignorados, mientras que otros no.



Rabietas que pueden ser ignoradas sin poner en peligro a su hija o hijo son aquellas que incluyen:

- Llantos, gritos, intentos de llamar la atención especialmente si son niños y niñas ya mayorcitos.
- Tirar puertas, lanzar objetos, golpear o patear cuando no daña o lastima a nadie o nada.

Rabietas que NO deben ser ignoradas:

- Aquellas en que su hijo está lastimándose a sí mismo, atacando a los otros, dañando cosas o frustrándose por ser ignorado.

En ese caso:

- Sostenga a su hijo, en un firme "abrazo de oso". Esto lo mantiene seguro y lo puede ayudar a retomar el control.
- Si el niño se enoja más cuando se le sostiene, llévalo a un lugar seguro y manténgase cerca. En ese caso deje que la rabieta pase sola.
- Si la rabieta es en un lugar público: Saque a su hijo de escena. Mantenga la atención en su hijo, no en lo que los otros puedan estar pensando. Puede ser que tenga que suspender su paseo, almuerzo u otra actividad.

### **Siempre mantenga la calma**

- Nunca, nunca, nunca golpee a su hija o hijo.
- Así le enseña al niño o a la niña a resolver problemas lastimando físicamente a los otros.
- Si se le golpea generalmente se calma por un corto tiempo. Sin embargo, al final esto puede irritarlo más.
- Puede que se comporte bien, cuando usted lo está observando, pero los golpes no le ayudan a aprender a controlarse.

Si usted siente que está perdiendo la paciencia:

- Cuente hasta 30.
- Salga y camine un poco o váyase a otra habitación si no es seguro o no tiene con quien dejar a su hija o hijo.
- Escuche algo de música o cante una canción.
- Llame a un amigo o familiar.
- Haga alguna cosa con las manos (hornee un dulce, dibuje o escriba sobre cómo se siente).

## ¿Qué hacer después de una rabieta?

Muestre su amor y apoyo. Empezar con "borrón y cuenta nueva"

- Abraze y sostenga a su hija o hijo: Esto le demuestra que usted no está enojado y le reafirma su amor.
- Estimúlelo positivamente: Si él se sobrepuso rápidamente a la rabieta, dígame: "Te calmaste o controlaste muy bien".

Maneje la situación que actuó como "gatillo o disparador" de la rabieta.

- Si su hijo se enojó porque usted no quiso darle algo, no se lo dé después de la rabieta.
- Si su hijo se enojó porque usted quería que él hiciera algo, sugiérole que los dos lo hagan juntos.
- Si él estaba con hambre, cansado o aburrido, maneje la situación resolviendo ese problema: déle una fruta, póngalo a descansar mientras le lee un cuento o le canta una canción.
- No castigue o le reclame a su hijo por haber tenido una rabieta. Ellos no tienen las rabietas intencionalmente para enojarlo o fastidiarlo a usted.

## Algunos consejos para prevenir e intentar controlar las rabietas

¿Qué hacer?:

- Háblele a su hijo sobre la buena conducta diariamente.
- Prepare a su hijo para cualquier cambio de actividad. Por ejemplo, si están en el parque o jugando, usted puede decirle: "Puedes jugar por cinco minutos más. Luego nos vamos".
- Antes de ir a un restaurante o tienda, recuérdale a su hija o hijo las reglas, como: "Quédate cerca de mí" o "Hay que hablar en voz baja".

¿Qué no hacer?:

- No discuta con su hijo. Ellos no están en capacidad de escuchar razones en medio de una rabieta.
- Nunca, nunca, nunca haga tratos u ofrezca recompensas para prevenir o detener una rabieta.
- No cambie las reglas establecidas para prevenir una escena.

Trate de hacer lo mejor posible, pero recuerde que algunas veces nada puede detener o evitar una rabieta. Sea paciente y deje que su hijo libere sus tensiones.

### ***Rabietas que pueden ser expresión de problemas más serios***

Algunas rabietas son la señal de que la niña o el niño, así como su padre o su madre, necesitan ayuda especializada.

Busque ayuda para su hija o hijo si:

- Sufre de rabietas más violentas o incontrolables después de los cuatro o cinco años o si tiene rabietas en la escuela.
- Esta deprimido por largos períodos de tiempo.
- Intenta, con frecuencia, hacerse daño a sí mismo o a los demás durante la rabieta.
- Tiene problemas para dormir, conciliar el sueño, tiene frecuentes pesadillas, sufre de dolores de cabeza o de estómago o si rehusa comer.
- No soporta y se resiste a ser separado del padre o de la madre.

Busque ayuda para usted o su pareja si:

- Con frecuencia se siente enojado o triste.
- Se siente sobrecargado por problemas cotidianos.
- Responde de manera violenta cuando su hija o hijo tiene una rabieta.
- Tiene miedo de lastimar a su hijo.
- Pierde el control y golpea a su hijo.
- Reacciona con gritos o con silencios ignorando a su hijo.

Dónde buscar ayuda:

- Con el personal de salud.
- En la escuela de su hijo.
- En su templo religioso.
- Con una amiga o un amigo.

Recuerde siempre:

- Las rabietas son normales en niños y niñas hasta los cuatro o cinco años.
- Hay que minimizar las frustraciones o enseñarles a tolerarlas para que tengan menos rabietas.
- Es necesario mantener la calma y responder de manera firme pero cariñosa cuando su niña o niño tenga rabietas.
- Enseñarle el valor de las cosas y de lo correcto y lo incorrecto.

# Aprendiendo a ir al baño

## Datos sobre este tema

- ❑ El control de los esfínteres, contrariamente a lo que muchos padres y muchas madres piensan, no depende de si los niños y las niñas son colocados a tiempo en la bacinilla o en el inodoro, de su voluntad de cooperación, o de decidir cuando sí o cuando no quieren hacer sus necesidades fisiológicas.
- ❑ El control de los esfínteres depende del desarrollo de algunas "conexiones" del sistema nervioso que toman su tiempo en madurar. En el desarrollo del control de los esfínteres hay marcadas variaciones individuales. Se podría decir que el proceso de control empieza, aproximadamente, a los 2 ½ años y termina cerca de los cinco años.
- ❑ Los padres y las madres, al igual que en otras facetas del crecimiento y desarrollo no deben presionar a sus hijos debido a que el control de esfínteres se logra poco a poco. Muchas habilidades no se desarrollan simultáneamente ni a igual velocidad. Así como hay infantes que caminan "temprano" pero hablan "tarde", hay los que controlan perfectamente sus esfínteres antes de que su padre y su madre piensen en el tema, pero que desarrollan su parte social y afectiva después. Por otro lado hay niños que están más avanzados en su conducta social con relación a otros de su misma edad pero que mojan la cama después de los cinco años o manchan su ropa interior; verifique si es por higiene deficiente o por pérdida del control de los esfínteres.

## El control de la vejiga durante los primeros seis años

- ❑ Al *mes* de nacido el bebé puede llorar durante el sueño cuando se moja y puede, algunas veces, despertarse.
- ❑ A los *cuatro meses* de nacido el número de micciones diarias (veces que orina) disminuye y el volumen de cada una aumenta. El bebé orina menos veces al día que cuando tenía cuatro semanas, pero orina una mayor cantidad.
- ❑ A los *siete meses* empapan los pañales y los intervalos en los que se mantienen secos van de una a dos horas de duración.
- ❑ A los *diez meses* el bebé puede mantenerse seco después de una siesta o de un paseo. Los padres y las madres pueden tener éxito temporal al colocarlo en la bacinilla o inodoro.

- ❑ Al *año de edad* el niño está generalmente, seco después de una siesta y no tolera estar mojado. Con frecuencia llama la atención hasta conseguir que se le cambien los pañales o la ropita interior.
- ❑ Al *año y medio* le gusta sentarse en el inodoro y responde en la mayoría de los casos, aunque a veces se resiste a orinar. El período entre las idas al baño puede durar hasta tres horas. A esta edad responde con un movimiento de la cabeza o con un “no” si se le pregunta si quiere ir al baño. Se avergüenza si no consigue controlarse y defeca la ropa. También suele ocurrir que se moja, mientras intenta quitarse la ropa para orinar.
- ❑ Al *año y nueve meses* generalmente dice que quiere orinar o a veces lo dice después de que está mojado.
- ❑ A los *dos años* de edad tiene un mejor control. No se resiste a las rutinas (orinar en las mañanas, antes de ir a jugar, después de las comidas, antes de ir a dormir la siesta, al despertar de la siesta y otros). Los niños de esta edad verbalizan su necesidad de ir al baño constantemente. Es necesario estimularles, reforzarles y reconocerles la buena labor cada vez que se mantienen secos y avisan que necesitan ir al baño.
- ❑ A los *dos años y medio* de edad el período entre las micciones es hasta de cinco horas. Los niños a esta edad pueden interrumpir y reasumir la micción.
- ❑ A los *tres años* los niños están bien adecuados a sus rutinas. Aceptan asistencia si la necesitan. Muchos aún tienen algunos accidentes (se orinan). La mayoría se mantiene sin mojarse la noche entera o puede despertarse en el medio de la noche y pedir que se le lleve al baño. Las niñas a esta edad quieren, algunas veces, orinar de pie igual que los varoncitos o viceversa.
- ❑ Entre los cuatro y los cinco años, los niños, asumen la responsabilidad de mantenerse secos, aunque necesitan que se les recuerde que deben ir al baño antes de salir de la casa. Hay muy pocos “accidentes” durante el día y ocasionales “accidentes” en la noche. Se despiertan en la noche y piden ir al baño.
- ❑ A los seis años ya controla perfectamente bien sus esfínteres. Los accidentes son muy raros y si ocurren es porque la niña o el niño está perturbado por algún problema específico o se encuentra alterado y se hace necesario buscar ayuda con el personal de salud.
- ❑ Si el niño ha controlado esfínteres y súbitamente se presentan los accidentes, de día o de noche, es necesario que los padres busquen ayuda con el personal de salud.



## Control del movimiento intestinal

- ❑ Entrenar a los niños para controlar su movimiento intestinal es una de las labores menos atractivas pero más necesarias de la paternidad o maternidad en los primeros años de vida.
- ❑ Los padres no deben empezar demasiado temprano a intentar controlar los horarios de movimiento intestinal y de defecar de sus hijos ni tampoco deben tomar muy en serio los "éxitos" o las "fallas" antes de los dos a dos años y medio.
- ❑ Cuando los bebés tienen de tres a cuatro meses de edad, la relación entre la alimentación y el movimiento intestinal puede ayudar a quien lo cuida a tener "éxito" en mantener la ropa del bebé limpia, pero no influye en el comportamiento del mismo.
- ❑ Entre los nueve meses y el año algunos bebés emiten sonidos vigorosos justo antes de defecar, sus caras se ponen rojas y observan a su padre o madre mientras defecan. Reconocer estas señales permite colocarlo justo a tiempo en la bacinilla o en el inodoro.



- ❑ Entre el año y el año y medio muchos niños y niñas no evidencian estas señales de alerta y defecan mientras están de pie en su cuna o corralito o mientras juegan.
- ❑ A los dos años de edad o un poco antes, algunos son capaces —si su madre o padre les quita la ropa interior o el pañal y se les deja cerca de una bacinilla o de un inodoro que puedan usar— de realizar sus necesidades por su cuenta. Apparently algunos niños y niñas se sienten más cómodos si se les desviste totalmente, incluyendo zapatos y medias.
- ❑ Cerca de los dos años y medio, muchos de los niños y niñas desarrollan un espíritu de privacidad sobre sus funciones fisiológicas. A partir de entonces relacionan bien los movimientos intestinales y la defecación.
- ❑ Sin embargo es importante tener en mente que esperar que el niño o niña tenga sus movimientos intestinales todas las mañanas es totalmente irreal.
- ❑ A partir de los tres años las tendencias en los niños y niñas es de movimiento intestinal después del almuerzo o después de la siesta.

## Información para la familia

### *¿Cuándo esperar que el niño se mantenga seco toda la noche?*

Parece haber una relación entre la capacidad o habilidad de un niño para que se mantenga seco durante la siesta y el desarrollo posterior de la capacidad de mantenerse seco toda la noche.

Normalmente, muchos bebés despiertan secos después de una siesta antes del año de edad. A los dieciocho meses (1 ½ años) muchos están razonablemente bien regulados, sin embargo el “éxito” de que se mantengan secos se logra al sentarlos en la bacinilla cada cierto período de tiempo y no porque el niño haya logrado regular y controlar la vejiga.

Cerca de los dos años de edad los niños pueden estar secos en la mañana si se les ha llevado al inodoro en el medio de la noche. Sin embargo, despertarlos en el medio de la noche perturba y altera su rutina de sueño y no es muy recomendable. Entre los dos y dos años y medio es importante, si despiertan secos, llevarlos al inodoro inmediatamente, pues de lo contrario pueden mojar la ropa.

A los tres años ya muchos de los niños se mantienen secos durante toda la noche. Hay que recordar que los niños se demoran un poco más en este proceso que las niñas.

Nos referimos a edades promedio. Se sabe que algunos niños y niñas controlan su vejiga sólo después de los tres años de edad y que en muchos

casos algunos sólo se mantienen secos con éxito llegados a los cinco o seis años.

Con toda seguridad, como afirmamos anteriormente, antes de que el padre o la madre empiecen a tener esperanzas de que su hijo se mantenga seco toda la noche, deben pasar por el periodo de que se mantenga seco durante la siesta.

### ***Niños y niñas que no se mantienen secos mientras juegan***

Un fenómeno conocido es el del niño o niña, generalmente niño, de tres a cuatro años de edad que no se mantiene seco mientras juega fuera de casa. Cuando sale a la calle con la madre o el padre de compras o de visita nunca tiene un "accidente" de este tipo. Generalmente los padres y las madres castigan este tipo de conducta, aunque esto no resuelve nada. La acción a seguir debe ser intentar entender que el niño hace esto por incapacidad de control y no intencionalmente.

Para un niño de esta edad, tres a cuatro años, resulta engorroso interrumpir su divertido juego, dejar a sus amiguitos y entrar a la casa... esto es pedirle demasiado. Los padres y las madres deben trabajar junto con el niño para ayudarle a controlar los horarios para que vaya al baño.

Lo que se puede hacer, haciendo un acuerdo con el niño, es que el padre, la madre o quien lo cuida lo llame cada cierto período de tiempo — se hace necesario que se sepa cuál es la frecuencia de su intervalo entre una ida al baño y otra— para prevenir los "accidentes". Esta práctica le ayudará a medir bien el punto en que se hace necesario interrumpir el juego temporalmente para satisfacer la necesidad.

## **Consejos**

### ***Aprendiendo a ir al baño***

- No ridiculice al niño o niña por no controlar sus esfínteres.
- Nunca se debe castigar ni llamar sucio o cochino a un niño por eventuales "accidentes", producto de no controlar sus esfínteres. No resulta fácil para ellos llegar al nivel de control de los adultos.
- El castigo puede hacer que el niño se sienta menospreciado o inferior y puede influir de manera negativa en su comportamiento y en el efectivo control de los esfínteres.
- Recuerde que el niño o la niña depende de la madurez de su sistema nervioso para tener la habilidad de mantenerse seco o de defecar en un horario establecido.
- No considere que es normal que el niño o la niña no controle sus esfínteres después de cumplidos los cinco años porque

el padre o la madre presentaron este problema hasta la adolescencia; controlar esfínteres no es hereditario.

- ❑ Es necesario enseñar a los niños —especialmente— los hábitos de higiene y la limpieza adecuada de los genitales después de orinar o defecar. Es importante enseñarles a lavarse las manos después de orinar o defecar.
- ❑ Nunca castigue a su hijo por jugar con sus heces. Si lo sorprende en esto, indíquele que no es correcto, lávelo y distraiga su atención con algo más entretenido.

# Conductas e intereses sexuales

## Datos sobre este tema

- ❑ Como en todas los temas que hemos tratado, en el área sexual existen las diferencias individuales. Estas diferencias son producto de las diferencias de temperamento, carácter, intereses o de la edad de niños y niñas.
- ❑ Hay niños y niñas que tienen gran interés en los temas sexuales y que lo manifiestan desde muy pequeños. No sólo preguntan sino que intentan obtener información y experimentar cosas por sí mismos.
- ❑ Otros tienen mediano interés en el tema y preguntan muy poco al respecto. Hay los intelectuales que necesitan mucha información temprana.
- ❑ Algunos niños y niñas prefieren una aproximación directa. Estos niños quieren y necesitan respuestas cortas y directas. Hay los que no se aproximan de manera directa a ningún tema y preguntan un poco hoy, otro poco un mes después y aceptan mejor la información sobre la sexualidad de los animales que de las personas.
- ❑ En todo caso en algún momento en la vida todo niño pregunta sobre sexo. El mejor consejo a los padres y las madres es tratar el tema con naturalidad. Para los niños y niñas hablar del sexo es tan natural como cualquier otra cosa. Por eso muchas veces pueden preguntar cosas como: ¿Por qué la luna sale de noche? ¿Qué hace mover los autos? ¿De dónde vienen los bebés?

## Información para la familia

### *¿Cómo hablar de sexo con los niños y las niñas?*

- ❑ El primer consejo para los padres y las madres es que hablen con sus hijas e hijos de manera natural sobre el tema. Es necesario pensar en el sexo como un tema para el cual están calificados para hablar.
- ❑ Lo importante es sentirse confiados y no avergonzados. Los padres y las madres deben saber que con toda seguridad conocen las respuestas a las preguntas de sus hijos. Lo que

se le responda a los niños y niñas es importante, pero más importante es el cómo se responda.

- ❑ El segundo consejo para los padres —y esta es una de las reglas más importantes— es que se basen en las preguntas de los niños y niñas para responder. Responder o dar la información específica que el niño o niña solicita es la mejor forma de evitar el error de hablar demasiado.
- ❑ Los niños y niñas preguntan lo que quieren saber. Si no entendieron preguntarán de nuevo; si la respuesta les provoca dudas, preguntarán para ampliar información. Si no preguntan más nada es porque en ese instante no desean saber nada más.
- ❑ El tercer consejo es no leer “entre líneas” las preguntas de niños y niñas. No se debe proporcionar detalles que no han sido solicitados. Especialmente esto sucede porque los padres y las madres piensan erróneamente que una vez respondida la pregunta el tema se agota “para siempre”. Si los padres y las madres responden de manera veraz y simple a sus hijos, ellos acudirán siempre que precisen de más información.
- ❑ Si los niños y las niñas notan tensión, incomodidad, medias palabras, evasiones, disimulos en sus padres y madres al abordar el tema, posiblemente vayan en busca de información en otro lugar. En ese caso en lugar de sentirse aliviados, los padres y las madres deben preocuparse por la calidad de información que sus hijos puedan estar recibiendo sobre un tema de vital importancia en sus vidas.

### Juegos sexuales

El interés en las actividades sexuales avergüenza y hace titubear a muchas madres y padres. Preguntas sobre el origen de los bebés también, pero no hay nada más devastador que las reacciones de los padres y las madres frente a los juegos sexuales de los niños.

Estos juegos son perfectamente normales y manifiestan la curiosidad de los niños y las niñas. Hay un breve recuento de algunas de las etapas de juegos sexuales que los psicólogos han observado en niños y niñas saludables, estables y completamente “normales”.

Conocer estas conductas puede ayudar a los padres y las madres a enfrentar estas situaciones de manera más calmada.

- ❑ A los *dos años y medio* los niños y las niñas muestran interés en las diferencias de posturas entre los sexos a la hora de orinar y se interesan en las diferencias físicas entre los dos sexos.
- ❑ A los *tres años* expresan verbalmente interés en las diferencias físicas entre los sexos y la diferente postura para orinar. Las niñas intentan orinar de pie.

- A los *cuatro años* son muy conscientes de sus órganos genitales. Bajo presión social pueden tocarse los órganos y sentir la necesidad de orinar. Juegan a mostrar los órganos sexuales, realizan juegos verbales sobre defecar y muestran interés en los cuartos de baño de las otras personas.

A esta edad exigen privacidad para sí mismos a la hora de ir al baño, pero están extremadamente interesados en las actividades de las otras personas.

- A los *cinco años* están familiarizados, pero no muy interesados en las diferencias entre los sexos. Muestran sus genitales mucho menos y son más modestos y reservados.
- A los *seis años* de edad los niños y las niñas manifiestan un marcado interés en las diferencias entre los sexos en lo que se refiere a la estructura corporal. A esta edad preguntan e investigan mucho.

Hay exhibicionismo en los juegos y en los sanitarios de las escuelas. Juegan al "doctor" o "doctora", se exploran y se toman la temperatura rectal.

Surgen las "risitas", los apodosos y los nombres relacionados con los genitales, con funciones de eliminación (micción y evacuación del intestino). En esta edad algunos niños y niñas están sujetos a juegos sexuales con niños o niñas mayores, o algunas niñas o niños pueden ser molestados por personas mayores lo que obliga a enseñar al niño a no permitir que persona alguna, excepto mamá o papá, debe tocar sus órganos genitales.



En algunos momentos se introducen objetos (granitos, palitos, bolitas) con riesgo para su salud sexual.

### ¿De dónde vienen los bebés?

Los niños y niñas de *tres años* de edad empiezan a tener interés en los bebés. Quieren que la familia tenga uno. Generalmente preguntan ¿Qué puede hacer el bebé cuando venga? ¿De dónde viene el bebé?

La mayoría no entiende cuándo se les dice que el bebé crece dentro de la mamá. Pero, entienden si se les dice que viene del hospital. Muchos, espontáneamente, creen que se "compra u obtiene" un bebé como un vegetal o fruta en el mercado.

Los niños y las niñas de *cuatro años* también preguntan ¿de dónde vienen los bebés? A esta edad pueden creer que crece dentro de la "barriga" de la mamá, pero también se mantienen en el concepto de que se le compra o consigue en una tienda.

Preguntan ¿Cómo el bebé entre y sale de la barriga de mamá? Muchos pueden creer que el bebé nace a través del ombligo de la mamá.

Los niños y niñas de *cinco años* tienen interés en los bebés y su origen. Ellos quieren tener su propio bebé y pueden dramatizar esto en sus juegos —colocándose bultos dentro de la ropa o jugando con muñecas.

Siguen preguntando ¿de dónde vienen los bebés? La mayoría acepta la respuesta de que los bebés vienen del "estómago" de mamá.

A los *seis años* la curiosidad aumenta y se diversifica. Niños y niñas de esta edad quieren saber sobre: el origen de los bebés, el embarazo y el nacimiento. Tienen, a esta edad, una vaga idea de la relación entre matrimonio o unión y nacimiento de los bebés.

Se interesan en el parto, quieren saber cómo exactamente el bebé "sale" de dentro de la madre y si duele. Algunos quieren saber como "empieza" el bebé. Aceptan la idea de que el bebé crece en el estómago de mamá y que empieza de una semilla.

## **Consejos**

### ¿Cómo responder a las preguntas de los niños?

Los padres deben responder las preguntas en relación con la edad del niño o la niña.

Deben aprovechar estas preguntas para brindar educación sexual y explicar de manera natural y sencilla sobre el amor y las relaciones sexuales. Por ejemplo:



“Los niños y niñas son producto del amor del papá y la mamá. Cada uno pone una semilla que se une en la barriga de la mamá, allí y por nueve meses el bebé crece. Cuando el bebé ha crecido lo suficiente nace por un orificio que tiene la mamá que se llama vagina. El bebé crece muy cerca del corazón de la mamá por eso la mamá lo quiere desde antes de nacer”.

- Converse** con sus hijos sobre sexo de forma natural. La actitud que usted tome respecto al tema influirá en ellos el resto de sus vidas.
- Proporcione** información veraz, sencilla y puntual.
- Procure** ceñirse a lo que su niña o niño le pregunte. No le dé respuestas muy largas, pues tienden a ser confusas.
- No reprima** las preguntas de su niña o niño que tengan que ver con sexo. Si lo hace, él buscará información en otra parte.
- No castigue** a su niña o niño por hacer preguntas sobre temas sexuales.
- No castigue** a su niña o niño si usted lo descubre en algún juego sexual. Hable con ellos sobre el tema. Si usted se alarma, escandaliza o lo reprime, su hija o hijo entenderá que el sexo es reprochable, obsceno y no natural.



- Usted** tiene la capacidad y el conocimiento para conversar con su niño sobre sexualidad. Muchas veces los niños y niñas preguntan sobre temas —como astronomía, armas nucleares o biodiversidad— en los que los padres y las madres arriesgan una respuesta no siempre veraz. ¿Por qué no responder de igual forma, con la ventaja de tener el conocimiento, sobre la temática sexual?
- Déjele** la iniciativa a su niña o niño. Muchas veces ellos no preguntan porque aún no tienen interés en el tema.
- Enséñele** a su niño o niña que ninguna persona, a excepción de papá, mamá o quien lo cuida, debe tocar sus órganos genitales.
- Enséñele** a su niño o niña que no debe dejarse tocar por personas desconocidas.

### **¿Qué hacer si encuentra a su hija o hijo en juegos sexuales?**

- No se escandalice.
- No lo reprima o castigue.
- No lo golpee.
- No lo ridiculice.
- Aproveche esta oportunidad para educarlo sobre el cuidado de su cuerpo y los riesgos a los que puede estar expuesto por el uso de objetos.
- Edúquelo en el cuidado de su cuerpo y la manipulación de personas extrañas o conocidas.
- Enséñeles los nombres correctos y adecuado de los órganos genitales.
- Conteste todas sus preguntas.
- Desvíe su atención con un juguete, juego u otra actividad.

### **Con afecto**

La información sobre sexualidad debe ir siempre acompañada de afecto. Los padres y las madres son responsables por transmitir a sus hijos la dimensión humana del sexo, pues los niños deben asociar la sexualidad al amor.

Es importante que niños y niñas conozcan la diferencia entre el sexo —como una actividad fisiológica— y una relación sexual, como una expresión de amor. Es también importante referirse al sexo con respeto, si queremos que ellos y ellas traten su sexualidad con respeto.

Los padres y madres deben evitar el excesivo formalismo al abordar el tema pero deben evitar el uso de términos peyorativos al referirse al cuerpo. Por ejemplo, se debe llamar a los órganos genitales —así como lo

hacemos con el resto del cuerpo— por su nombre y así se evitan confusiones y se da la información correcta.

### ***Los varoncitos también juegan con muñecas...***

Algunos niños juegan con muñecas. Ésta es una curiosidad natural y representa la posibilidad —si están rodeados de niñas— de ser incluidos en sus juegos. Los padres generalmente tienen reacciones violentas: "los niños que juegan con muñecas son 'maricas'..."

Esa reacción es contraproducente pues genera en el niño sentimientos de inadecuación y tiende a aislarlo de los demás. El padre debe reaccionar positivamente diciéndole al hijo que los hombres deben ensayar su futuro papel de padres y mostrarle que él, como papá, sabe cambiar un pañal y demostrar su afecto con besos y abrazos. Esto le enseña al niño que un hombre íntegro puede demostrar su afecto sin que eso menoscabe su identidad sexual.

# La hora de dormir

## Datos sobre este tema

Hacer que un niño o niña se vaya a la cama y hacerlo dormir, puede ser una tarea ardua y exasperante para cualquier padre o madre.

Algunas niñas y niños se duermen en el momento en que sus cabezas tocan la almohada y duermen profundamente la noche entera.

Otros niños y niñas desde su más temprana infancia tienen dificultades para dormir. Particularmente tienen dificultades para la transición entre estar despiertos y empezar el sueño.

Se debe tener siempre presente que esta "dificultad" para dormir es una real dificultad y no un percance intencional que el niño o niña colocan para mantenerse despiertos.

Teniendo esto siempre en mente, el papel del padre o la madre debe ser ayudar a su hijo a suavizar esta transición y no castigarlo por no poder dormir.

La mejor manera de "poner a dormir" o meter a la cama al niño o niña varía dependiendo de las diferencias individuales de cada uno de los infantes y de su edad. Lamentablemente, hay que decirles a los padres y las madres que no existe un método garantizado.

Algunos padres y madres no tienen establecida una hora para que sus niños y niñas se vayan a dormir. Acostumbran dejarles en la sala o en las áreas comunes de la vivienda hasta que tengan sueño.

Otros padres y madres están contra esta permisividad, que les roba tiempo en el que pueden conversar y estar con su pareja.

Algunas familias prefieren poner a los niños y las niñas en la cama antes de que estén preparados para dormir y terminan invirtiendo mucho tiempo en atender, responder y hasta ignorar las demandas por atención de los infantes.

Algunos padres y madres permiten, inadecuadamente, que sus hijos se acuesten a dormir en la cama de la pareja. Los niños se acostumbran y luego no pueden conciliar el sueño en su propia cama, sino en la de papá y mamá.

Dar al bebé pecho antes de dormir es un método efectivo para inducirlo al sueño. Recuerde no darle bebidas azucaradas y no dejar el biberón en la boca del bebé después de que se ha dormido, pues corre el riesgo de una bronco-aspiración que puede tener consecuencias fatales. Además este tipo de práctica perjudica la incipiente dentadura del bebé y produce caries.

La música suave provoca sueño en algunos bebés. Otros se duermen en la oscuridad pero también hay los que necesitan una luz tenue.

Lo que es cierto es que en el proceso de desarrollo de habilidades, los bebés desarrollarán métodos para dormir desde mecerse en la cuna hasta chuparse el dedo.

Los bebés no tienen generalmente dificultad para dormir. Es imprescindible que su padre y madre conozcan sus ritmos de sueño y vigilia.

Los problemas a la hora de dormir suelen empezar cerca de los dos años de edad.



## Información para la familia

### Las "peticiones" a la hora de dormir

**A los dos años de edad**

Los niños y niñas de dos años de edad, muchas veces se resisten a ser apartados de la familia y de la diversión para irse a la cama. Generalmente tratan de dilatar el momento de ir a dormir lo más posible. "Otro beso", "un vaso de agua", "ir al baño" o "un abrazo" son una muestra de las peticiones que pueden ser hechas para mantener la atención del padre o madre antes de que dejen al niño en su cama.

Aquello que los niños y niñas realmente desean —más que los objetos y las exigencias— es la presencia y atención continua de su padre o madre— algunos padres y madres son más pacientes que otros y algunos niños y niñas son más o menos exigentes que otros.

Ese ritual de la hora de dormir puede simplificarse si el padre o la madre, con base en la conducta de su niño, se anticipa a las peticiones más comunes. Por ejemplo, darle su beso de buenas noches, su vaso de agua, la ida a "hacer pipi" o "chichi", su juguete favorito, su manta favorita, leerle un cuento, darle las buenas noches y decirle, de ser necesario, que el padre o la madre no volverá a la habitación.

Si el niño es dócil o si el padre y la madre acostumbran ceñirse a las reglas que han establecido, el niño y la niña saben que la afirmación es en serio. Puede que llame a "papá" o a "mamá" un par de veces y al no obtener respuesta se duerma.

En caso de que no se duerma, las alternativas dependen de los padres y las madres. A veces ellos atienden una o dos veces más las peticiones de los niños y niñas y luego de eso los ignoran.

### Los "rituales" a la hora de dormir

Los rituales se acentúan a los dos años y medio. A esta edad a niños y niñas no les gustan la variedad ni los cambios. Todo debe estar en su lugar y aquello que se hizo el día anterior debe hacerse al siguiente.

Los rituales a la hora de dormir en este rango de edad pueden ser de una complejidad sorprendente. Desde la forma de decir buenas noches a todos los miembros de la familia, en un determinado orden, con una cantidad pre-establecida de besos para cada uno, hasta la preparación para meterse a la cama, el baño, el cepillado de los dientes, desvestirse y vestir la pijama. Esto sin contar los rituales una vez que el niño ya está en la cama. Las historias o cuentos que hay que leer, la música que necesita oír y otros.

Las posibilidades pueden ser muchas. Hay niños y niñas que antes de ir a dormir necesitan bañarse con ciertos juguetes favoritos y hay los que necesitan dejar sus cosas arregladas en un orden determinado en la habitación antes de meterse a la cama.

Los padres y las madres deben saber que estos rituales son importantes para los niños y en base a esto pueden controlar que no se vuelvan tan sofisticados y largos. Simplificar lo más posible estos rituales —que son naturales a esta edad— cansa menos a los padres y las madres, además de que al cumplirlos los niños duermen más tranquilos.

### La hora de dormir

Los problemas a la hora de dormir disminuyen significativamente de los tres años de edad en adelante.

- ❑ A los **tres años** pasar momentos tranquilos con música o leerles un cuento pueden ayudar a los niños a conciliar el sueño. Las actividades muy intensas o los juegos de gran exigencia física en lugar de agotar al niño pueden sobre excitarlo y provocarles insomnio.
- ❑ A los **cuatro años**, la situación puede simplificarse dejando a los niños mirar algún libro de imágenes, fotografías o pinturas que ellos escojan, para que luego apaguen su luz cuando se vayan a dormir.
- ❑ Entre los **cinco y los seis años** los niños pueden preferir colorear o leer, así como una corta conversación con su padre o madre.

**Actividades muy intensas, en lugar de agotar al niño o a la niña pueden provarle insomnio.**

### Algunos problemas relacionados con el sueño

Muchos niños y niñas por naturaleza duermen bien pero, infelizmente, algunos tienen problemas. Dormir poco, mal, tener sueño leve y despertar con sensación de cansancio son males que aquejan no sólo a las personas adultas, sino también a niños y niñas.

Si los padres y las madres conocen sobre estas alteraciones del sueño pueden ayudar a sus niños y niñas. Despertarse en medio de la noche es frecuente en todas las edades. Muchas veces el bebé se mantiene en la cuna y juega solo, y lo mismo sucede con los niños y niñas.

Si el bebé despierta y llora puede ser para llamar la atención sobre el hecho de que está mojado, tiene hambre o necesita compañía. En ese caso, cambiarle el pañal, un poco de comida o de pecho o quizás arrullarlo y cantarle surtan efecto. Sin embargo, si los episodios de llanto se repiten por muchas noches y resulta difícil tranquilizar a su bebé, busque ayuda con el personal de salud.

La mayoría de niños y niñas a los dos años de edad duerme profundamente la noche entera, sin interrupciones. Al llegar a los tres años la situación varía un poco. En medio de la noche, cuando la familia está dormida, algunos niños y niñas se levantan, juegan en su habitación, van al baño, buscan comida en el refrigerador, encienden la TV y si encuentran una puerta abierta, pueden hasta salir a la calle. Esta actividad no es dañina

ni es peligrosa si las puertas están bien cerradas y los objetos peligrosos y/o de valor están fuera del alcance de los pequeños.

Algunos niños y niñas se dirigen a la habitación de su padre y su madre y se meten a la cama con ellos. En la mayoría de los casos los padres y las madres sienten que la situación no es tan desagradable y que parece hacerle mucho bien a la niña o al niño. Generalmente, una vez que el niño se duerme, lo devuelven a su propia cama.

El hecho de ir a la cama del padre y de la madre puede persistir. Lo mejor es interrumpirlo antes de que se convierta en una costumbre difícil de romper. Se le puede decir al niño que no debe ir más a la cama de los padres. Esto puede implicar que llore y proteste las primeras noches, luego se habituará.

Muchos niños tienen pesadillas y hasta terrores nocturnos, que les hacen despertar asustados. Esto se hace más frecuente entre los 4 ½ y 5 años de edad. Algunas veces los niños o niñas gritan y tienen dificultad para salir del sueño aunque el padre o la madre estén con ellos. En otras ocasiones despiertan tan asustados que corren a la habitación de sus padres.

Como regla, no importa cuán aterrorizado esté el niño, el padre o la madre deben mantenerse en calma. Muchas veces les resulta difícil a los infantes volver a dormir y necesitan el apoyo y la compañía de su mamá o su papá. Si estos episodios son frecuentes es necesario buscar ayuda ya que algunas veces son la expresión de miedos o angustias del niño. Estos terrores no son provocados y los niños no los controlan.



# Los miedos

## Datos sobre este tema

- ❑ La mayoría de niños y niñas tienen miedos generalizados o algún miedo específico. Estos miedos pueden entrar a sus vidas producto de incidentes inesperados o de infelicidad, así como también porque alguien los amenace con el "hombre del saco", las brujas u otros personajes imaginarios o no imaginarios (perros, policías y demás).
- ❑ Los niños y niñas pueden presentar miedo a perder al padre o a la madre, sobre todo si han pasado por la experiencia de perder una mascota o un ser querido.
- ❑ Los padres y madres intentan proteger a sus hijas e hijos de cualquier incidente que asuste o pueda provocar perturbaciones en los pequeños.
- ❑ Resulta imposible proteger a los niños y niñas de todos sus miedos. En la medida en que crecen, ellos atravesarán una serie de miedos que irán superando.
- ❑ Cada niño es diferente con relación a sus miedos y a las edades que los enfrenta y los supera. Pero en general cada edad trae, muchas veces, sus miedos característicos.

## El miedo durante los primeros seis años

Ésta es una lista de miedos generalizados por edad. Recuerde que así como todos los otros temas, los miedos varían de un niño a otro. El secreto es observar al niño o niña para saber qué cosas le producen temor.

- ❑ A los **dos años** los pequeños tienen muchos miedos. Por ejemplo, pueden temer a los trenes, camiones y truenos.

Miedos visuales: temen a objetos grandes, colores oscuros, sombreros.

Miedos espaciales: un juguete o su cuna fuera del lugar de costumbre, una mudanza de casa, miedo de caer en el sumidero de agua o desagüe.

Miedos personales: partida de la madre o separación de la madre o del padre a la hora de dormir. Temen al viento y a la lluvia.

Temen generalmente a los animales salvajes.

- A los **dos años y medio** los niños y las niñas tienen algunos miedos, principalmente de tipo espacial: temor del movimiento o de que se muevan objetos que ellos sienten fijos (mobiliario principalmente).

Cualquier orientación diferente les causa temor, como cuando alguien entran a la casa por una puerta diferente.

Temen también la aproximación de objetos grandes como los camiones, trenes o aviones.

- Los miedos visuales son los predominantes en los niños y las niñas de **tres años** de edad. Temen a personas viejas o arrugadas, máscaras, personas extrañas.

Temen también a la oscuridad, a algunos animales, a los policías y ladrones, así como a la salida del padre o la madre en horas de la noche.

- A los **cuatro** años, los niños temen a los trenes, camiones y truenos. Temen a la oscuridad y a los animales salvajes. También sienten temor cuando el padre o la madre sale de casa en horas de la noche.

- A los **cinco años** los miedos son en su mayoría visuales. Los niños y niñas tienen menos miedo a los animales y a las personas extrañas o consideradas malas por ellos.

Los miedos se vuelven más concretos: miedo a lesiones corporales dañinas, caerse y golpearse, mordidas de perro.

Temen también a la oscuridad y que la madre o el padre no vuelva a casa.



- A los **seis años** los miedos aumentan. Los niños y niñas temen a los timbres, teléfonos, estática, voces sintetizadas o tonos feos de voz, ruidos de insectos y de pájaros.

Sienten miedo por lo sobrenatural —duendes, fantasmas y brujas. Miedo a que alguien esté escondido bajo su cama.

Miedos espaciales: a perderse, miedo del bosque.

Miedo a los elementos: fuego, agua, truenos y relámpagos.

Miedo de dormir solo en un cuarto o de ser el único en un piso o casa.

Miedo de que el padre, la madre o quien lo cuida no esté en la casa a la hora en que el niño o niña llegue.

Miedo de que alguna cosa haya sucedido o que estas personas cercanas estén muertas.

Miedo al terror transmitido por películas en la TV.

Miedo a lo desconocido, como la muerte.

También sienten miedo de que alguien los golpee.

Son valientes para grandes dolores pero temen pequeñas cortadas, ver sangre y las gotas nasales o en los oídos.

## Información para la familia

Los niños y las niñas pequeños/as superan pronto sus miedos si se sienten seguros en su hogar y confían en el cariño y protección de su padre, madre u otros familiares adultos.

Los padres y madres deben comprender y aceptar las emociones de los niños. Las emociones infantiles son muy vívidas e intensas y muchas veces los adultos las consideran exageradas. Los niños y niñas pueden tener miedo a las personas desconocidas y a la oscuridad y a veces se alteran mucho y lloran por causas insignificantes. A veces también experimentan una frustración e irritación exageradas cuando no son capaces de hacer alguna cosa o se les niega algo que desean.

Los padres y madres deben comprender y aceptar las emociones del niño. Los niños y niñas pueden desarrollar un carácter tímido y retraído, incapaz de expresar las emociones con normalidad, si se toma a broma, se castiga o se ignora su llanto, su enfado o miedo. Los padres aumentarán las posibilidades de que su hija o hijo crezca feliz y bien equilibrado si le tratan con paciencia y consideración cuando experimenta fuertes emociones.

*Para la Vida. Un reto en Comunicación. UNICEF, OMS, UNESCO, FNUAP.*

## Consejos

### ¿Qué hacer cuando su hijo o hija tiene miedo?

- Respete sus miedos.
- Pídale que comparta sus miedos con usted.
- Comprenda que el crecerá y superará la mayoría de sus miedos.
- Dé al niño o niña un período razonable de tiempo para alejarse de las cosas que le producen miedo antes de intentar hacer que se adapte a ellas.
- Proporcione la oportunidad de acostumbrarse a situaciones a las que teme poco a poco. Por ejemplo, si su hija o hijo teme a las alturas, acostúmbrelo a pequeñas elevaciones; si teme a los perros regátele un cachorrito.
- Analice los miedos de su hijo o hija en relación a su propia personalidad e intente familiarizarse con las clases de miedos que él ha experimentado en sus años de vida.
- Explíquelo el fenómeno de la muerte en el caso de personas y mascotas.
- Si el miedo de su hijo o hija por alguna situación u objeto determinado es muy grande y le causa problemas, si usted no puede encontrar las causas de ese miedo y el niño o niña no parece sobreponerse con el tiempo, busque ayuda con el personal de salud.

### ¿Qué NO hacer cuando su hijo o hija tiene miedo?

- Nunca se burle de sus miedos.
- No lo avergüence delante de los demás por sus miedos.
- No lo ridiculice por sus miedos.
- No lo fuerce a enfrentar los miedos antes de que esté preparado para hacerlo, a menos que como padre o madre usted esté seguro de que su hijo o hija lo está.
- No sea impaciente ni lo trate como un tonto o bebé porque tiene miedo.
- No asuma que es necesariamente culpa suya o de su niño que él tenga miedo.
- No sienta que es malo o anormal para su hijo o hija tener algunos miedos.

## **Miedo a la oscuridad**

El miedo a la oscuridad es uno de los más comunes y persistentes en la infancia. Generalmente empieza cerca de los dos años y medio y se mantiene de una forma u otra hasta la adolescencia. El miedo a la oscuridad se relaciona muchas veces con los miedos a la hora de dormir.

Niños y niñas temen las sombras en la pared, tienen temor de que algo o alguien esté bajo la cama o dentro del armario. El número, la variedad y la intensidad de estos miedos son diferentes dependiendo de cada niña o niño. Si su hijo sufre de miedo a la oscuridad es importante que usted trate su miedo, por más tonto que pueda parecerle, con apoyo y respeto. Por encima de todo, no se burle del niño ni de su miedo.

Para ayudar a niños y niñas a sobreponerse al temor a la oscuridad es recomendable colocar una luz tenue en la habitación donde duermen, o dejar encendida la luz del pasillo o corredor adyacente a la habitación.

A los niños y niñas de cuatro años se les puede dar una pequeña linterna para que la tengan consigo y la puedan encender si lo consideran necesario. Generalmente tener la linterna es suficiente razón para sentir seguridad y el niño no considera necesario utilizarla.

A medida que los niños, el miedo a la oscuridad ya no es tan fuerte pero aumenta el miedo a las sombras. Las sombras en la pared y en el cielo raso pueden parecerle figuras de fantasmas, ladrones, monstruos u otras aterradoras criaturas. Adecúe si es posible las luces externas, las cortinas o mude de lugar la cama del niño. Si no hay forma de evitar la sombras, muéstrole a su hija o hijo, cómo aparecen y se proyectan las sombras, enséñeles que son inofensivas. Así mismo explíquelo sobre los sonidos nocturnos. Muchas veces esos ruidos aterradoros y misteriosos son ranas o insectos.

*Child Behavior Iig, Ames and Baker. Harper & Row, New York, 1992.*

## **Miedo al agua**

El temor más común y temprano con relación al agua acostumbra a aparecer a la hora del baño. Esto puede suceder a cualquier edad, pero es más frecuente entre los dieciocho y los veinticuatro meses de edad. El niño o niña, de pronto, rehúsa bañarse y grita cada vez que se le aproxima una esponja.

Como regla, cuando esta conducta surge es mejor respetarla. Mientras más se fuerce a un niño a bañarse, más gritará y la resistencia aumentará.

Lo mejor es suspender la rutina de baño establecida por algunos días y asearlo en la tina colocada en la cocina, en el área de lavar o cerca de la ducha en el cuarto de baño. El tipo de baño, en esos días, debe ser de esponja, aproximándose siempre desde atrás. La duración del baño debe ser lo menor posible.

Los viejos remedios de meterlo a la ducha para que pierda el miedo o de avergonzarlo porque le tiene miedo al agua no ayudan a mejorar la situación y pueden aumentar la resistencia y los miedos de niños y niñas.

El temor al agua generalmente se supera a los siete años de edad y a esas edades a ellos les empieza a interesar las playas y las piscinas. Tenga paciencia y deje que su niño o niña se meta a la tina o a la ducha con su juguete preferido.



# La llegada de un nuevo bebé

## Datos sobre este tema

- ❑ Los padres y las madres generalmente no saben cómo decirle a su hija o hijo pequeña que va a tener un hermanito. Sin embargo, hablar sobre el tema con los niños y niñas es más fácil de lo que se cree.
- ❑ Al igual que al hablar de sexo, los padres conocen la información. Lo importante es hablar con el niño, calmados, de manera tranquila y dar la información de la manera más simple y clara posible.
- ❑ El secreto del éxito, para hablar con el niño sobre el nacimiento de un hermanito, está en no dar demasiados detalles y no darles la noticia muy temprano. Los niños y niñas muy pequeños —hasta los cinco o seis años— tienen una percepción del tiempo muy diferente a la de los adultos. Para ellos esperar seis meses hasta que nazca el bebé puede ser una eternidad.
- ❑ Se recomienda —salvo si el niño o niña pregunta— decirle que va a tener un hermanito en los últimos meses.
- ❑ Muchas veces los niños y las niñas tienen expectativa con el nuevo hermanito. Los padres deben darles información veraz para que no alimenten falsas esperanzas. Hay niños y niñas que creen que el recién nacido será una especie de juguete nuevo y divertido.
- ❑ Se hace necesario informar a los niños y niñas sobre el tamaño, fragilidad y falta de movilidad del futuro miembro de la familia y mencionarles que llorará mucho y que necesitará de cuidados y de protección.

## Información para la familia

La llegada de un nuevo miembro altera y modifica la estructura del hogar. Los niños y niñas de hasta cinco o seis años son muy sensibles a las variaciones dentro de la casa, sobre todo en su habitación.

Se hace necesario no darle la impresión al niño de que su cuna, su mesita de comer, su armario, su corralito y demás enseres les serán “decomisados” para ser entregados al nuevo miembro de la familia.

Es preferible no mover al niño de su cuna antes de los tres años. En todo caso si se encuentra cerca de los tres años y con un hermanito por llegar, es preferible conseguirle una cama y que se acostumbre a ella para luego “consultarle” sobre dejar “su vieja cuna” al bebé que está por nacer.

## Consejos

### Los celos

Muchos niños y niñas sienten que serán desplazados por el nuevo hermanito. Algunos pequeños sufren regresiones —quieren ser cargados aunque ya saben caminar, quieren que se les dé la comida a pesar de que manipulan perfectamente bien el tenedor y la cuchara—, otros lloran con frecuencia para ser atendidos inmediatamente y reclaman la atención de la madre o del padre cuando el nuevo hermanito está presente.

Existen niños y niñas que le dicen a sus padres que no gustan de su nuevo hermanito y piden a la madre que lo lleve de vuelta al hospital o que lo regalen. Otros adoran a "su" nuevo bebé y quieren vestirlo, cargarlo y jugar como si fuera su nuevo juguete.

Todas estas son manifestaciones normales de celos por la presencia de una nueva figura en el hogar. Las reacciones pueden ser más acentuadas si el niño o niña eran hijos únicos y sienten que pierden su exclusividad con el bebé.

Es importante que los padres no dejen de dar atención a su hijo mayor y sobre todo que le expliquen que el amor que sienten por él no ha disminuido ni se ha extinguido. Por otro lado es importante que el padre, la madre o quien cuida al bebé se mantenga pendiente, pues muchas veces y sin querer los niños y niñas de hasta siete años no son lo suficientemente "delicados o cuidadosos" y pueden causarle daño al bebé.

Generalmente, enviar al niño a un maternal, escolita o jardín de infantes si aún no está en edad escolar puede "curarlo" de los celos. Mantenerlo feliz, ocupado y atendido le distrae de sus sentimientos de inseguridad y le proporciona otras actividades y vivencias lo cual ayuda a reducir sus celos.



# Cómo hablarles sobre la muerte

## Datos sobre este tema

- ❑ Cuando y cómo abordar el tema de la muerte con los niños y niñas depende, principalmente, de dos cosas: de la interpretación personal que tengan el padre y la madre sobre el particular y de la edad de la niña o niño.
- ❑ Los niños y niñas muy pequeños —hasta los cuatro años— tienen una concepción limitada de la muerte y a menos que muera una mascota muy querida o un miembro de la familia cuya ausencia naturalmente extrañen, sus reacciones tienden a ser mínimas.
- ❑ A los cuatro años los niños y niñas tienen nociones muy limitadas sobre la muerte. Generalmente no expresan ninguna emoción particular, aunque pueden verbalizar una noción rudimentaria de la relación entre la muerte y la tristeza o el sentimiento de dolor.
- ❑ A los cinco años, algunos niños y niñas tienen un conocimiento un poco más detallado y puntual. Muchos reconocen la inmovilidad de la muerte y la identifican con "el fin".

## El tema durante los seis primeros años

- ❑ Antes de los cuatro años se hace muy difícil hablar de la muerte. Si alguna persona o una mascota muy cercana al niño o niña muere, se tendrá —inevitablemente— que abordar el tema. La explicación debe ser lo más simple posible.
- ❑ A los cinco años los niños y niñas tienen la noción de que vivirán para siempre y que sólo las otras personas mueren. A esta edad algunos creen en la reversibilidad de la muerte —las personas mueren por un tiempo y luego vuelven a la vida.
- ❑ A partir de los cinco años los niños y niñas empiezan a temer que su madre muera. Este temor se acentúa a los seis años.
- ❑ Muchos niños y niñas de cinco años generalizan la información sobre la muerte. Por ejemplo: si el padre de un niño de esta edad muere, él puede pensar que los papás mueren antes de los abuelos.

*A los seis años muchos niños y niñas creen que las personas mueren por un rato y ya...*

- A los seis años de edad, los niños y niñas aún no tienen claro que ellos morirán, pero relacionan la muerte con edades avanzadas y saben que las personas mayores "mueren primero". Existe alguna tendencia a mantener la creencia de la reversibilidad de la muerte.

## Información para la familia

Los niños y niñas pequeños aún no han aprendido a reaccionar frente a la muerte de la forma en que nuestra cultura lo exige.

Por eso muchas veces pareciera que son indolentes o desapegados. La verdad es que, además de no estar completamente socializados, no comprenden la dimensión ni el determinismo de la muerte.

Por eso en edades tempranas —hasta los seis años— no es recomendable que el niño o niña asista a servicios fúnebres, aunque esto depende de las costumbres del grupo familiar.

En todo caso se debe responder a las preguntas del niño o niña diciendo la verdad y hablándole de manera sencilla. Los padres madres deben estar preparados para enfrentar, en algunos casos, la ira o la tristeza de los niños que no se resignan a que la muerte es para siempre.



## Consejos

### Para hablar de la muerte

- ❑ Siempre diga la verdad. No diga cosas que su hija o su hijo tendrá que desaprender luego. Además de confundirlo, dejará de confiar en usted.
- ❑ Esté preparado para enfrentar de manera calmada la desesperación, el miedo, la tristeza o el desconsuelo de su hijo.
- ❑ No intente explicar todo en la primera ocasión. Su niña o niño volverá a preguntar.
- ❑ Deje claro que la persona o la mascota murió y que por ningún motivo esto tiene que ver con algo que su hija o hijo hizo o dejó de hacer. Aclárele a su niño que él no tuvo responsabilidad ni es culpable.
- ❑ No sienta que su hija o hijo necesita una explicación teológica elaborada sobre la muerte o qué sucede después. En la medida en que su niña o niño crezca compartirá las creencias religiosas en las que sea educado. No lo presione demasiado con los conceptos de "cielo o paraíso".

# Cómo hablarles del divorcio

## Nos vamos a divorciar...

Muchos niños y niñas ya escucharon esta frase en boca de su padre o de su madre. El "matrimonio indisoluble" no lo es tanto, y aunque muchas parejas tienen relaciones estables y duraderas, otras parejas deben aceptar que la decisión de unirse no fue buena o que el amor se acabó en el camino. ¿Qué sucede con los niños de estas uniones? ¿Cómo deben actuar los padres para que el divorcio o la separación no les afecte?

Para ese fin los padres deben tomar en cuenta algunas sugerencias básicas:

- Pese a la dolorosa o lamentable situación, coloque a su hija o hijo en el primer lugar.
- Intente mantener su vida cotidiana como siempre.
- No proyecte la hostilidad que siente por su ex-pareja en su hija o hijo. No le hable mal a su niño o niña de su padre o de su madre.
- Si es posible, el padre y la madre juntos deben hablar con el niño o niña sobre el divorcio o la separación.
- Explíquelo a su niño o niña que el divorcio o la separación no es por culpa de él. Que esto no está ocurriendo por algo que él hizo o dejó de hacer.
- Asegúrele a su hijo que ustedes —su padre y su madre— se están divorciando, pero que no se están divorciando de sus hijas o hijos. Deje claro que su padre —o si es el caso— su madre seguirá siéndolo, aunque no viva en casa.
- Hágales saber que la situación es definitiva para que no alimenten falsas esperanzas de reconciliación.
- Asegúrese de que sepan y hágales sentir a sus hijos e hijas que son lo más importante. Si el padre o la madre deja el hogar, el niño o niña puede temer que "todos" lo dejen y que nadie tomará cuenta de él. Hágale saber que eso no pasará nunca.

## Después del divorcio...

- No manifieste ninguna hostilidad hacia su ex-pareja, frente a su hija o hijo.
- No le haga sentir a su hija o hijo que debe tomar partido por alguno de los dos (el padre o la madre).

- ❑ No utilice a su hijo como un espía de la vida de su ex-pareja. No lo/a someta a un interrogatorio sobre las condiciones de vida de su ex-pareja después de la visita de fin de semana.
- ❑ No utilice a su hija e hijo como emisario o mensajero de temas como pago de pensión, dinero de escuela y temas similares.
- ❑ La visita del niño al padre o madre ausente exige, una vez que regresa al hogar, un período de reajuste. Acéptelo y no haga comentarios ni preguntas irónicas.
- ❑ La probabilidad de que usted, que tiene la custodia de su hija o hijo, se vuelva a casar es grande al igual que su ex-pareja. Su niño o niña tendrá entonces padrastro o madrastra y esto complica un poco más las relaciones familiares. Por esa razón es importante que el padre y la madre biológicos recuerden siempre dar atención a hijos.

# Conviviendo con la TV

## Datos sobre este tema

Desde la década de los años cincuenta hasta la actualidad, en diferentes países del mundo, centenas de investigaciones se han realizado intentando analizar los *efectos* que tiene la programación de la TV en los niños y niñas.

Estas investigaciones engloban los más diversos aspectos, como los efectos sobre la socialización (valores sociales, reglas y normas de convivencia social), conducta sexual, incorporación de estereotipos, consumo de alimentos, juguetes, ropas y accesorios, incorporación de la violencia, sometimiento a valores familiares, comportamiento afectivo, miedos e inseguridades, adquisición de conocimientos, diaria incorporación y desarrollo de la fantasía o ficción, construcción del imaginario y otros.

Además de analizar la influencia de la TV en las actitudes, la conducta y las necesidades de los niños y niñas, hay que entender que la familia es la primera institución social que debe influir en su comportamiento. La familia es el primer horizonte de interacción con el mundo y es ella la que determina conductas, hábitos y actitudes en el nivel socio económico del universo cultural y del lugar que ocupan los padres y las madres en la división del trabajo.

La importancia que la TV tenga para el niño depende de cuán importante ese medio sea para su familia, fundamentalmente, su padre, su madre y hermanos mayores. Los hábitos familiares en relación con la TV influyen en el comportamiento del niño frente a la TV.

La conducta que los niños y niñas tienen ante la TV es aprendida y ellos *se tornan en tele-espectadores*.

Los hábitos familiares más comunes en relación con la TV pueden ser definidos a través de: cómo, cuándo, qué, quién y con qué frecuencia se ve TV en el hogar. En función de las respuestas a estas simples preguntas se determina si es la TV la que domina las relaciones familiares o no.

La televisión es un factor muy importante en la vida de los bebés y de los niños porque ambos dependen mucho de la estimulación visual y auditiva para su desarrollo.

Tienen la televisión al alcance de sus sentidos, en sus casas y son muy sensibles al tipo de estímulo que el medio televisivo emplea —sonidos e imágenes.

Para los niños y niñas la televisión es la moderna narradora de historias de cuentos y de fantásticas historias épicas.

Estudios realizados con niños muy pequeños, en el seno de sus hogares, muestran que su relación con la TV depende de la relación que su familia tenga con el medio.

Algunas investigaciones han demostrado que las personas que cuidan a los niños y niñas menores de cinco años generalmente ignoran cuánto tiempo éstos ven TV diariamente y qué programas ven.

La TV generalmente es considerada como una “nana” electrónica pues en la medida que los niños y niñas se mantienen con los ojos en la pantalla se quedan tranquilos, “no molestan” y permiten que las personas que los cuidan realicen otras actividades “con tranquilidad”.

Muchas veces los contenidos que la TV transmite son incomprensibles para niños y niñas. En la ausencia de una persona adulta, los menores de cinco años terminan generando explicaciones que no son las más adecuadas.

Muchos de los miedos que se manifiestan a la hora de ir a dormir, pueden provenir de contenidos transmitidos por la TV que son inadecuados para los niños.

Además de esto, la TV transmite modelos, hábitos, conductas y valores inadecuados así como estereotipos que no corresponden a la realidad. Los niños pueden asumirlos como válidos y legítimos si no se les explica que lo que se transmite por la TV no es siempre verdad.

Se hace necesario delimitar y supervisar los productos de la TV que ven los niños, así como también variar el menú de las fuentes de información y diversión.

Nunca dejamos a nuestros hijos e hijas con personas extrañas. ¿Por qué, entonces, dejarlos en las manos de los Power Ranger, las Tortugas Ninjas o de Freddy Krueger?

## **¡Cuidado con los estereotipos!**

Existen muchas representaciones y comportamientos estereotipados en la TV que no corresponden a la realidad. Las personas adultas muchas veces tienen la capacidad de descifrarlos. Los niños y niñas por su poca experiencia pueden aceptar como “normales” comportamientos, realidades y actitudes que no son precisamente los modelos más aceptables.

- ❑ En los programas de TV aparecen pocas personas de la tercera edad y niños y niñas. Casi todos los personajes son de clase media y son personas delgadas. Los pocos personajes gordos que aparecen en la TV generalmente lo hacen en comedias o haciendo papeles cómicos; la mayoría de las personas que aparecen en la TV son blancas, ricas y famosas.
- ❑ En términos de comportamientos y hábitos: las bebidas alcohólicas son las más consumidas en la TV, la publicidad de productos comestibles de bajo valor nutritivo y ricos en grasas es realizada, contradictoriamente, por personas atléticas y algunos comerciales de cigarrillos relacionan simbólicamente los deportes a los fumadores y el consumo de alcohol a las personas que poseen dinero y éxito.

- ❑ Los personajes principales en la mayoría de las series y películas son normalmente hombres, las mujeres ejercen en la mayoría de los casos —a excepción de las novelas donde el drama y el llanto son el plato fuerte—, papeles secundarios en los cuales generalmente son sumisas amas de casa o están bajo la tutela y protección de un hombre.
- ❑ Los hombres toman sus decisiones y son independientes, mientras que las mujeres que trabajan fuera de casa no se sienten realizadas sin familia y sin hijos.
- ❑ Las cualidades más apreciadas en el hombre son la fuerza y la inteligencia mientras que las mujeres son valoradas por su apariencia física. Es decir la mujer no necesita inteligencia para conseguir lo que quiere ya que posee otras formas de persuasión.
- ❑ En el caso de las profesiones, las más frecuentes en la TV son las de abogados, médicos, detectives, policías, espías, bailarinas de cabaret y prostitutas.
- ❑ Todos los héroes y las pocas heroínas son solitarios y nunca pueden conciliar una vida familiar y afectiva con su profesión.
- ❑ Algunos grupos étnicos aparecen casi siempre, en la TV, en el papel de criminales o de marginales. En los Estados Unidos, donde se produce el 85% de lo que se consume en la TV de América Latina, ese papel correspondió a los negros, siendo sustituidos por minorías étnicas y extranjeros (latinoamericanos, árabes, italianos y asiáticos). En América Latina y el Caribe donde se produce muy poco de lo que se consume por TV, negros, indígenas y mestizos con frecuencia están ausentes de la programación y cuando aparecen lo hacen como subalternos o delincuentes.
- ❑ La violencia en la TV no corresponde a la realidad. La tasa de asesinatos, estupros, robos y violaciones a la ley supera, por amplio margen, a la violencia real. La extorsión y el chantaje son conductas “normales” y el “héroe” puede recurrir a ellas y a otros tipos de violencias sin sufrir ninguna punición.
- ❑ El sexo en la TV no es mostrado de forma natural. En algunos casos es asociado a la violencia o como medio de obtener favores o ganancias. Un 70% del sexo en la TV alude a la prostitución o a la extorsión. La vida afectiva entre personajes adultos no aparece representada, casi nunca, en la pantalla y el erotismo, generalmente, está despojado de afecto.
- ❑ Conductas como la infidelidad y las relaciones amorosas con más de una persona en la televisión son presentadas la mayoría de las veces como conductas “normales”.

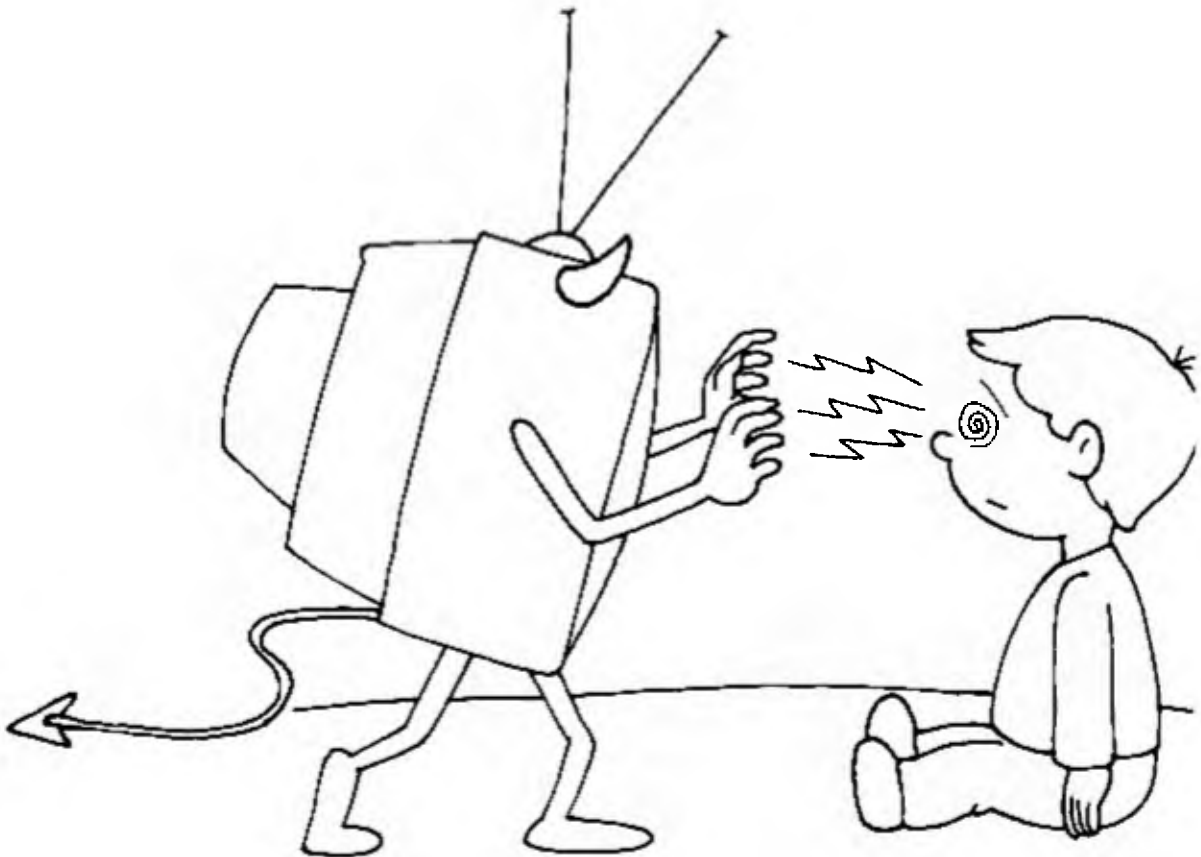


## La TV durante los primeros seis años

- ❑ Los bebés **menores de 6 meses** cuando miran la TV lo hacen de forma errática, no fijan la vista. Pocas veces dirigen su mirada sobre la pantalla de TV.
- ❑ Los bebés de **más de 6 meses** hasta los 18 meses dirigen su atención hacia donde la mayoría de la familia dirige su atención. Si la familia es televidente asidua, ellos mirarán la pantalla y prestarán cada vez más atención en la medida en que se hacen mayorcitos.
- ❑ Cuando los niños y niñas de **un año** de edad están en un lugar donde hay un TV prendido sólo le dedican el 6% de su atención. Eso equivale a tres minutos de cada hora.

A esta edad ya han agregado a su desarrollo algunas preferencias sobre lo que se muestra en la pantalla. Les gusta mucho los comerciales más que cualquier otro programa, sobre todo si aparecen otros bebés o niños. Esto se debe a la repetición y a las músicas o melodías que los animan.

- ❑ A los **dos años** el salto es significativo, los niños miran la pantalla un 40% del tiempo. Eso equivale a 24 minutos de cada hora.



Encender y apagar la TV y hacer *zapping* con el control remoto toma parte de la vida diaria de los niños y niñas entre los 16 y 24 meses. Al final de su segundo año de vida ya saben pedir el programa que quieren ver.

- ❑ Entre los **tres y cuatro años** la capacidad de concentrarse en un solo objeto o situación aumenta. Los niños y niñas dominan el control remoto de la TV y saben utilizar diversos equipos electrónicos (videograbadoras, grabadoras de audio y unidades de discos compactos). A esta edad le dan atención continua a la TV el 67% del tiempo. Esto equivale a 40 minutos de cada hora.
- ❑ A los **cinco años**, los niños mantienen su atención casi exclusivamente en los contenidos transmitidos por la TV, desatendiendo sólo el 25% del tiempo que la ven. Esto equivale a 45 minutos de atención continua por cada hora de transmisión.

## Información para la familia

Los niños y niñas menores seis años no distinguen claramente la diferencia entre realidad y fantasía.

La fantasía se construye en diferentes formas y estados: el inconsciente colectivo de Jung contiene fantasías míticas compartidas por la humanidad. Las fantasías lúdicas se realizan a través de los juegos y son necesarias para representar un papel en un momento específico. Las fantasías oníricas son aquellas que se manifiestan a través de los sueños por medio de imágenes simbólicas. También existen las fantasías que se tienen en el estado de vigilia.

Las fantasías en el estado de vigilia representan la construcción consciente de deseos, en los que se juntan lo real y lo imaginario. Muchas veces son mecanismos para evadir la realidad cuando no es atrayente.

Los niños y niñas usan la fantasía mucho más que los adultos y son capaces de vivir las más increíbles historias, ya que complementan toda su falta de información con fantasías.

La fantasía es un componente de extrema importancia en el desarrollo psíquico de niños y niñas y es un recurso para vivir emociones. En la fantasía como en la simulación, no existe decepción porque en ellas reina el principio del placer.

La TV ofrece fantasías ajenas al vivir y garantiza la satisfacción limitada y simulada de los deseos.

La TV, además de esos estímulos positivos, transmite contenidos con estereotipos y conductas que no son aceptables y que son susceptibles de influir a los niños y niñas en función de su corta edad y de su inexperiencia.

## **TV, disciplina, y tipo familiar**

Algunas investigaciones concluyen que el tipo de control o disciplina, al cual son sometidos los niños en casa, influye en la relación que éstos establecen con la TV. Analizando la relación entre disciplina e influencia de la TV, comunicadores norteamericanos estudiaron diversas familias, catalogándolas como inductivas y represivas.

En las familias inductivas, la disciplina se basa en el respeto, y los argumentos utilizados son la conversación y la persuasión. Las familias represivas utilizan recursos como la coacción, represión y castigo, sin utilizar argumentos racionales.

En las familias inductivas, los niños y niñas son menos susceptibles a creer en todo lo que la TV presenta, principalmente en los comerciales; en familias represivas por el contrario, los niños y las niñas creen con mayor facilidad en los contenidos presentados a través de la TV.

Los patrones de disciplina e interacción establecen también, entre el padre, la madre y los hijos, la manera en la que se incorpora a la cotidianidad lo que la TV transmite. Niños y niñas que tienen madres y padres con normas de disciplina tolerantes y más interactivos son menos afectados por las ofertas de la TV.

El patrón de disciplina establece también, entre el padre, la madre y los hijos, un tipo particular de comunicación. Las familias se dividen en: sociales (socio orientadas) y conceptuales (concepto orientadas).

En las primeras, la madre y el padre instan a sus hijos e hijas a mantener un clima de armonía en las relaciones interpersonales, evitando discusiones o cualquier forma de controversia en su expresión o conducta. En las segundas, por el contrario, los hijos y hijas son incentivados a expresar sus ideas y sentimientos, aunque sean controversiales y desafíen las creencias e ideas de los otros. Esta división no es excluyente, pues existen familias que no son enteramente "sociales" ni "conceptuales" sino una mezcla de ambas en proporciones variables. ¿Ya sabe que tipo de familia es la suya?

## **Consejos**

### **¡Sí!... hay vida más allá de la TV**

La TV deja de ser preponderante para niños y niñas si deja de ser fundamental para la familia. Enriquecer el horizonte de los niños y niñas implica exponerlos a otros tipos de actividades:

- Inculque y fomente el hábito de la lectura en sus hijos.
- Supla sus necesidades de historias mágicas contándoles y leyéndoles cuentos.
- Practique algún deporte o actividad recreativa con frecuencia.

- Desarrolle el área espiritual de sus hijos.
- Desarrolle sus habilidades para la música enseñándoles a tocar un instrumento.
- Mantenga o recupere la herencia cultural de la familia alentando a los abuelos para que hablen de su juventud.
- Realice con ellos excursiones, paseos y actividades al aire libre.
- Asista a obras de teatro, conciertos y exposiciones dirigidas al público infantil.

### **Todos juntos frente a la pantalla**

De los seis meses a los cinco años, vea la TV con sus hijos.

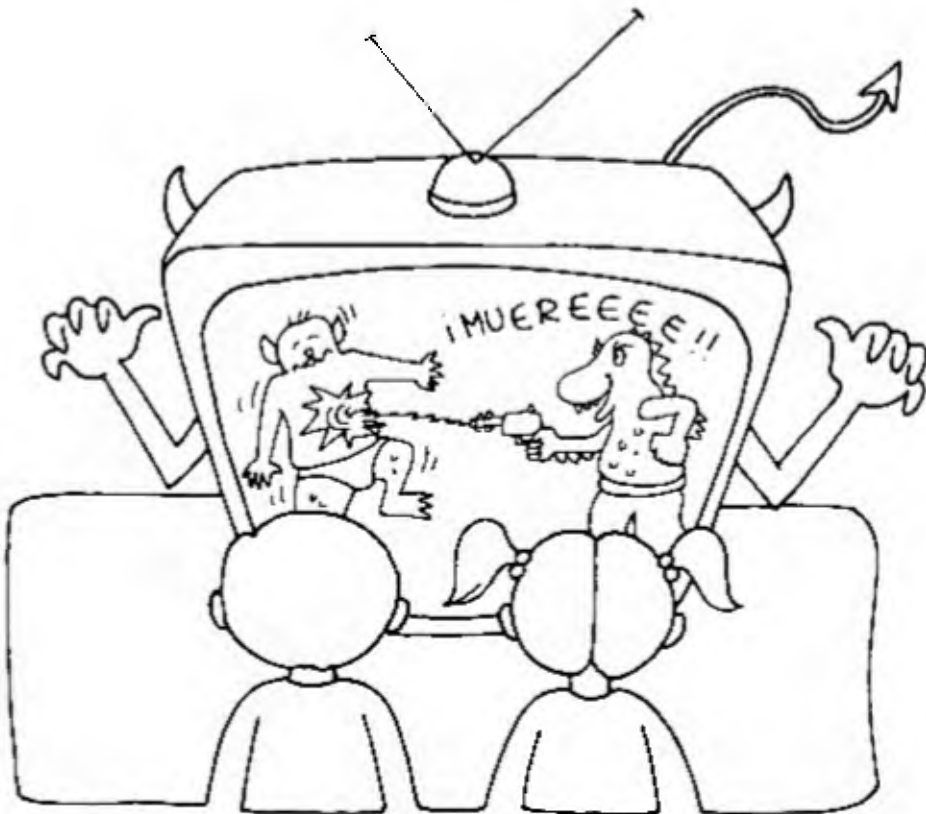
- Los niños y niñas hasta los cinco años necesitan ayuda para distinguir la realidad de la fantasía.
- Los programas que tienen relatos no lineales, con muchos cortes en la hilación y numerosos personajes colaterales les resultan incomprensibles.
- No pueden distinguir las claves que separan los elementos centrales en el relato de los accesorios. Para ellos todo tiene el mismo valor.
- No pueden establecer, en este rango de edad, relaciones causa-efecto. Por lo tanto, se confunden especialmente con los libretos donde la historia va para atrás u otras historias que se intercalan en la secuencia que están viendo.
- La compañía de un adulto permite que alguien les explique la información que resulta incomprensible y que los traiga "de vuelta" a la realidad, comentándoles que determinadas conductas y actitudes no son aceptables en la familia y en la sociedad, o que les diga que esos contenidos son fantasía.

### **Es adecuado para ellos y ellas**

- Programas que cuenten las historias claramente.
- Los cuentos mágicos, los mitos antiguos y las aventuras (de exploración, no de violencia).
- Programas educativos y documentales sobre los animales y la naturaleza.
- Programas protagonizados por animales que se comportan «humanamente», como *Lassie* y *Flipper*, que despiertan el cariño de los niños a los animales.

## No es adecuado para niños

- ❑ Las imágenes de desmembramiento. Los dibujos animados o las escenas con actores en donde las personas o animales son destrozados.
- ❑ En cuanto a los noticieros, las imágenes de personas heridas, las mutilaciones, accidentes y cadáveres que aparecen en ellos no son recomendables.
- ❑ Las serie donde se muestran episodios de la vida de «familias televisivas» requieren a esta edad de la compañía de los mayores. Es necesario que los adultos puedan señalar las semejanzas y diferencias entre lo que se ve en la pantalla y su propia familia.
- ❑ Programas, dibujos animados o comerciales con violencia excesiva o donde los personajes son adultos cínicos y/o crueles.
- ❑ Programas y contenidos con escenas de sexo implícito o explícito, los niños y niñas aún no entienden el significado de las relaciones sexuales y pueden formarse ideas erróneas.
- ❑ La televisión puede ser tan dañina o educativa como los padres quieran. Todo depende de las opciones que le den a sus hijos y de sus propias conductas.



- ❑ Los padres tienen una influencia mucho mayor que la de los amigos, amigas o la televisión y esto debe darles seguridad para actuar adecuadamente en la formación de sus hijos.
- ❑ **No** podemos cambiar los hábitos televisivos de niños y niñas mientras, como padres y madres, juguemos toda la tarde con el control remoto y usemos la televisión para que nos haga compañía.

### **La "dieta" de la Televisión**

1. Mantenga el consumo bajo control. Dosifique el tiempo que los niños y niñas ven la tele.
2. Prepare una dieta balanceada. Establezca tipos de programas que sean variados y adecuados.
3. Haga «ejercicio» después. Discuta, comente, use la información como estímulo para otras actividades.

*Dr. Milton Chen The Smart Parents Guide to Kids TV*

# Anexos

# Índice

## Anexos

<b>ANEXO A:</b>	
<b>Convención sobre los derechos del niño .....</b>	<b>301</b>
<b>ANEXO B:</b>	
<b>Listado de redes electrónicas en salud .....</b>	<b>310</b>



# **ANEXO A:**

## **Convención sobre los derechos del niño**

### **Presentación de los capítulos relacionados a la comunicación, salud y bienestar de los niños**

Los derechos de la infancia están plenamente estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño. Preparada durante diez años con el aporte de representantes de diversas sociedades, religiones y culturas. La Convención fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989.

Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, del 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.

#### **Preámbulo**

Los Estados Partes en la presente Convención,

Considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

Teniendo presente que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y que han decidido promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Reconociendo que las Naciones Unidas han proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los pactos internacionales de derechos humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición,

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales,

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad,

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión,

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad,

Teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño,

Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, «el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento»,

Recordando lo dispuesto en la Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional; las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing); y la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado,

Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que esos niños necesitan especial consideración,

Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo para la protección y el desarrollo armonioso del niño,

Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo,

Han convenido en lo siguiente:

## **Artículo 1**

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

## **Artículo 2**

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

## **Artículo 6**

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

## **Artículo 17**

Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán porque el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

1. Alentarán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29;
2. Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales;
3. Alentarán la producción y difusión de libros para niños;
4. Alentarán a los medios de comunicación a que tengan particular-

mente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena;

5. Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

### **Artículo 18**

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.
2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas.

### **Artículo 19**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

## **Artículo 23**

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.
4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva.
5. y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

## **Artículo 24**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
  - Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

- Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
  - Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
  - Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
  - Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
  - Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
  4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

### **Artículo 25**

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental, a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

### **Artículo 26**

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.
2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las

personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

### **Artículo 27**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquier otros arreglos apropiados.

### **Artículo 28**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:
  - a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
  - b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas, de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella y adoptar medidas apropiadas tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;
  - c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;

- d) Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas;
  - e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar.
2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño y de conformidad con la presente Convención.
  3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y de facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

### **Artículo 29**

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:
  - a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
  - b) Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;
  - c) Inculcar al niño el respeto de sus padres, de su propia identidad cultural, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;
  - d) Preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;
  - e) Inculcar al niño el respeto del medio ambiente natural.
2. Nada de lo dispuesto en el presente artículo o en el artículo 28 se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y de las entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 del presente artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.



### **Artículo 30**

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

### **Artículo 31**

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.
2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

### **Artículo 34**

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

### **Artículo 54**

El original de la presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los infrascritos plenipotenciarios, debidamente autorizados para ello por sus respectivos gobiernos, han firmado la presente Convención.

## **ANEXO B:**

# **Listado de redes electrónicas en salud**

A continuación presentamos un listado de páginas web de organizaciones que trabajan en el campo de la salud en el ámbito internacional, regional y por países que permitirá a los periodistas actualizar datos relacionados con cada uno de los temas que hacen parte del manual. No se trata de una lista exhaustiva, pero creemos que podría ser de gran utilidad para profundizar y ampliar la información contenida en el manual. La lista incluye las direcciones disponibles de las misiones por países de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud  
<http://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud-Argentina  
<http://www.ops.org.ar/>

Organización Panamericana de la Salud-Bolivia  
<http://www.ops.org.bo/>

Ministerio de Salud-Bolivia  
<http://www.sns.gov.bo/>

Organización Panamericana de la Salud-Brazil  
<http://www.opas.org.br/>

Organización Panamericana de la Salud-Chile  
<http://www.chi.ops-oms.org>

Organización Panamericana de la Salud-Colombia  
<http://www.col.ops-oms.org/>

Organización Panamericana de la Salud-Costa Rica  
<http://www.cor.ops-oms.org>

Organización Panamericana de la Salud-Ecuador  
<http://www.opsecu.org.ec>

Organización Panamericana de la Salud-El Salvador  
<http://www.els.ops-oms.org/>

Ministerio de Salud, El Salvador  
<http://www.mspas.gob.sv/>

Organización Panamericana de la Salud-Guatemala  
<http://www.ops.org.gt/>

Organización Panamericana de la Salud-Honduras  
<http://www.paho-who.hn/>

Secretaría de Salud-Honduras  
<http://www.paho-who.hn/ssalud.htm>

Organización Panamericana de la Salud-México  
<http://www.mex.ops-oms.org>

Organización Panamericana de la Salud-Nicaragua  
<http://www.ops.org.ni/>

Organización Panamericana de la Salud-Panamá  
<http://www.pan.ops-oms.org>

Organización Panamericana de la Salud-Paraguay  
<http://www.par.ops-oms.org/>

Organización Panamericana de la Salud-Perú  
<http://www.per.ops-oms.org/>

Organización Panamericana de la Salud-República Dominicana  
<http://www.dor.ops-oms.org>

Organización Panamericana de la Salud-Uruguay  
<http://www.onunet.org.uy/>

Organización Panamericana de la Salud-Venezuela  
<http://www.ops-oms.org.ve/>

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano  
(CLAP)  
[www.clap.hc.edu.uy](http://www.clap.hc.edu.uy)

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)  
[www.incap.org.gt](http://www.incap.org.gt)

Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)  
<http://www.cepis.ops-oms.org/>

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)  
<http://www.carec.org/>

Organización Mundial de la Salud-OMS  
<http://www.who.org>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF  
<http://www.unicef.org>

Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer  
<http://www.unifem.undp.org/>

Programa de las Naciones Unidas para la Prevención del VIH/SIDA-  
ONUSIDA  
<http://www.unaids.org>

Fondo de las Naciones para la Población  
<http://www.unfpa.org/>

Centro para el Control de las Enfermedades  
<http://www.cdc.gov>

Federación Internacional para la Planificación Familiar  
<http://www.ippf.org>

Liga Internacional La Leche  
<http://www.lalecheleague.org>

Save The Children Fund (Uk) (Scf)  
<http://www.savethechildren.org.uk>

# **Bibliografía**

# Bibliografía

- Ashmore, R. *Thinking about the family: views of parents and children*. 1986.
- Brazelton, T. B. *Infants and mothers*. Dell Publishing. New York, 1983.
- Brazelton, T. B. *Toddlers and parents*. Dell Publishing. New York, 1989.
- Brazelton, T. B. *Touchpoints. Your child's emotional and behavioral development*. A Merloyd Lawrence Book. 1994.
- Childtime Children's Centers. *The ABCs of choosing child care*. 1996.
- Clarke-Stewart, A. *Child care in the family: a review of research and some propositions for policy*. 1977.
- Cohen, M. *Understanding and nurturing infant development*. 1975.
- Cristo para todas las Naciones. *Como disciplinar a los hijos*. CPTLN. Panamá, s./d.
- Cummings, E. *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. 1995.
- Derksen, D. et al. *Children and the influence of the media*. 1994.
- Dixon, D. *A máquina dos sonhos. Imaginário e cotidiano de dois grupos de crianças espectadoras de TV*. Tese de mestrado. IMS. São Paulo, Brasil. 1993.
- Dunn, J. *Young Children's Close relationships beyond attachment*. Sage Publications. 1993.
- Debus, M. *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Academy for Educational Development. s./d.
- Cummings, E. *Children and marital conflict: the impact of family dispute and resolution*. 1995.
- Ebrahim, G. *Practical mother and child health in developing countries: a manual for the community*. 1990.
- Frost, J. *Developing programs for infants and toddlers*. Association for Childhood Educational International. 1975.
- Furman, E. *Preschoolers: questions and answers: psychoanalytic consultations with parents, teachers and caregivers*. 1995.
- Greenspan, S. et. al. *First feelings*. Penguin Books. New York, 1985.
- International Consultation on the Control of Acute Respiratory Infections (ICCARI). *Childhood Pneumonia: strategies to meet the challenge*. 1991.
- Ilg, F. L. et. alii. *Child behavior*. Harper Collins. New York, 1992.
- Klass, P. *Taking care of your own*. Whittle Direct Books. 1992.
- Krueger, M. *Choices in caring: contemporary approaches to child and youth care work*. 1990.

- Leach, P. *Children first*. Vintage Books. New York, 1994.
- Levit, J. *Oftalmología del recién nacido*. Fundación Mirar. Santiago de Chile, 1995.
- March, J. *La generación TV*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España. 1994.
- Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social. *Programa integral de atención a la niñez. Manual de normas ambulatorias de niños de 0-5 años*. República de Panamá. 1995.
- Muttalib, M. *Child development: a study in health culture of low income urban settlement*. 1990.
- PAHO. «Multi-year plan for salt fluoridation programs in the Region of the Americas.» *Bolivia, Dominican Republic, Honduras, Nicaragua, Panamá, Venezuela*. May, 1996.
- Pillemer, K. *Parent-Child relations throughout life*. 1991.
- Peyrú, G. *Papá, ¿puedo ver la tele?* Editorial Paidós. Argentina, 1993.
- Office of Health Promotion. *Our new understanding of health*. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. s/d.
- OPS/OMS. *Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. 1996.
- OPS/OMS. *Cuadernos de la Representación OPS/OMS en Panamá. Vol. 6., No. 6. Salud y desarrollo local: Los Municipios Siglo XXI, enero - junio 1996*.
- OPS/OMS. *Curso sobre habilidades de supervisión. Manejo del paciente con diarrea*. 1995.
- OPS/OMS. *Curso sobre habilidades de supervisión del programa*.
- OPS/OMS. IRA. *Atención del niño con infección respiratoria aguda. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. No. 21*. 1992.
- OPS/OMS. *Enfermedades diarreicas. Prevención y tratamiento*. Washington, 1995.
- OPS/OMS. *Guía sobre educación y participación comunitaria en el control del crecimiento y desarrollo del niño*. Washington, D.C. 1988.
- OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1994. Vols. 1 y 2. Washington, D.C. 1994.
- OPS/OMS. *Material de apoyo para la promoción, protección y vigilancia de la salud del niño*. 1994.
- OPS/OMS. *Manejo y prevención de la diarrea. Pautas prácticas*. Ginebra, 1994.
- OPS/OMS. *Promoción y educación de la salud escolar. Una perspectiva integral: marco conceptual y operativo*. Washington, 1995.
- OPS/OMS. *Reunión de evaluación del estado de avance de los planes nacionales de acción para el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*. Brasilia, 1992.

- OPS/OMS. *Sarampión. Fuentes Internet seleccionadas para la biblioteca de la sede*. 1996.
- OPS/OMS/CLAP. *Atención prenatal del parto y de bajo riesgo*. Montevideo, 1991.
- OPS/OMS/INCAP. *Alimentación infantil. Bases fisiológicas*. James Akre Editor. Guatemala. 1992.
- OPS/OMS/Unicef. *Curso de capacitación. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Cuadros de procedimientos*. Versión preliminar. 1996.
- PAHO/Division of Health Promotion and Protection. *National communication policies relating to children's television programs, violence, tobacco advertising and genders issues*. Washington, D.C., 1996.
- Public Health Social Work. *Promoting family health in the 1990's: strategies for Institute public health social work: based on the proceedings of the 1990 Public Health Social Work Institute*. 1995
- Restrepo, H. et alii. *La experiencia de América Latina en municipios saludables*. OPS/OMS. Madrid, 1995.
- Schwarcz, R. et alii. *Atención prenatal y del parto de bajo riesgo*. OPS/OMS, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo, 1991.
- Scriptographic. *Good ways to raise kids. Firm, but fair*. Channing L. Bete Co. Maryland, 1992.
- Scriptographic. *Women, pregnancy and folate*. Channing L. Bete Co. Maryland, 1996.
- Scriptographic. *About keeping your child healthy*. Channing L. Bete Co. Maryland, 1984.
- Scriptographic. *About temper tantrums*. Channing L. Bete Co. Maryland, 1994.
- Scriptographic. *Keeping your baby safe*. Channing L. Bete Co. Maryland, 1996.
- Scriptographic. *When you child misbehaves*. Channing L. Bete Co. Maryland, 1994.
- Sharma, Poonam et al. *Fundamental of child development and child care*. Sterling Publishers Private Ltda. 1990
- Shulman, J. *Anticipatory guidance: an idea whose time has come*. 1987.
- Singer, E. *Child care and the psychology of development*. 1992.
- Unicef. *Estado mundial de la infancia, 1996*. Unicef. New York. 1996.
- Unicef. *Informe anual, 1994*. Unicef. New York. 1994.
- Unicef, OMS, Unesco, Fnuap. *Para la Vida*. Unicef. Barcelona, 1993.