





### CENTRO DE NEURODESARROLLO INFANTIL













<mark>Cen</mark>tro de Desarrollo Infantil y Atención Tempra<mark>na</mark>

Potenciando Capacidades

### **SALUDO**

La **prevención** de enfermedades y la promoción del **desarrollo** infantil, así como la facilitación de las condiciones para una vida **digna**, son los pilares básicos que nos sostienen como personas y como profesionales de la **Fundación** Salud Infantil.

Ser conscientes que ante una discapacidad, un problema familiar o de salud, la atención desde una vertiente preventiva y/o asistencial con un enfoque multidisciplinar y coordinado con las diferentes instituciones, garantiza un Servicio integral y de calidad.

En consonancia con lo expuesto y en defensa de los derechos humanos y la protección de los más débiles como son los **Niños**, surge la Fundación Salud Infantil en el año 1997. Desde sus inicios y hasta hoy, ha ido poniendo en marcha programas, todos ellos basados en la población **infanto-juvenil.** 

**PRESIDENTE** 

DR. FERNANDO VARGAS TORCAL

Presidente de la Fundación Salud Infantil Jefe del Servicio de Pediatría del HGU de

**DIRECTORA** 



EVANGELINA TORRES CARREÑO

Directora de la Fundación Salud Infantil

DIRECCIÓN DE LA REVISTA



JÉSSICA PIÑERO PEÑALVER

Psicóloga.
Coordinadora Técnica
de Programas de la
Fundación
Salud Infantil.
Profesor asociado
de la Universidad de
Alicante y colaborador
de laUNED de Elche.

CO-DIRECCIÓN DE LA REVISTA



ANA BELÉN CANDELA SEMPERE

Psicóloga.
Coordinadora
del Programa
de Atención
Temprana y del
Programa Hospital
desarrollados por
la Fundación Salud
Infantil.

CO-DIRECCIÓN DE LA REVISTA



GENOVEYA MARTÍN BLANC

Responsable de prensa y comunicación. Coordinadora de la Unidad del Respiro Infantil.

### **SUMARIO**

INTRODUCCIÓN	LA FUNDACIÓN QUÉ ES LA FUNDACIÓN SALUD INFANTIL
	NOTICIAS ACTUALIDAD DE LA FUNDACIÓN
	PRESENTACIÓN "EN LA VANGUARDIA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA"
CENTRO DE	A-UNIDAD HOSPITAL ¿CÓMO SE TRABAJA EN EL HOSPITAL?
NEURO-	A-UNIDAD HOSPITAL EL DESARROLLO DE MI HIJ@
DESAROLLO INFANTIL:	A-UH: OPINIÓN BEIKOST EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO
CDIAT	B-UNIDAD ATENCIÓN TEMPRANA ¿CÓMO INTERVIENE LA PSICOLOGA CON EL NIÑ@?
	B-UAT: OPINIÓN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
A CONTRACTOR	24 B-UAT: OPINIÓN INTERVENIR EN ENTORNOS NATURALES
	<b>Q</b> B-UAT: PAUTAS
	PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SUEÑO EN NIÑOS  B-UAT: TERAPIA DE PSICOMOTRICIDAD ¿QUÉ ES LA TERAPIA DE PSICOMOTRICIDAD?
	B-UAT: OTRAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS TERAPIA ASISTIDA POR OTÁRIDOS. ASIENTOS PÉLVICOS
	C-UNIDAD TERAPIA ACUÁTICA iTODOS AL AGUA!
	D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL ¿QUÉ ES LA UNIDAD DE RESPIRO INFANTIL?
	D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL UN DÍA EN EL AULA
	48 D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
	5 D-URI: PROYECTO PSICOLÓGICO
	CONOCE A TU HIJO  D-URI: OPINIÓN
CENTRO DE NEURODESARROLLO INFANTIL POTENCIANDO CAPACIDADES	ALIMENTACIÓN SALUDABLE UNIDAD ESTIMULACIÓN SENSORIOMOTRIZ
OTRAS	¿QUÉ ES LA UNIDAD DE ESTIMULACIÓN SENSÓRIOMOTRIZ?  ESCUELA DE VERANO
Y ADEMÁS	LAS FAMILIAS HABLAN
T ADEMAS	LA HISTORIA DE ALMA  CURJOSIDADES DE NUESTRA CIUDAD
	GESTIÓN INTEGRADA DEL AGUA EN LO OASIS, EL CASO DE ELCHE  LIBROS RECOMENDADOS
	RECUSOS TÉCNICOS  LIBROS RECOMENDADOS
	PRÓXIMOS EVENTOS CIENTÍFICOS
	COLABORA CON NOSOTROS
	BOLETÍN DE SÜSCRIPCIÓN
Si	UNA REVISTA EDITADA POR:





### **FUNDACIÓN SALUD INFANTIL**

Paseo de la Juventud, s/n 03201 Elche (Alicante) **Tel.: 966 661 529** 

Fax: 965 468 547 www.fundacionsaludinfantil.org



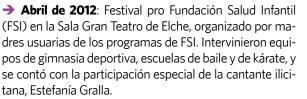
DISEÑO Y MAQUETACIÓN: **PONLE TILDES** 

Diseño Gráfico Tel.: 617 45 32 85 ponletildes@gmail.com www.ponletildes.blogspot.com



### CONVENIOS SUSCRITOS POR FUNDACIÓN SALUD INFANTIL >>

- → Convenio de colaboración con la **Universidad de Murcia** desde, 1998.
- → Convenio de colaboración con **Pikolinos Intercontinental SA** desde, 1999.
- → Convenio de cooperación educativa con la **Universidad de Educación Nacional a Distancia**, centro asociado de Elche, desde 2000.
- → Convenio de colaboración con los departamentos de **Psicología y Fisioterapia de la Universidad Miguel Hernández de Elche** para el desarrollo de prácticas, desde 2002.
- → Convenio de colaboración entre la **Conselleria de Sanitat** (Hospital General Universitario de Elche) y la **Fundación para la Salud Infantil de la Comunidad Valenciana**, desde enero de 2003.
- → Convenio entre el **Ayuntamiento de Elche** y Salud Infantil que fija la cesión provisional de las instalaciones municipales, sitas en Paseo de la Juventud, 3, para la sede de la fundación. Febrero de 2004.
- → Convenio entre el **Ayuntamiento de Elche** y Salud Infantil destinado a fijar el uso de las piscinas municipales para realizar el programa de terapia acuática de la fundación. Enero 2011.
- → Convenio de colaboración con los departamentos de **Magisterio y Fisioterapia de la Universidad CEU-Cardenal Herrera de Elche** para la realización de prácticas del alumnado.
- → Convenio de colaboración con el **IES Victoria Kent** de Elche para la realización de prácticas del alumnado del ciclo formativo de Educación Infantil.
- → Convenio de colaboración con **Academia Ripollés** para la realización de prácticas del alumnado de los ciclos formativos de Comercio y Administración.



- → Mayo de 2012: Festival de la Unidad de Atención Temprana de la Fundación Salud Infantil, en la Sala Gran Teatro de Elche.
- → **Diciembre de 2012**: Elaboración y venta de los calendarios de FSI, con la colaboración de diversos equipos de deportes base de Elche.
- → **Febrero de 2013**: I Torneo Benéfico de Pádel Salud Infantil, organizado por madres usuarias de la fundación, en las instalaciones de Tie Break, en Crevillent.
- → **Abril de 2013**: Dorsal solidario de la Media Maratón de Elche.



### **←**NOTICIAS

- → **Junio de 2013**: Festival de la Unidad de Atención Temprana de la Fundación Salud Infantil, en la Sala Gran Teatro. Día 6.
- → Junio de 2013: Festival pro Fundación Salud Infantil organizado por la Escuela de Baile Beatriz Arín de Elche. Día 13, Sala Gran Teatro de Elche.
- → Junio de 2013: Fiesta del Patín, organizado por Escuela de Patinaje de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Donativos para Fundación Salud Infantil.
- → Octubre de 2013: Congreso de Atención Temprana. Día 5. Organiza la Fundación Salud Infantil, en colaboración con la Universidad Miguel Hernández. Lugar: Aula Magna de la Universidad Miguel Hernández. Presentación del libro "Manual de Atención Temprana en el Ámbito Hospitalario".



← PARA MÁS INFORMACIÓN, VISITE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.fundacionsaludinfantil.org BÚSQUENOS EN NUESTRO FACEBOOK → C

### **PRESENTACIÓN**

## En la vanguardia de la Atención Temprana

FERNANDO VARGAS
PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN

EVANGELINA TORRES
DIRECTORA DE LA FUNDACIÓN

El espíritu de la fundación es ofrecer en todo momento la mayor calidad posible en la atención en cada uno de los programas y por los mejores especialistas. Para ello se realizan cursos de actualización y de formación para todo el personal, tanto con recursos propios como externos en instituciones que consideramos relevantes o de especial interés.

Igualmente pretendemos incorporar progresivamente nuevos programas o nuevas líneas de actuación, que complementen el trabajo que realizamos actualmente, como abrir nuevas líneas de tratamiento en beneficio de la salud física y mental de nuestros niños.

En este sentido se ha abierto un estudio de diagnóstico y tratamiento de los niños afectos de déficit de atención con o sin hiperactividad. En el aspecto del diagnóstico se realiza una técnica de análisis de la actividad cerebral mediante un registro similar al electroencefalograma. Se le coloca al niño un artefacto con 20 electrodos y se obtienen una serie de trazados que se graban en el ordenador, y luego son procesados mediante un complejo sistema informático que obtiene unas curvas que se comparan con registros de población sana. De esta forma se con-

firma si el niño sufre un TDAH, u otro tipo trastorno de conducta, y se identifica que tipo de alteración padece dentro de las seis variantes posibles. De esta forma se identifica perfectamente el proceso, y se indica el tratamiento específico para cada caso.

Es una técnica novedosa en la que están trabajando muy pocos equipos en el país. Como complemento al tratamiento disponemos de un método de estimulación eléctrica transcraneal de bajo amperaje, sin ningún riesgo para el niño y claramente efectivo para mejorar la evolución, el comportamiento, y en ocasiones prescindir si es posible de la medicación.

Otra línea que intentaremos poner en marcha en breve es un programa de preparación al parto. El equipo que disponemos de psicólogos, fisioterapeutas y personal de enfermería y médico, intentará formar a las futuras madres en todo los detalles de su embarazo y futuro parto, la prevención de complicaciones y la solución para problemas o dificultades que surjan a lo largo de su proceso.

Este programa se complementaría con los cuidados que requerirá el recién nacido y la posibilidad de incluirlo en un proyecto de neurodesarrollo in-



fantil para niños sanos, que potencia y estimula todas sus capacidades físicas y neurológicas.

En el aspecto académico en breve se publicarán varios artículos científicos sobre la experiencia adquirida en la atención temprana intrahospitalaria, en la estimulación orofacial de grandes prematuros, en la prevención de trastornos de deglución y del lenguaje y en los trastornos motores o de conducta detectados en niños aparentemente sanos que acuden a la unidad de integración infantil.

La tercera revista de la Fundación, esta que tenéis en las manos, incluye artículos de destacados especialistas en las líneas de trabajo que llevamos actualmente.

En Octubre celebraremos nuestro tercer congreso, en el Aula Magna de la Universidad Miguel Hernández, al que hemos invitado profesionales de prestigio nacional e internacional, a quienes agradecemos el haber aceptado nuestra invitación a participar.

Coincidiendo con el congreso esperamos tener la oportunidad de presentar el libro "La atención tem-

prana en el ámbito hospitalario" editado por nuestra institución y coordinado por nuestra directora de programas Jéssica Piñero.

Incluirá la experiencia propia y de otros grupos que están trabajando en esta novedosa línea de tratamiento y prevención del tratamiento neurológico e intelectual. El aspecto más importante en cualquier capítulo de la medicina es la prevención, y en niños con factores de riesgo que puedan afectar seriamente a su evolución, es intervenir con ellos antes de que aparezcan síntomas, es decir un tratamiento preventivo eficaz. En este sentí el tratamiento intrahospitalario es fundamental para el futuro del niño.

A través del boletín que publicamos periódicamente en la web esperamos manteneros informados de las novedades y proyectos que vayan surgiendo en la Fundación. •

# Centro de Neurodesarrollo Infantil:

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT)

Lleva a cabo programas dedicados a la salud infantil desde una vertiente preventiva y asistencial. El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana se compone de cuatro programas de trabajo como son: Detección de niños con factores de riesgo de deterioro mental y asesoramiento a la familia en el ámbito hospitalario (Unidad Hospital), la Unidad de Atención Temprana, la Unidad de Terapia Acuática y la Unidad de Respiro Infantil.

en 2003 gracias a un convenio entre la Fundación Salud Infantil y el Hospital General Universitario de Elche con el fin de atender a l@s niñ@s prematur@s y a sus familias desde el momento del nacimiento

Una temprana intervención potencia las diferentes áreas del desarrollo psicomotor

A\
Unidad
HOSPITAL

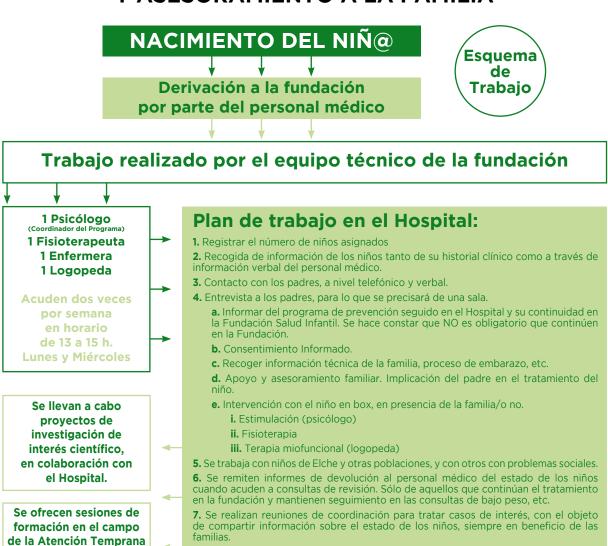
para el personal técnico

del Hospital.

### A-UNIDAD HOSPITAL

### ¿Cómo se trabaja en el Hospital?

### PROGRAMA DE DETECCIÓN DE NIÑ@S CON FACTORES DE RIESGO DE DETERIORIO MENTAL Y ASESORAMIENTO A LA FAMILIA



Se hace constar que la fundación no limita su trabajo a los niños que vayan a ser

derivados a la fundación, sino a todos aquellos que puedan beneficiarse del programa.

### El desarrollo de mi hij@



Semana 4 de gestación

El embrión tiene dos semanas de edad.

Se empieza a formar el tubo neural y la médula espinal perteneciente al sistema nervioso central del bebé



Semana 6 de gestación

Su tamaño es similar al de una lenteja.

Empiezan a desarrollarse las vesículas ópticas, que luego serán los ojos.

Los órganos están en una fase inicial de desarrollo

determinadas

circunstancias

ambientales y

biológicas, el

nacimiento de

un niño puede

adelantarse y

continuar su

crecimiento

materno.

En estos

momentos.

la atención

en el ámbito

hospitalario

empieza a ser

temprana

fuera del útero

Debido a



Semana 8 de gestación

En la semana 7 empieza a latir su corazón.

En la semana 8 se distinguen los oios, los párpados. la boca, las orejas, se reconocen las piernas y los brazos, los dedos de las manos y los pies.

Comienzan a crecer las vértebras y las costillas y su piel es una fina capa translúcida

Semana 24

de gestación

Puede abrir y

cerrar los ojos in-

termitentemente.

Su cuerpo ya es

proporcionado

y comienza a



Semana 10 de gestación

Empiezan a formarse los pabellones auditivos del bebé v comienzan a crearse pequeñas raíces de lo que en el futuro serán los dientes de leche y las uñas.



Semana 14 de gestación

Los órganos principales y las estructuras primarias del bebé ya están formados.

Sus órganos trabajan aunque todavía les queda para estar completamente desarrollados.



Semana 20 de gestación

Se están desarrollando las áreas destinadas a los sentidos del gusto, el olfato, la audición, la visión v el tacto



Semana 22 de gestación

Se puede ver los párpados, las uñas y las cejas, aunque estas últimas todavía no tienen color

Su cerebro, se encuentra en constante desarrollo.

Se observan grandes progresos en el sistema límbico el cerebro medio que gestiona respuestas fisiológicas ante respuestas emocionales.



**Prematuro** Semana 24

Un nacimiento prematuro en estas semanas de gestación tiene un gran riesgo en todas las áreas del desarrollo.

Por tanto. cuantas menos semanas de gestación v menor peso mayor es el riesgo.

Inicia su lucha en el mundo extrauterino.



Semana 28 de gestación

Sus oídos se van perfeccionando reacciona a los sonidos que le llegan desde el exterior especialmente a la voz.

Practica el reflejo del pestañeo v reacciona a los estímulos luminosos, al igual gue a los estímulos sensoriales cuando acaricias la barriga.



**Prematuro** Semana 28

El contacto piel a piel, la voz de los padres, las caricias y los afectos son importantes para establecer un adecuado vínculo desde el primer día de nacimiento.

Poder tocarle las manitas, las piernas, acariciarle son sensaciones que los niños deben percibir desde el primer momento.

Dotar a los padres de técnicas de afrontamiento es la base para establecer un buen vínculo paterno filial



Semana 32 de gestación

Su estructura pulmonar aparato digestivo v riñón están perfeccionándose para funcionar fuera del útero.

Los pulmones practican respirar, el intestino puede digerir y el bebé traga líquido amniótico.



Semana 32

Todos los refleios se encuentran

Para iniciar una estimulación temprana se espera a que el niño estabilice sus constantes.

Una pronta estimulación, adecuada a su y/o mejora las capacidades del



**Prematuro** 

alterados por su



posición

inmadurez.

estado, previene



Semana 36 de gestación

Traga y digiere el líquido amniótico en el que flota, así como vernix y demás secreciones.



El riesgo es menor puesto que sus semanas de gestación son mayores, pero sigue existiendo riesgo.

Se aconseia que todo niño prematuro y/o bajo forme parte de un programa de seguimiento

de atención temprana para controlar su desarrollo motor, comunicativo, social y cognitivo durante los 6 primeros años de su vida.

Seguimiento que se hará tanto al niño como a la familia.



embarazo10.com

fotos.vogue.es

embryo.soad.umich.edu → natgeo.tv

bebesymás.com

A-UH: OPINIÓN





Los avances en la neonatología han aumentado la supervivencia del prematuro en todo el mundo. Esta realidad nos enfrenta a un número creciente de bebés prematuros a los que debemos controlar y vigilar en su crecimiento y nutrición. Presentamos algunos consejos para lograr una introducción de alimentación complementaria (Beikost) adecuada.

El orden de introducción carece de importancia. Pueden seguirse pautas diferentes adaptadas a los hábitos familiares y culturales. La introducción de nuevos alimentos debe hacerse progresivamente para valorar la aparición de reacciones adversas y para que el niño se acostumbre al cambio de sabores y texturas. La sal y los azúcares que contienen los alimentos son suficientes y no se debe añadir más.

LOS ALIMENTOS
DEBEN SER
INTRODUCIDOS
SIGUIENDO
UNA PAUTA SIMILAR
A LA DE
LOS NIÑOS
NACIDOS A
TÉRMINO

Aunque la etiología de las intolerancias alimenticias a menudo es poco clara, parece prudente retrasar la introducción de los alimentos que se asocian más comúnmente con las enfermedades atópicas y las enteropatías. La lista de estos alimentos incluye la leche de vaca, los huevos, el pescado, la soja, las nueces y los cereales que contienen gluten, como el trigo, la cebada y el centeno.

Los alimentos deben ser introducidos siguiendo una pauta similar a la de los niños nacidos a término, preferiblemente considerando la edad corregida en vez de la edad real. No se ha demostrado que la introducción precoz de cereales en los prematuros incremente la ingesta calórica, ya que en general suelen disminuir el volumen total de leche que toman y se sustituye un alimento de gran cali-

dad nutricional, como es la leche, por otro, los cereales, que tienen un beneficio nutricional limitado cuando se introducen precozmente. Si el niño tiene dificultades para engordar y crecer y no es capaz de ingerir suficientes calorías, se precisará apoyo especializado.

Elegir el momento apropiado para comenzar a introducir el alimento sólido ha sido un dilema durante siglos. Esta decisión puede ser aún más difícil para los bebés que nacieron prematuramente.

### EL MOMENTO MÁS APROPIADO

Iniciarlos demasiado pronto (antes de los 6 meses de vida) supone un riesgo de alergia y de anemia, dado que su aparato digestivo no está preparado. Supone asimismo administrar menos cantidad de leche. Además, la mayoría de los bebés todavía no tienen bastante control sobre su lengua y músculos de la boca, en vez de tragar el alimento, empujan su lengua contra la cuchara o el alimento. Este reflejo es útil durante el amamantamiento y la mayoría de los bebés lo pierden aproximadamente a los 4 meses de la edad.

Comenzar demasiado tarde (después de 7 meses de edad corregida) puede complicar la pauta de alimentación ya que el bebé puede rechazar cualquier alimento que no sea leche. Además supone un riesgo de desarrollo de anemia porque los bebés nacen con reservas de hierro hasta los 6 meses, posteriormente deben obtener hierro del alimento.

→ Si tu bebé nació prematuramente, puedes utilizar los puntos siguientes para ayudarte a decidir si él o ella están listos:

### SEÑALES DE DESARROLLO

Introducir los sólidos será mucho más fácil si tu bebé:

- → Puede incorporarse, mantener su cabeza y mantenerse sentado
- → Se inclina hacia el alimento cuando se ofrece y abre su boca
  - → Parece poder comer de una cuchara
- No empuja inmediatamente el alimento de su boca, aunque para algunos bebés prematuros esto puede no ser un indicador útil, especialmente si otras señales indican que el bebé esta listo.
- → Otras señales útiles es el aumento de la demanda de alimento y un apetito no satisfecho.

Cuando el bebé tome bien de 3 a 4 cucharillas de un nuevo alimento, se puede iniciar un segundo alimento nuevo en una hora distinta. Introduce un alimento diferente cada 4 a 5 días. Si lo rechaza la primera vez, déjalo durante algunos días e inténtalo otra vez. En ocasiones, un bebé necesita diez intentos para un alimento nuevo antes de tomarlo sin rechazo.

Es importante que a los bebés ex-prematuros se les ofrezca alimentos sin grumos. La consistencia recomendada es la de una papilla o puré suave. Es importante que las comidas no contengan trozos de fibra que estimulen el reflejo de extrusión (protrusión de la lengua al momento de recibir el alimento en el tercio anterior de la misma), con eliminación del sólido de la boca. Cuando han erupcionado los incisivos superiores, lo que ocurre en general a partir de los 8-9 meses, la papilla puede tener la consistencia de puré más grueso y luego, progresivamente hasta bien molido con tenedor.

→ El volumen a administrar de la papilla variará según la edad y el crecimiento. Hasta los 8 meses se considera adecuado alcanzar progresivamente 150ml de comida, más 100ml de fruta, aproximada-

**EMPEZAD CON ALI-MENTOS SUAVES EN** LOS PRIME-**ROS INTEN-TOS, TALES** COMO **MANZANA** O PERA; **PRIMERO OFRÉCELE UN TROZO PARA COM-PROBAR SI LA FRUTA LE GUSTA** 

### PRIMEROS SÓLIDOS DEL BEBÉ

Al principio puedes escoger un periodo del día en el que dispongas de tiempo libre. Sin embargo, conforme tu hijo/a sea mayor deseará comer con el resto de la familia.

- No dejes de dar la toma de leche cuando ofrezcas los primeros alimentos sólidos
- Introduce los alimentos sólidos de uno en uno, dejando pasar varios días hasta la introducción del siguiente
- Empezad con alimentos suaves en los primeros intentos tales como manzana o pera, primero ofrécele un trozo para comprobar si la fruta le gusta y posteriormente prepara la papilla con una de las frutas, después puedes combinarlas con zumo de naranja natural. A continuación puedes introducir plátano maduro. Aumenta gradualmente las cantidades según la demanda del bebé.



### A-UH: OPINIÓN



mente. Desde los 9 meses las cantidades adecuadas serán 200ml y 100ml, respectivamente.

Es recomendable que los alimentos sean preparados en el hogar cuando sea posible y evitar los productos industrializados para lactantes. Estos últimos son más costosos en relación a los preparados en casa y su sabor y consistencia son homogéneos, lo que no contribuye en el lactante al reconocimiento de sabores, colores y consistencias. No obstante, vale la pena mencionar que en circunstancias especiales (madre que trabaja fuera del hogar, viajes u otros) pueden emplearse productos comerciales sin perjuicio para el niño. En los alimentos preparados en el hogar sólo utilizar la sal indispensable para mejorar su sabor.

→ La temperatura ideal del alimento es más o menos 37°C (temperatura corporal), pero puede ser menor. No es conveniente enfriar el alimento delante del niño/a dado que la espera lo inquieta. Para enfriar los alimentos, éstos no deben ser soplados, ni tampoco deben ser probados con el mismo cubierto que se utilizará para darles la comida, ambas actitudes producen contaminación de la boca

del niño/a con microorganismos que se encuentran en la cavidad bucal del adulto que lo alimenta.

- → La cuchara con que se proporcionan los alimentos debe ser pequeña, de contornos lisos y suaves; y debe llevar una pequeña cantidad de alimento cada vez.
- → El niño/a debe estar sentado, con apoyo corporal seguro, con sus manos descubiertas.
- Respetar si el niño/a no quiere más comida, vigilar si esto es rechazo total o si se repite mucho, para descartar que esta situación no esté asociada a una enfermedad.
- → Los cereales se recomienda iniciarlos a partir de los 6 meses de vida, inicialmente sin gluten, cuya introducción se postergará hasta los 8-9 meses.

### INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A los 5-6 meses de edad corregida se introducirá la papilla de verdura

(patata, zanahoria, calabaza). Las espinacas, acelgas, coles, nabos y remolacha deben introducirse después de los ocho meses, porque su excesivo contenido en nitritos puede causar metahemoglobinemia en menores de esa edad.

- → Una vez bien tolerada se añadirá de forma progresiva pollo, pavo, cordero, ternera (a los 7 meses)
- Otras verduras: el calabacín, la chirivía, el brécol, la coliflor. Otras frutas: el melón, nectarinas, ciruelas...No introduzcas melocotón o fresas hasta el año de edad corregida.
- → Se recomienda la introducción progresiva de las legumbres a partir de los 12 meses; una porción de ellas reemplaza al puré de verduras con carne y se recomienda 1 a 2 veces por semana progresivamente.
- → Se puede introducir el yogur para lactantes, a partir de los ocho nueve meses de edad.
- → La introducción del pescado y huevo se recomienda después de los 9-10 meses en lactantes sin

CUCHARA
CON LA
QUE SE
PROPORCIONAN
LOS ALIMENTOS
DEBE SER
PEQUEÑA,
DE CONTORNOS
LISOS Y
SUAVES

factores de riesgo de atopia y después del año en los niños/as con factores de riesgo (antecedentes de padres o hermanos con atopia de cualquier origen o alergia alimentaria).

- Desde que el niño/a recibe alimentos sólidos puede ofrecerse agua, sin adición de azúcar, ni miel, ni otro saborizante o edulcorante. Se puede dar a beber 20 a 50 ml 2 a 3 veces al día separándola de la leche.
- → Los endulzantes artificiales no se recomiendan.
- No se recomiendan las frutas en almíbar o excesivamente dulces por sus efectos osmolares y contraproducentes a los hábitos de alimentación.
- Se pueden usar algunos condimentos naturales habituales del hogar como orégano, ajo, comino y otros, en cantidades pequeñas.
- Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente respetar y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo.
- → A partir de los ocho o nueve meses erupcionan los incisivos superiores, a partir de este momento

la papilla puede tener la consistencia de puré más grueso y luego, progresivamente bien molido con un tenedor.

### CÓMO CONSEGUIR QUE EL MOMENTO DE LA COMIDA SEA AGRADABLE

Su hijo tendrá que desarrollar buenos hábitos alimenticios que perdurarán toda su vida. Las comidas son el momento ideal para ayudar a su niño a aprender a desarrollar actitudes saludables sobre los alimentos. Estos son algunos conseios:

- → Siempre vigile a su hijo mientras está comiendo.
- → A los niños les gusta experimentar, tocar y oler los alimentos al comer. Mantenga la calma y espere un caos durante las comidas.
- Asegúrese de mantener una rutina a la hora de comer e intentar que coma con el resto de la familia para establecer hábitos de la hora de comer.
  - Utilice una silla apropiada y alta.
- Dé tiempo para que su hijo termine de comer, pero retire la comida cuando pierda el interés, sin presionarle a comer. Un tiempo prudente es 20 minutos.
- → No permita que su niño a caminar, correr o tumbarse al comer. Manténgale sentado delante de la mesa a una altura cómoda y apropiada a su edad.•

### A

LAS COMI-**DAS SON EL MOMEN-**TO IDEAL **PARA AYUDAR A** SU NIÑ@ A **APRENDER** A DESA-**RROLLAR ACTITUDES** SALU-**DABLES SOBRE LOS** ALIMEN-TOS

### **BIBLIOGRAFIA:**

- → Pallás Alonso CR, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (1.ª parte). Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:153-66.
- → Guidelines on starting solids for caregivers of ex premature babies. Barbara Cormack, Neonatal/Paediatric Dietitian. Auckland City Hospital. Auckland District Health Board. Babies and Toddlers from Birth to Two Years, PHC, Wellington April 1995. Code 6004
- → Hamilton Health Sciences, 2005 PD 5368 -1/2005.WPC\PtEd\SolidIntroPretermInfants-trh.doc dt/November 10, 2005
- → Manual práctico de nutrición en pediatría. T.Muñoz, L.Suárez. 2007. Alimentación del prematuro tras el alta hospitalaria.
- → Timing of Solid Food Introduction in Relation to Eczema, Asthma, Allergic Rhinitis, and Food and Inhalant Sensitization at the Age of 6 Years: Results From the Prospective Birth Cohort Study LISA. Pediatrics 2008;121;e44





La Atención Temprana incluye a niñ@s con edades comprendidas entre los cero y seis años, que nacen con situación de riesgo, con diferentes patologías o susceptibles de padecerlas

### Unidad Atención Temprana

## ¿Cómo interviene la psicóloga con el niñ@?

La buena intervención no es sólo la aplicada en el niñ@, sino la que también se debe trabajar con la familia y el entorno. Una intervención adecuada es en la que el niñ@ disfruta al tiempo que mejora sus capacidades y los padres se sienten escuchados, entendidos y orientados en cuidados y habilidades de afrontamiento para cada momento.



Aprender a hacer puzzles sencillos estimula la conciencia espacial del niño



Control de la motricidad fina y la coordinación óculo manual

Mediante el juego se estimula la motricidad fina y se refuerza la atención



Una adecuada asociación e identificación de imágenes es la base para un buen desarrollo



El trabajo en ambiente natural favorece el cumplimiento de objetivos terapéuticos, puesto que el niño permanece en su habitual contexto

### AMBIENTE NATURAL



Realizar encajables, cuyas formas varían, ayuda a favorecer la coordinación y percepción de la forma



La atención es la base para un buen aprendizaje, que se refuerza desde el nacimiento



El juego más sofisticado no es el mejor para una buena estimulación. Con objetos cotidianos también se puede estimular las diversas áreas del desarrollo, pero la principal fuente de estimulación es la que los padres y/o familiares pueden dar al niñ@.



En el juego simbólico, el niño imita situaciones que ve en la vida real. El juego ayuda a desarrollar la parte intelectual y emocional

El juego de relación causa efecto consiste en que el niño toque/pulse y obtenga una respuesta inmediata



**B-UAT: OPINIÓN** 

ÁNGELA SEMPERE
NEUROPEDIATRA CENTRO DE TERAPIA INTEGRAL (ELCHE)

CLÍNICA VISTAHERMOSA, ALICANTE

COLABORADORA NEUROPEDIATRA DE FSI



## Neurología pediátrica

La neurología pediátrica estudia procesos que afectan al sistema nervioso central y periférico. Este grupo de enfermedades son un problema prevalente dentro de la patología de la infancia y adolescencia, y ocupan un porcentaje cada vez más elevado de la asistencia pediátrica. Además, son una de las causas más frecuentes de consulta urgente y de ingreso hospitalario, produciendo también un profundo impacto en la vida del paciente y en sus familias.

En el niño es fundamental conocer cual debe ser su desarrollo normal. En neuropediatría se utiliza el término "desarrollo psicomotor" para referirnos a la progresiva adquisición de habilidades que presenta el niño durante los primeros años de vida. Un desarrollo psicomotor normal es el que permite al niño alcanzar las habilidades correspondientes a su edad, teniendo en cuenta que existe una variabilidad entre unos niños y otros. Cuando el niño adquiere los hitos del desarrollo más tardíamente y/o son de una calidad no adecuada hablamos de "retraso psicomotor". Es un problema frecuente en pediatría, estimándose que entre el 1-3% de los niños menores de 5 años presentan retraso psicomotor global.

El diagnóstico de retraso psicomotor es un diagnóstico provisional en referencia a la adquisición de los hitos del desarrollo en los primero años. Puede evolucionar hacia la normalización en los casos de trastornos leves o transitorios o puede dar lugar a un trastorno permanente, que podrá ser cognitivo, motor, sensorial y/o de comunicación (Tabla 1).

Cuando un niño presenta un retraso en su desarrollo psicomotor es fundamental establecer un seguimiento clínico y realizar un exhaustivo estudio para aclarar si se trata de:

→ Una variante normal del desarrollo: por ejemplo, la franja de edad a la que un niño debe empezar a andar puede variar entre los 9 y los 16 me-

ses. De la misma forma, el que un niño no llegue a gatear o se desplace sentado o rodando no es necesariamente patológico.

- → Un retraso debido a una inadecuada estimulación familiar-social, que sería recuperable con la estimulación del niño y la actuación sobre su entorno.
- → Un retraso **secundario a enfermedad crónica extraneurológica**, como problemas que causen desnutrición, hospitalizaciones frecuentes, cardiopatías graves...
- → El efecto de un **déficit sensorial aislado**, especialmente una sordera grave congénita que impediría el desarrollo del lenguaje.
- → Un **retraso mental**, que cuando es grave puede ser evidente desde los primeros años de la vida pero que en los casos más leves es preciso esperar hasta el final de la edad preescolar para su detección.
- → Un posible trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro autista, que suelen hacerse manifiestos a partir de los 18 meses.
- → La manifestación inicial de una parálisis cerebral infantil o de un problema neuromuscular.
- → Una afectación predominante del **lenguaje**, como por ejemplo un retraso simple del lenguaje con buena evolución y normalización posterior, déficits secundarios a sorderas o alteraciones motoras y/o deformidades orales y los trastornos específicos del habla y del lenguaje.
- → Los primeros signos de un trastorno del desarrollo de la coordinación o trastornos del aprendizaje incluyendo entre ellos el trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

ENTRE EL 1%
Y EL 3% DE
LOS MENORES DE CINCO
AÑOS
PRESENTAN
RETRASO
PSICOMOTOR
GLOBAL

### **RETRASO MENTAL (RM)**

En relación con el Retraso mental (RM) o discapacidad intelectual afecta a un 3% de la población, por lo que representa la discapacidad más frecuente en niños. Se trata de una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones en su capacidad de adaptación académica, laboral y/o social. Antes de los 5 años se utiliza el término "retraso psicomotor global ", ya que las anomalías en las etapas tempranas del desarrollo no predicen necesariamente el que en el futuro vaya a existir un RM. Las causas del retraso mental, son múltiples y se clasifican según el momento de su aparición (Tabla 2). Sin embargo, a pesar de los avances en el diagnóstico de estas patologías, la causa del retraso sigue siendo desconocida hasta en un 25 %- 50%, según distintos estudios.

### TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (TGD)

Un grupo cada vez más prevalerte dentro de los trastornos del desarrollo es el de los Trastornos Generalizados del desarrollo (TGD) o Trastornos del Espectro Autista que afecta aproximadamente a 1 de cada 150 personas, con clara predominancia en varones. Se manifiestan como alteraciones en la socialización y en el desarrollo del lenguaje (verbal y no verbal) así como intereses restringidos con conductas repetitivas. Este grupo de trastornos incluve el autismo, el síndrome de Asperger, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado, el trastorno desintegrativo y el síndrome de Rett. Su etiología es casi siempre desconocida, excepto en el Síndrome de Rett en el que se han encontrado mutaciones genéticas concretas. El 20-30% de los niños con diagnóstico de TGD presentan alguna enfermedad o antecedente asociados, tales como factores prenatales (factores gestacionales desfavorables, origen familiar con mayor concordancia entre gemelos monocigotos, alteraciones cromosómicas v síndromes no cromosómicos, enfermedades neurocutáneas, malformaciones del sistema nervioso central, infecciones congénitas y errores congénitos del metabolismo), factores perinatales (prematuridad y el bajo peso al nacer) y factores postnatales (infecciones del sistema nervioso central, síndromes epilépticos de los 2 primeros años y tumores).

### PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

Otro grupo importante dentro de los trastornos del desarrollo es la **Parálisis cerebral infantil (PCI)**. Representa la causa más frecuente de disca-

pacidad motriz en niños, siendo su prevalencia de 1,5-3/1000 recién nacidos vivos aunque ha y descendido en los últimos años gracias a los avances en la asistencia perinatal. Se define como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitación en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren en el cerebro en desarrollo, del feto o del niño pequeño. En la actualidad, el principal factor de riesgo de la PCI es el parto prematuro y el bajo peso, siendo la PCI de tipo espástico más frecuente. Habitualmente el problema motor se acompaña de otros trastornos como alteraciones visuales o auditivos, cognitivos, de comunicación, de conducta, y/o epilepsia. Son numerosos los factores de riesgo que pueden contribuir en la aparición de PCI: factores prenatales (alteraciones en la coagulación, infección intrauterina, tóxicos en embarazo, alteraciones de la placenta, traumatismos, embarazos múltiples, retraso del crecimiento intrauterino..), perinatales (la prematuridad y el bajo peso principalmente), y postnatales (infecciones graves, traumatismos craneales, convulsiones prolongadas, etc).

LA PARÁLISIS
CEREBRAL
INFANTIL
(PCI) REPRESENTA
LA CAUSA MÁS
FRECUENTE
DE DISCAPACIDAD
MOTRIZ EN
NIÑ@S

### DIAGNÓSTICO

Es fundamental que el diagnóstico de los trastornos del desarrollo se realice de forma multidisciplinar con la intervención inicial del pediatra para detectar los primeros signos de alarma, los profesionales expertos en atención temprana (psicólogos, logopedas y fisioterapeutas) que realizan el diagnóstico clínico, y del neuropediatra que interviene tanto en el diagnóstico clínico como en la búsqueda de la causa de estos trastornos.

Dentro de la neuropediatría la **historia clínica** que es una parte fundamental para el diagnóstico,

### Tabla 1

Clasificación de los trastornos del desarrollo (Libro blanco de atención temprana).

- → Trastorno en el desarrollo motor
- → Trastorno en el desarrollo cognitivo
- → Trastorno en el desarrollo sensorial
- → Trastorno en el desarrollo del lenguaje
- → Trastorno generalizado del desarrollo
- → Trastorno de la conducta
- → Trastorno emocional
- → Trastorno en el desarrollo de la expresión somática
- → Retraso evolutivo

### **B-UAT: OPINIÓN**

### Tabla 2.

Causas de retraso mental.

### **CAUSAS PRENATALES (52%)**

### Alteraciones genéticas (32%)

- → Alteraciones cromosómicas (p. ej., síndrome de Down)
- → Alteraciones monogénicas (p.ej., síndrome X frágil)
- → Multifactoriales (p.ej., retraso mental familiar)
- → Errores congénitos del metabolismo (p.ej., fenilcetonuria)
- → Enfermedades degenerativas (p.ej., adrenoleucodistrofia)

### Malformaciones de causa desconocida (8%)

- → Malformaciones del sistema nervioso central (p.ej., mielomeningocele)
- → Síndromes polimalformativos (p.ej., síndrome de Cornelia de Lange)

### **Problemas gestacionales (12%)**

- → Infecciones prenatales (p.ej., toxoplasmosis congénita)
- → Fetopatías tóxicas (p.ej., síndrome alcohólico fetal)
- → Problemas placentarios (p.ej. prematuridad)
- → Malnutrición

### **CAUSAS PERINATALES (15%)**

Infecciones neonatales (p.ej., meningitis neonatal)

### Problemas relacionados con el parto:

- → Encefalopatía hipóxica
- → Hemorragia cerebral

### Hiperbilirrubinemia

**Epilepsia neonatal** 

Alteraciones metabólicas neonatales (p.ej., hipoglucemia grave)

### **CAUSAS POSNATALES (8%)**

### **Enfermedades neurológicas**

- → Infecciones del sistema nervioso central (p.ej., encefalitis herpética)
- → Tumores del sistema nervioso central

### **Traumatismos craneales**

**Accidentes vasculares** 

Desnutrición

**Epilepsias graves** 

### **CAUSA DESCONOCIDA (25%)**

debiendo incluir los antecedentes familiares, antecedentes del embarazo, parto y primeros días de vida, la historia de su desarrollo, las enfermedades o problemas que ha padecido y cuál es su desarrollo actual. Es necesario identificar también si existen factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que el niño presente un trastorno del desarrollo, ya sean factores de riesgo biológico (prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, patología en primeros días de vida, cirugía...) o de riesgo ambiental (bajo nivel económico, disfunción familiar, malos tratos...)

Tras la historia clínica se debe realizar una **exploración general y neurológica**. En los niños, la exploración neurológica se basa a menudo en la observación, teniendo en cuenta todos los aspectos del desarrollo tales como sociabilidad, lenguaje, motricidad y sensorial. También debemos explorar la postura, los reflejos, el tono, la fuerza, medimos el perímetro craneal, valoramos audición y vista, anomalías que puedan presentar a nivel físico (rasgos peculiares) y a nivel de la piel.

Tras la historia y el examen neurológico obtenemos una sospecha clínica y realizamos unas hipótesis diagnósticas que se confirmarán con los exámenes complementarios que se realizarán en función de la sospecha diagnóstica, evitando exploraciones innecesarias. Estos exámenes complementarios costan de técnicas neurofisiológicas (principalmente potenciales evocados auditivos y electroencefalograma en los casos indicados), exámenes de neuroimagen (ecografía craneal transfontanelar en los niños más pequeños y resonancia magnética craneal), analíticas sanguíneas específicas (enzimas musculares, estudios metabólicos...) y estudios genéticos (cariotipo, estudios sindrómicos concretos y la más reciente detección de microdelecciones o microduplicaciones cromosómicas con la utilización de Array CGH). Es fundamental realizar también una valoración oftalmológica y auditiva en todos los casos, pues la detección de déficits sensoriales puede ser de ayuda en el tratamiento.

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento de los trastorrnos del desarrollotambién debe ser multidisciplinar e individualizado. Ante los primeros signos de alerta, el niño debe ser remitido a un servicio de atención temprana, (psicología, logopedia y/o fisioterapia según las necesidades de cada niño). El inicio precoz del tratamiento será determinante en su evolución. Debe existir coordinación entre el neuropediatra y los distintos profesionales que aborden al niño (psiquiatra infantil, médico rehabilitador, equipo de atención temprana, profesores..). Es fundamental tener en cuenta que algunos de los trastornos pueden presentarse asociados, de manera que un niño con un problema a nivel motor podrá presentar también, por ejemplo, un retraso mental y rasgos dentro del espectro autista. Es primordial, además, la intervención a nivel familiar explicando el trastorno de forma adecuada, resolviendo dudas, dando pautas a los padres y realizando un adecuado apoyo psicológico a la familia.

No existe un tratamiento farmacológico específico para los trastornos del desarrollo, excepto en algunos caso cuya etiología son ciertas enfermedades metabólicas. El objetivo de la utilización de medicamentos en neuropediatría es el disminuir los síntomas que no son totalmente controlados con los abordajes terapéuticos psicológicos, especialmente conductas disruptivas, agresividad, estereotipias marcadas..., donde se emplean fundamentalmente fármacos antipsicóticos como la risperidona. En niños con hiperactividad, impulsividad e inatención que persisten a pesar del tratamiento psicológico se indican fármacos como el metilfenidato o la atomoxetina. . En ocasiones también se utilizan fármacos antidepresivos, eutimizantes y antiepilépticos en el tratamiento de estos niños.

En la parálisis cerebral infantil además del tratamiento fisioterapéutico y las órtesis/sistemas de adaptación , en ocasiones son utilizados fárrmacos para disminuir la espasticidad como el baclofeno o el diacepam oral. Además existe la posibilidad de infiltrar toxina botulínica en grupos musculares contracturados como tratamiento focal de la espasticidad, quedando en un último nivel la cirugía ortopédica y la neurocirugía.

### **PRONÓSTICO**

El pronóstico de los trastornos del desarrollo es difícil de determinar, ya que en muchas ocasiones no se dispone de un diagnóstico de certeza y la evolución natural de la enfermedad difiere de un niño a otro. Este pronóstico puede ser más favorable si contamos con un diagnóstico y tratamiento precoz en conjunción con la plasticidad neuronal de los primeros años de la vida. Con el fin de conseguir la mayor autonomía del niño con problemas neurológicos es fundamental la implicación de la familia en la prevención y en el tratamiento así como la integración de todos los recursos técnicos y profesionales. Para ello hemos de seguir promocionando centros de atención especializados que promuevan la integración de recursos sanitarios, psicológicos, educativos y sociales y que aúnen los factores humanos con los avances científicos. •

EL PRONÓSTICO
DE LOS
TRASTORNOS DEL
DESARROLLO ES
DIFÍCIL DE
DETERMINAR

**B-UAT: OPINIÓN** 







CLAUDIA ESCORCIA MORA MARGARITA CAÑADAS PÉREZ JOANA CALERO PLAZA

EQUIPO CENTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA 'LA ALQUERÍA' UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

### Intervenir en entornos naturales

Durante los últimos años, en la evolución del trabajo de intervención en atención temprana, aparece cada vez más un elemento común: La importancia que se da a la integración de las familias en el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento de las dificultades de desarrollo que presentan los niños. Tras diversos estudios de implementación y seguimiento, autores como Dunst, Bruder, Trivette y Hamby (2006) han generado un corriente de pensamiento que ha significado un giro importante en el ámbito de la atención temprana, El modelo se basa en dejar de considerar a los profesionales como "expertos" en relación con la familia, entendiendo que ésta forma parte del equipo de intervención, y por lo tanto, son colaboradores. Este hecho constituye un paso fundamental, puesto que ello implica otorgar a la familia un papel muy importante dentro de la intervención, teniendo en cuenta sus preocupaciones, expectativas, dinámica familiar, experiencias, puntos de estrés, fortalezas, debilidades y fuentes de apoyo.

Desde este punto de vista, la intervención va dirigida entonces, al niño, su familia y su entorno. La estimulación del niño se realiza en su medio natural y son sus cuidadores habituales los que hacen posible su desarrollo a través de una interacción apropiada (Perpiñán, 2009). A esto es lo que denominamos intervención naturalista o en Entornos Naturales.

Es importante explicar que el cuidador habitual, es aquella persona que se encarga de cuidar y educar al niño. Es la persona que más lo conoce. Muchas veces se trata de los padres, pero en otras ocasiones puede ser otros adultos del núcleo familiar: abuelos, tíos o personas que aunque no son familiares tienen una estrecha vinculación con el niño. Estas personas pasan mucho tiempo con él, le dan de comer, juegan, lo

bañan, entienden sus estados de ánimo y establecen un vínculo afectivo muy estrecho. Esta relación posibilita que el niño acceda más fácilmente a los aprendizajes, ya que se encuentra más motivado al recibir la estimulación por parte de alguien con quien tiene un fuerte apego. Por tanto, la generalización de los aprendizajes de un contexto a otro es mucho más estable y fluida, siendo más efectiva la intervención.

Guralnick (2005), propone que los resultados significativos en el desarrollo de los niños provienen de tres grandes procesos que tienen lugar en el seno de la familia: a) la calidad de las interacciones padrehijo; b) las experiencias que vive el niño proporcionadas y preparadas por su familia y c) la salud y seguridad ofrecidas también por su familia. De ellas dependen los resultados en el desarrollo del niño, pero a su vez ellas se ven influidas por las características propias del niño o de su familia.

Para que estos procesos se lleven a cabo, es importante que los profesionales potencien el sentimiento de competencia de los padres, educadores y cuidadores principales, para que éstos tengan muy claro los objetivos a trabajar y sean capaces de crear y aprovechar situaciones de su vida cotidiana; en definitiva que se sientan capaces y autónomos en el trato con su hijo. Estos profesionales también deben:

- Colaborar con la familia ofreciéndole información relevante acorde a sus necesidades (por ejemplo, información fiable y científica sobre el problema que pueda presentar su hijo).
- → Favorecer la calidad de vida de la familia, mejorando su bienestar entre los miembros y de cada uno de ellos.

ES IMPORTANTE
EXPLICAR
QUE EL
CUIDADOR
HABITUAL,
ES AQUELLA PERSONA QUE SE
ENCARGA
DE CUIDAR
Y EDUCAR
AL NIÑ@



La intervención en entornos naturales aprovecha cualquier situación de la vida cotidiana y la convierte en una experiencia de aprendizaje

Facilitar el conocimiento y acceso a los recursos disponibles. Aumentar la calidad de las transacciones padre- hijo, aumentando la confianza en sí mismos y en sus capacidades, haciéndoles sentir competentes.

Cuando un padre asume esta filosofía de trabajo, se convierte en un multiplicador de estímulos que ayudan a mejorar el desarrollo global del niño. Al llevar a cabo una intervención en entornos naturales, se tienen en cuenta las preferencias del niño, por ejemplo en el juego, el adulto se adapta a ellas, sin perder de vista el objetivo de trabajo. De esta forma el niño se encuentra más motivado de cara al aprendizaje.

### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Aunque para llevar a cabo estas intervenciones, se utilizan los entornos naturales del niño, existen protocolos de actuación, que posibilitan que las familias y los profesionales se conozcan y aprendan a identificar sus puntos de apoyo, sus fortalezas y sus debilidades con el fin de mejorarlas y utilizarlas en beneficio del niño.

El Dr. Robin Mc William ha contribuido a esta labor proponiendo el modelo de intervención en ecomapa, que busca entender las dinámicas familiares desde una perspectiva ecológica, ofreciendo a la familia una intervención acorde a sus necesidades y principales preocupaciones.

El modelo de intervención en rutinas utiliza algunos instrumentos tales como:

→ 1. La entrevista basada en rutinas (Mc William, 2010): Es una entrevista inicial semiestructurada. Realiza una descripción muy detallada del funcionamiento del niño y de su entorno familiar y establece una rápida y positiva relación entre la familia y el profesional. Surge de la necesidad de tener un método para conocer las prioridades de las familias y los objetivos funcionales que deben establecerse en el programa individual de intervención. Puesto que las rutinas no son actividades que el profesional establece con la familia, sino actividades que ocurren naturalmente con cierta regularidad.

→ 2. El ecomapa (Mc William, 2010): Es una representación gráfica de la familia nuclear rodeada del resto de miembros de la familia. Aquí se muestran los apoyos informales, formales e intermedios. La creación de un ecomapa permite entablar una larga conversación con la familia y le da la oportunidad de que descubra por sí misma con qué apoyos y recursos cuenta y sobre qué hay que trabajar.

→ 3. Protocolos para la realización de visitas domiciliarias: En los cuales se analizan las principales estrategias que debe tener en cuenta un profesional que acude al domicilio de un niño. No se trata de que el profesional realice la sesión en el domicilio. Se trata de observar todo lo relacionado a la forma en la que el niño y la familia interactúan.

→ 4. Entrevista de rutinas en el ámbito escolar: Busca identificar las rutinas, necesidades de apoyo y dificultades que tiene el niño en su colegio/guardería.

→ 5. El plan de intervención individualizado: realizado de forma conjunta con la familia. Intenta dar respuesta a los principales objetivos marcados de común acuerdo entre profesionales y la familia.



El plan de intervención individualizado se realiza de forma conjunta con la familia

**CUANDO UN PADRE ASUME ESTA FILO-SOFÍA DE** TRABAJO, **SE CON-VIERTE EN UN MULTI-PLICADOR DE ESTÍMU-LOS QUE AYUDAN A MEJORAR EL DESA-RROLLO GLOBAL DEL NIÑ**@

### **B-UAT: OPINIÓN**

### PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LA INTERVENCIÓN

- → Realización de la entrevista habitual que permite valorar las rutinas que establece la familia en su día a día y cómo podemos utilizar esas rutinas con fines terapéuticos.
- → Realización de un Ecomapa para determinar la red de apoyos formales, informales e intermedios con los que cuenta la familia.
- → Reconocimiento de las principales necesidades, preocupaciones y prioridades que tiene la familia con respecto al niño y su intervención.
- → Visitas domiciliarias con el fin de fortalecer, apoyar y potenciar las competencias familiares frente al niño. No son sesiones a domicilio.
- → Entrevista de rutinas en el ámbito escolar y detección de las necesidades y competencias del niño en el aula. Nos permite reconocer los mejores momentos para apoyar al niño dentro del aula.
- → Identificación y planteamiento de objetivos terapéuticos consensuados con la familia.
- → Coordinación con los profesionales de Educación, para establecer la manera en la que se van a trabajar los objetivos de AT en el aula y viceversa.
- → Coordinación con los profesionales externos que atienden al niño, para establecer líneas de actuación y priorizar objetivos.
- → Realización del Plan Individualizado de Intervención, en el que se detallan las horas que los profesionales verán al niño junto a su familia, las horas que brindaran el apoyo en el aula o en otros entornos. Principios y estrategias de acción.

### VENTAJAS DE LA INTERVENCIÓN EN ENTORNOS NATURALES

AL INTER-VENIR EN EL ENTOR-NO MÁS IN-MEDIATO DEL NIÑ@ MEJORA-MOS EL BIENESTAR INDIVI-DUAL Y EL DE SU FAMILIA

Las ventajas que trae este tipo de intervención son muchas y muy variadas. Entre ellas podemos citar:

- → Al intervenir en el entorno más inmediato del niño (guardería colegio, familia, amigos, barrio, etc....) mejoramos el bienestar individual y el de su familia. La generalización es más rápida, puesto que el niño aprende una conducta o habilidad en su entorno, en donde se pueden multiplicar las posibilidades que produzcan que esa conducta o habilidad se vuelva a repetir.
- → Está especialmente recomendado en niños que presentan alteraciones de la comunicación y la socialización, ya que las interacciones que se establecen de manera natural, favorecen la evolución de los aspectos pragmáticos del lenguaje, como la toma de turnos,



Cualquier actividad del niño puede servir como desencadenante para interactuar, sea de manera verbal o no verbal



Los entornos escolares son magníficos escenarios para intervenir con los niños de una forma natural, mejorando la inclusión de los niños con algún tipo de discapacidad

el mantenimiento del tema, etc. Cualquier actividad del niño puede servir como desencadenante para interactuar, ya sea de manera verbal o no verbal.

→ En las familias se potencia la sensación de "saber hacer". Hay una disminución importante del estrés que conlleva "no tener tiempo para reforzar al niño" ya que no se necesita un momento especial para "hacer el deber", cualquier momento y cualquier actividad son válidas. El que todos los miembros de la familia estén implicados aumenta la sensación de apoyo mutuo y el sentimiento de "sentirse sólo" frente a la intervención, generalmente desaparece.

Existe una mejora importante en la calidad de vida del niño y de su familia.

→ De igual manera cuando se interviene en los entornos educativos, los maestros y educadores, sienten que pueden aprovechar más las rutinas escolares para fortalecer las habilidades presentes en los niños y estimular la aparición de nuevas habilidades. Se consigue una mejor inclusión educativa, ya que la discapacidad o el riesgo de padecerla, es tratada con normalidad.

Para que la intervención se desarrolle de manera óptima, es necesaria la coordinación de los miembros del equipo profesional, médicos, educadores y demás agentes sociales, con la familia. Todos deben manejar la misma información y tener muy claros los objetivos de trabajo. De lo contrario la intervención estará condenada al fracaso y las consecuencias afectarán por igual al niño y a su entorno. •

**B-UAT: PAUTAS** 



## Prevención de los problemas de sueño en niños

Uno de los problemas de conducta que más vemos los psicólogos en las consultas con padres está relacionado con los problemas de sueño: le cuesta irse a dormir o pide estar acompañado, se despierta por las noches, pasa a la cama de los padres, pide biberón o agua en la madrugada, etc., tiene "miedos",... La desesperación en estos casos llega a tal extremo que vemos familias que a las tres de las mañanas meten a los niños en la silleta de auto y dan vueltas a la manzana. Es evidente el importante desgaste físico, psicológico y de pareja que va a suponer. El descanso es más que necesario para el ser humano, debe ser reparador, y cuando los pequeños no duermen estamos irritables, rendimos menos en el trabajo, etc. y esto mantenido en el tiempo puede llegar a provocar problemas de salud. Esto también es generalizable a ellos. A veces los padres se auto consuelan pensando que algún día saldrán de su habitación para dormir en la suya, pero el desgaste durante ello es muy grande.

UTILIDAD DEL SUEÑO

EL SUEÑO CUMPLE LA IMPOR-TANTE FUNCIÓN DE REPA-RACIÓN FÍSICA Y MENTAL

Cumple una importante función de reparación física y mental, es una forma de desconexión de lo sucedido durante el día y de "recolocación" de lo vivido. Además, en la primera infancia tiene como objeto favorecer la maduración biológica.

### **EL COLECHO**

Una pregunta muy frecuente en los talleres con padres es si "es bueno o malo" que duerman con no-

sotros en la cama toda la noche. A esto lo llamamos colecho, y no es bueno ni malo, es una de las opciones que cualquier familia tiene a la hora de compartir con sus hijos. Sólo un apunte a esta situación: debe ser elegido por ambos progenitores con conciencia de la situación, no podemos empezar así y más adelante cambiar de opinión y sacarlo. En el colecho el niño es el que decide cuándo salir de la cama de los padres.

### ETAPAS DEL SUEÑO Y MICRODESPERTARES

Del nacimiento hasta los 5 meses aproximadamente, las fases del sueño son dos:

- → REM: es corto y de gran actividad
- → NO REM: es de fase larga, profunda y tranquila

Cada fase dura unos noventa minutos y tras cada cambio de una a otra se produce un microdespertar que resulta ser necesario para su supervivencia, es la alarma que le ayuda a despertar para ser alimentado.

A los 6-7 meses el niño ya dispone de las cuatro etapas de sueño, éstas irán desde lo más superficial hasta lo más profundo. Tras el paso de la cuarta fase de una etapa y la primera de la siguiente hay un microdespertar. Por este motivo los padres siempre indican que su hijo siempre coincide en las mismas horas cuando despierta. En este momento pueden pasar dos cosas, o me despierto o sigo durmiendo. Es normal que el pequeño aproveche para pedir agua,

reclamar a los padres, etc. Es más, si se acuesta pensando que mamá/papá está con él pero que luego se irá, se duerme con un alto nivel de alerta que no le deja tener sueño reparador y su conducta será ansiosa cada vez que por la noche vaya a la cama.

### REGLAS DE ORO DE LA PREVENCIÓN

Como dice el refrán "más vale prevenir que curar", y de eso se trata en este artículo, vamos a proponer las reglas básicas para que nuestros niños tengan un buen hábito de sueño.

- → Para empezar diremos que es normal que los peques no quieran ir a dormir, se despierten por la noche o pidan pasar a la cama de los padres.
- → Padre y madre deben estar de acuerdo en las conductas a llevar a cabo. Si no es así aconsejamos elegir al que tenga más paciencia.
- Como para cualquier comportamiento que enseñamos, es imprescindible la paciencia, llevar la situación con calma.
- → El inicio del sueño debe darse en unas condiciones adecuadas, algo que elimina los despertares nocturnos.
- Los niños deben dormir una cantidad de hora en concreto en función de la edad.

- Colocar en la mesita de noche agua por si necesita beber. En caso de que nos llame para ello no debemos darla sin más sino guiarlo físicamente para que pueda ser autónomo.
- → Antes de ir a dormir se aconseja que no haya juego movido ni presentemos cuentos, películas o historias que los active. Además, esto podría hacer que tuviera pesadillas.
- → La cama debe ser un lugar sólo para dormir, no es aconsejable que esté asociado a otras situaciones como sería el castigo. Si queremos mandarlo a algún lugar por haber tenido comportamiento inadecuado lo mandaremos a otro lugar.
- Procuramos que la habitación tenga un aspecto relajado.
- No es bueno que al tiempo que se duermen le pongamos música o colores, etc. El motivo es que aumentan las posibilidades de tener un problema el día que se le acaban las pilas al aparato en cuestión. ¡Por supuesto nada de televisión o películas!
- → La hora de dormir es de gran vulnerabilidad, así que no es momento para reproches del día, es cuando aprovechamos para abrazar, besar, recordarles cuánto le queremos e incluso echarnos un ratito a su lado. Lo que no haremos es acostarnos a su lado para que se duerma. Es algo muy agradable pero no aconsejable en algunos niños. Se despertarán por la noche esperando encontrar lo mismo que cuando cerraron los ojos, algo que produce ansiedad y que

ES NORMAL QUE
LOS PEQUES NO
QUIERAN
IR A DORMIR, SE
DESPIERTEN POR
LA NOCHE
O PIDAN
PASAR A
LA CAMA
DE LOS
PADRES



### **B-UAT: PAUTAS**



hace que se duerman con la incertidumbre de si estarán papá o mamá en el mismo sitio de cuando cerraron los ojitos.

- → Evitar que pasen calor. Tendemos a abrigarlos en exceso por miedo a que pasen frío, sobre todo con los bebés.
- Hay que tener en cuenta que hay factores de tipo físico que podrían afectar el sueño y que no nos dejan instaurar un hábito como podrían ser que estén apareciendo los dientes, mucosidad que le impide respirar, otitis, gases,
- → Cualquier intento por cambiar hábito debe iniciarse en fin de semana o vacaciones para que los padres puedan aprovechar y descansar en los primeros días que son los más difíciles para el cambio.
- Durante lactancia materna se quedan dormidos al pecho, algo que más adelante puede suponerles un problema. El problema no es la lactancia natural, sino la actitud que cada padre tiene a lo largo del día, si es más o menos permisivo, rígido, comprensivo.
- → Que tomen leche antes de ir a dormir es recomendable desde el punto de vista alimenticio, pero también por ser un inductor de sueño. No echaremos cacao por ser excitantes y poder interferir el inicio del sueño.

- → Hay niños que tienden a dormir menos.
- Tiene que ser acostado antes de quedarse dormido.
- → Aunque no tenga problemas de sueño siempre es importante felicitarlos por ello, decirles lo orgullosos que estamos de su conducta y responsabilidad. Y al que le cuesta, la felicitación será por intentarlo. Esto no elimina el problema, pero ayuda en nuestro fin de ayudarles a descansar toda la noche.
- Acudir a un especialista en caso de que los problemas persistan, bien el psicólogo, bien especialistas de sueño.
- Cuidar la hora de inicio de forma que garanticemos que la cantidad sea la adecuada. El hecho de que ambos padres trabajen, los horarios de salida, etc. retrasan la hora de sueño. Los padres necesitan a sus pequeños aunque sea por la noche y a costa de restar horas al descanso. Esto mantenido en el tiempo se acaba convirtiendo en un hábito.
- → Si se despierta por la noche y reclama a los padres cabe pensar que el inicio de sueño no se está dando de forma adecuada, habría que revisarlo y cambiar nuestra conducta en función de lo que hemos dicho hasta ahora. Generalmente con esto es suficiente para que duerma de tirón. •



Consulta a tu farmacéutico.

www.pedialacfarma.es

Siguenos en facebook ( Promoción Hera Baby



### ¿Qué es la Terapia de Psicomotricidad?

### **TERAPIA PSICOMOTRIZ: ESTRATEGIAS PARA APRENDER**

Como fisioterapeutas nos interesa la evolución de l@s niñ@s en sus competencias motrices, pero como profesionales de Atención Temprana debemos procurar no separar la evolución motriz del resto de áreas evolutivas.

Más que en ninguna otra etapa, los tres primeros años de la vida de un@ niñ@ se caraterizan por la

globalidad. La vinculación irrompible de cuerpo, emociones y actividad cognitiva es la base de la práctica psicomotriz.

Así, la Psicomoprincipal su entorno.

tricidad Terapéutica tiene como objeto favorecer el desarrollo de todas las potencialidades del niñ@ y, para ello, se utiliza el cuerpo y el movimiento como medio para que el sujeto se relacione consigo mismo, con otr@s niñ@s y con

Cabe destacar que con este tipo de terapias, además de favorecer el desarrollo sensoriomotor, perceptivo, cognitivo, afectivo y social, se posibilita la detección precoz de cualquier alteración, trastorno o dificultad que afecte el desarrollo global del niñ@.

Durante el curso 2012-2013 se han puesto en marcha en Fundación Salud Infantil sesiones de Psicomo-



**LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE** LA VIDA DE **UN NIÑO SE CARACTE-RIZAN POR LA GLOBA-**LIDAD



LA PRÁCTICA
PSICOMOTRIZ
OFRECE AL
NIÑ@ LA
POSIBILIDAD
DE HACER UN
RECORRIDO
QUE PARTE
DEL "PLACER
DE ACTUAR" Y
TERMINA CON
EL "PLACER DE
PENSAR"

tricidad Terapéutica para l@s pequeñ@s de Atención Temprana. En ellas, grupos muy reducidos de niños y niñas participan en actividades propuestas por una fisioterapeuta, que fomentan el alcance progresivo de control sobre el propio cuerpo (autonomía), inducen a la exploración del medio y, finalmente, favorecen la motivación del movimiento.

Puesto que continúa siendo una actividad dentro del centro de Atención Temprana, en estas terapias se llevan a cabo programas de trabajo bien definidos, flexibles y personalizados. Dicho de otra manera, se plantean objetivos específicos para cada niñ@, teniéndose en cuenta los diferentes ritmos de aprendizaje así como las posibles dificultades que presenta cada caso.



## Terapia asistida por otáridos

En el año 2012,
la Fundación Río
Safari concede
a Salud Infantil
la posibilidad
de que sus niñ@
de Atención
Temprana, entre
tres y seis años,
formen parte
del proyecto de
Terapia Asisitida
con Otarídos
(TAO)





Es una terapia asistida con animales, leones marinos, en la que se refuerza la comunicación, atención, memoria, control de impulsos, motricidad, entre otras habilidades Tronco y pélvis quedan alineados, mientras que los miembros superiores quedan libres para jugar



Los asientos pélvicos se utilizan en edades tempranas para provocar una alineación de la postura en los tres planos del espacio

La decoración elimina el aspecto poco estético del yeso blanco e influye directamente en la aceptación del asiento por parte de la familia y el niño



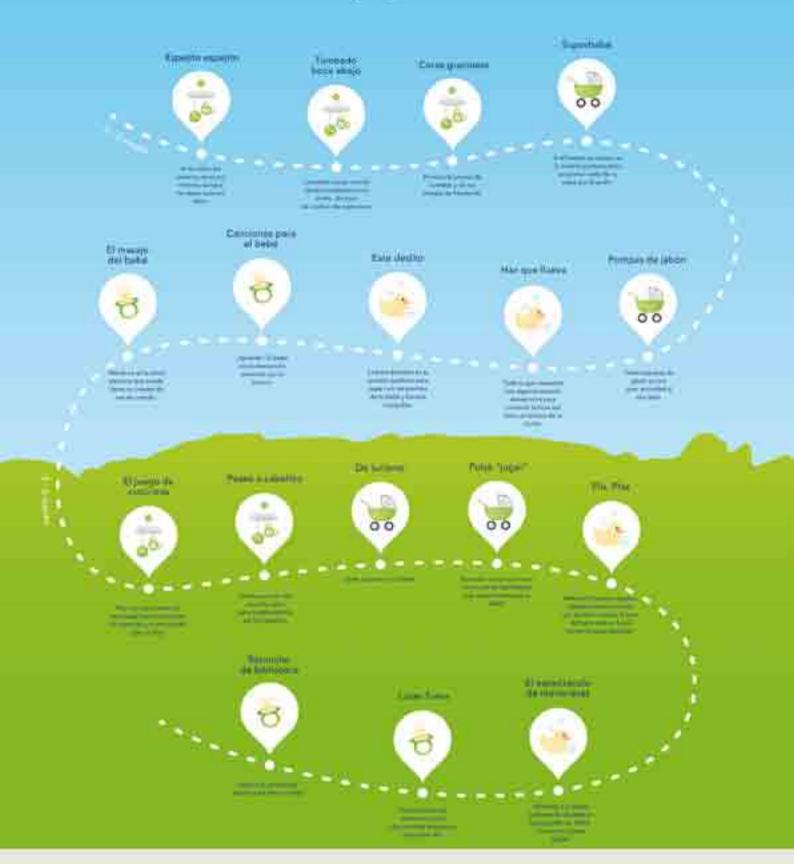
Un asiento en escayola puede repetirse varias veces en función de las correcciones, mejorías observadas o del crecimiento rápido del niño

Los asientos moldeados pueden incorporarse al mobiliario diario infantil como el cochecito de paseo, la silla infantil, etc.



### Asientos pélvicos

### amezingbaby Linidac



### Alimenta y celebra los avances de tu bebé

Cuanto mas ve tu biju, más aprende. Y se algu importante durance su primer ado de sella. Enfatia: Premium 2 es la primera inche infamili de eficacia clinicamente probada paca el dimanollo visual del bebe, con les niveles adecuados de CHA\* La ingesta de DAA convibuye el decarrollo vissol normal de jos niños hasta los 12 mesos de edad. Estos efectos beneficioscise pueden elcaruar con el consumo de 100 mg dianos de CHA, los quales son aportados por Enfalac Premium 2 junto a una dieta divereficade\*\*. La apticación gratuita Amazing fishy se sycduré a excrudar el desarrollo de tu bobe durente su primer año de vida

### Descarga la aplicación para tu iPhone o Android: meadjohnson.es/babyapp







La terapia acuática, una forma lúdica de estimular el desarrollo infantil

## Unidad Terapia Acuática



### Todos al agua!

### UNA FORMA GLOBAL DE AFRONTAR LA DISCAPACIDAD

La terapia acuática, dentro del marco de la atención temprana, supone un complemento al trabajo que se realiza en sala. La estimulación acuática a bebes o matronatación responde a otras necesidades que se derivan de igual forma de lo que nos aporta el agua y de las posibilidades que nos ofrece. El porqué de la necesidad de complementar el tratamiento fisioterápico en seco con dicha terapia, se deriva de los numerosos beneficios del agua, tanto a nivel psicomotor como a nivel fisiológico y emocional

Principalmente, al ser un medio ingrávido y al estar el agua caliente, nuestros niños son capaces de conseguir objetivos como:

- → Mejora capacidad respiratoria y cardiaca
- Normalización temporal del tono muscular
- → Mejora coordinación motriz
- → Fortalece sistema inmunológico
- Relajación integral
- → Trabajo esquema corporal
- → Analgesia agua caliente

**LA ESTI-**MULACIÓN **ACUÁTICA** A BEBÉS O **MATRO-**NATACIÓN, **RESPONDE A OTRAS NECESIDA-DES QUE SE DERIVAN TANTO DE LO QUE NOS APOR-TA EL AGUA COMO DE LAS POSI-BILIDADES QUE NOS OFRECE** 



Estos objetivos responden a la parte motriz del desarrollo del niño con patología, pero, también, se consiguen otros de vital importancia para los pequeños que, en el medio seco no capacidad tienen de desplazamiento y en ocasiones ni de movimiento, circunstancia que compromete la estabilidad emocional, el desarrollo personal y la capacidad de autonomía del niño.

### Y PARA LA INTEGRACIÓN....

Además de las terapias, para el abordaje integral de la patología así como las dificultades a nivel emocional, contamos con los grupos de matronatación y natación adaptada, en los cuales se entremezclan niñ@s sanos con niñ@s patológicos. Así, damos la oportunidad de realizar el mismo trabajo a todos, potenciando aun más si cabe los objetivos anteriormente mencionados.

De todos estos beneficios, no solo disfrutan l@s niñ@s que necesitan tratamiento, también sus papás, que ven, día a día, como sus hijos son capaces de hacer las mismas cosas que los demás, lo que supone una fuente de motivación. Sabemos que el buen estado anímico de la familia, así como el ser capaces de afrontar y asumir la patología de sus hijos, avuda a los profesionales y a los hijos de obtener mejores

resultados en el tratamiento a trabaiar con niñ@s felices.

Además, y por si fuera poco, l@s niñ@s sanos que integran el grupo aprenden a convivir con la discapacidad y a normalizarla, siendo esto también vital para su desarrollo integral como personas, fomentando la igualdad entre todos y siendo capaces de ver más allá de las limitaciones que puedan presentar sus compañeros de grupo.

LOS NIÑ@S
SANOS
QUE INTEGRAN
EL GRUPO
APRENDEN
A CONVIVIR CON LA
DISCAPACIDAD Y A
NORMALIZARLA



Así pues también se trabajan objetivos como:

- → Exploración movimiento de los miembros y del eje corporal en todos los planos del espacio
- → Autonomía de desplazamiento, en ocasiones sin tener que requerir de ayudas técnicas
  - → Igualdad con otros niños
  - → Aumento de autoestima
  - → Bienestar general por sensación de ingravidez
  - Parte lúdica de la terapia
  - → Mejora de la confianza en sus capacidades
  - → Estabilidad emocional del niño

Dichos objetivos, además de mejorar el estado anímico de nuestros pequeños, nos facilita el trabajo en sala también, de hecho en numerosas ocasiones nos encontramos pequeños desmotivados y deprimidos al hacerse conscientes de sus limitaciones y de las dificultades que presentan respecto a sus iguales. En el agua, son capaces de acortar las distancias que les separan de otros niños de su edad que no presentan ninguna patología. •

### **REFLEXIÓN**

Muchas veces nos sucede, y hablo como fisioterapeuta, que nos centramos en extremo en intentar abordar las patologías de nuestr@s niñ@s desde un punto de vista motor, intentando tratar músculos, tendones, huesos, enfrentándonos a difíciles alteraciones neurológicas, etc. Y entre tantos objetivos puramente motrices, a veces nos perdemos, y no somos capaces de ver más allá. En niñ@s con patologías graves, es normal ya que el trabajo puramente fisioterápico ocupa todo nuestro empeño y esfuerzo.

Por esto, la terapia acuática resulta de gran utilidad y ayuda no solo a nivel motor ya que l@s niñ@s están más motivados, más felices, más colaboradores con mayor autoestima y en definitiva, más accesibles y con mayor predisposición al trabajo en sala.

Razones suficientes para decir.....

**ITODOS AL AGUA!** 





La Unidad de Respiro Infantil nace como un lugar de integración educativa que complementa la Atención Temprana

## Unidad Respiro Infantil

### ¿Qué es la Unidad de Respiro Infantil?



LAS ACTIVIDADES SON
VARIADAS
Y CAMBIAN
EN FUNCIÓN DE LA
EDAD. SU
ASPECTO
LÚDICO Y
EDUCATIVO
FOMENTA
LAS HABILIDADES

Es un lugar de integración que pretende cubrir las necesidades del niño discapacitado y/o con necesidades educativas especiales, así como las de los pequeños sin patologías. Surge como consecuencia de la necesidad creciente de un lugar educativo con personal especializado en la integración de niños en situación de riesgo biológico y/o social con otros cuyo desarrollo evolutivo está normalizado. El Respiro Infantil tiene pues como objetivo principal la integración social y educativa.

La atención diaria la lleva a cabo un equipo de educadoras responsables de las aulas, en colaboración con un equipo multidisciplinar integrado por psicólogas, logopedas, fisioterapeutas y personal sanitario.

Las actividades son variadas y cambian en función de la edad. Su aspecto lúdico-educativo fomenta las habilidades, tales como la intervención con los iguales y las capacidades, como por ejemplo, la coordinación psicomotriz. Otras actividades fomentan la estimulación auditiva, el lenguaje etc..

El Respiro Infantil ofrece un servicio de prevención y asesoramiento a la familia así como la intervención terapéutica al niño en su medio natural. Su medio natural, claro está, es el entorno educativo (su aula). Este método se pone en práctica con los pequeños que precisan de una intervención debido a problemas en su desarrollo. •

Los principales recursos y actividades están a disposición de las familias y son explicados en la reunión que se convoca al inicio de cada curso.

### El proyecto educativo ofrece:

### 1. Aspecto Organizativo:

a. Espacios y tareas organizados según las necesidades evolutivas de l@s

### 2. Aspecto Educativo:

- a. Actividades de autonomía o de
- → L@s niñ@s con problemas de alimentación reciben en la hora de la comida la atención directa de una logopeda y una psicóloga.
- b. Actividades académicas organizadas en los horarios de máxima alerta del niñ@ y guiadas en función de un provecto educativo.
- → Niños con necesidades educativas disponen de una ayuda psicológica permanente cuvo provecto educativo está adaptado a sus necesidades.
- c. Actividades creativas combinadas que potencian la adquisión del aprendi-
- d. Actividades evolutivas combinadas que potencian el aprendizaje y la
- > Las actividades están supervisadas por un equipo especializado.
- → Todas las clases disponen de actividades de estimulación auditiva y psicomotricidad.

### 3. Aspecto lúdico:

- a. Hay una parte de actividades lúdi-
- serie de actividades, tales como excursiones y semanas culturales.

### El proyecto psicológico ofrece:

- 1. Evaluación anual a todos los niños, que tendrá lugar la primera semana de enero.
- → En casos necesarios y, en función del criterio del profesional o por de-

### 2. Ayuda educativa permanente/ temporal:

- a. Apoyo terapéutico en aula:
- → La escuela dispone de un psicólogo especialista integrado en el aula para niñ@s con necesidades educativas.
- → Ofrece apoyo y asesoramiento a padres y educadores.
- → Ofrece apoyo directo en activi
  - b. Intervención terapéutica directa:
- → Si el niñ@ requiere de una intervención terapautica podrá recibir el tratamiento, según criterio profesional, en el aula o en las salas de trabajo, dentro del programa de atención tempra-
- 3. Gabinete de asesoramiento a disposición de los padres, para dudas e inquietudes de sus pequeñ@s.

### **CUADRO DE ACTIVIDADES TÉCNICAS**

### **D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL**

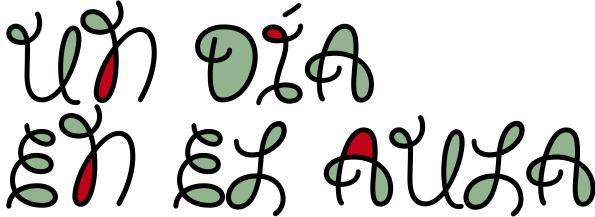
Tengo dos años; bueno, es lo que me ha dicho mi madre. Me ha explicado también que soy mayor y que tengo que jugar con otros niños y aprender muchas cosas. Hace un mes, mis padres me llevaron al Respiro Infantil. Al llegar me encontré con una mujer muy risueña, a la que llaman iaia. No sé por qué la llaman así. No se parece a mi abuela, pero me gusta mucho. Siempre tiene algo bonito que decirme cuando paso delante de su mesa, justo antes de irme corriendo al patio, que es muy grande y tiene el suelo verde. No me quedo a jugar porque tengo que ir a mi clase. No importa, sé que saldré más tarde a jugar con mis amigos.

Cuando llego a la puerta de mi clase, mi tata me coge de la mano, a veces en brazos, y siempre nos reímos. Hoy me ha dicho que ha preparado un taller de manualidades, con globos. Ella los convierte en animales. Con ellos nos contará una historia y me ha prometido que pondrá las canciones que tanto me gustan.



Miro al interior de la clase donde ya hay varios compañer@s. Entro corriendo, pero mi madre me llama para que le dé un beso. Le doy varios porque parece que está triste por dejarme solo. Algun@s de mis amig@s me besan y otros me abrazan o me empujan. Siempre, mi amiga Sofía viene a buscarme. Quiere que juegue con ella. A mi me gustan sus juegos.





La tata me llama para ponerme el babi. Todavía no consigo ponérmelo solito. Luego me siento en una colchoneta muy grande con el resto de l@s niñ@s. Es el lugar donde celebramos la asamblea. Lo llaman así porque estamos todos juntos. Nos damos los buenos días, hacemos palmas (creo que para despertarnos) y cantamos. Luego miramos por la ventana. Dice la tata que es importante que sepamos qué tiempo hace cada día. Es entonces cuando el responsa-



ble del día pega el sol o las nubes en la pizarra. El, con la varita mágica que tenemos en clase, también nos cuenta: Uno, dos, tres etc. Así sabemos cuant@s amig@s no han podido venir al cole. Siempre les mandamos besos porque suelen estar malitos.

En la asamblea, mi tata nos explica que hoy vamos a usar pintura de dedos. No sé lo que es, pero tiene pinta de ser muy divertida. Ha dicho que cad@ un@ tendrá un pincel y que, en medio de la mesa, habrá unos botes de pintura para que experimentemos y nos inventemos nuevos colores. Yo prefiero meter los dedos y las manos en el bote.



El dibujo que hago es mucho más bonito. La tata me ha dicho que está muy bien. No lo entiendo. Mi madre no me deja hacerlo en mi casa. Mis amig@s también meten los dedos y las manos. Mi compi tiene pintura hasta en el pelo y parece un payaso. Tiene la nariz verde. ¡Qué risa!

En el respiro, todos los días son distintos. Mañana trabajaremos el proyecto educativo, ha dicho la seño. Nos dan un libro, en el que pegamos pegatinas, dibujamos y un montón de cosas más. Otros días viene a vernos una chica a hacer psicomotricidad. Nos ha explicado que nos va a enseñar a hacer cosas para ser fuertes y ágiles. Una veces pasamos por debajo de un gusano,





### **D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL**

otras, saltamos unos aros y chutamos una pelota hasta que marcamos un gol. Con ella ya he aprendido a dar la voltereta y a andar sobre una cuerda.

Se me ha olvidado contar una cosa muy importante. Yo, hablo inglés. Me lo ha enseñado mi tata. Yo sé decir dos nombres distintos para designar una misma cosa. Sé más que mis padres. Además tocamos instrumentos. La tata lo llama estimulación auditiva. El juego consiste en escuchar los sonidos que hace mi seño y reconocerlos. Todos tocamos los instrumentos. Unos soplan, otros golpean con unos palos o con las manos y el resto sólo mira.



Nos lo pasamos bomba. Después de tanto reír nos toca lavarnos las manos para poder almorzar. ¿Qué me darán hoy? Mi tripa no deja de hablar y de pedirme comida. ¡Qué buena estaba la leche! Ya me puedo ir al patio con mis compañer@s. Formamos un tren mientras escuchamos una canción que nos está enseñando la seño.

### UN DÍA EN EL AULA



Ya estoy en el patio. Subo al tobogán, juego con la arena y las hojas de los árboles, miro a través de la valla a la gente y los perros que pasean por las laderas del río. Cuando escucho "el tren de Madrid", me voy corriendo con mis amig@s porque sé que ha llegado la hora de irse a clase. Quiero ser el primero de la fila.



Como soy de la clase de los mayores, tengo que hacer pipí y lavarme las manos solo para poder ir a comer. Luego me siento para que mi tata me ponga la servilleta y me dé mi botella de agua. Cuando vemos que se acerca el carro de la comida, siempre aplaudimos y decimos: "Comida, comida". Yo como solo y de prisa. Me gusta mucho



comer. De vez en cuando mancho la mesa y el suelo. No pasa nada. Luego limpian las tatas.

Después de comer, algún@os amig@s se van a sus casas. Yo, con much@s otr@s, me voy a dormir. La tata nos pone música suave y no tardo nada en dormirme. Cuando





me despierto, ella me está esperando. Hoy me toca cine, pero otros días hacemos cosas con la plastilina, jugamos con las construcciones. Después merendamos todos y la tata nos pone guap@s porque nuestros padres tienen que venir a recogernos. Mientras tanto escuchamos música y bailamos.



Tengo ganas de que sea mañana para volver a ver a mis amig@s



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

L@s niñ@s disfrutan de un amplio programa de actividades relacionadas con las fechas más señaladas del calendario escolar.

























31 octubre















### **D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL**









### OTRAS ACTIVIDADES



















### DIA DE LA SIN BARRERAS DISCAPACIDAD 3 diciembre















### D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL





































### **D-UNIDAD RESPIRO INFANTIL**







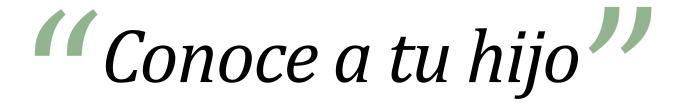








### PROYECTO PSICOLÓGICO



LA FUNDACIÓN SALUD INFANTIL PRESENTA A LOS PADRES EL PROYECTO "CONOCE A TU HIJO", QUE SE LLEVA A CABO CON L@S NIÑ@S QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE RESPIRO INFANTIL

### ¿QUÉ OBJETIVO PERSIGUE?

En la Fundación Salud Infantil consideramos de gran importancia que l@s niñ@s crezcan de forma saludable. Los tres primeros años de vida son muy importantes para conseguir un nivel de desarrollo óptimo en todas sus áreas. El objetivo de este proyecto es, pues, conocer de forma más detallada el estado evolutivo actual de l@s pequeñ@s e informar de ello.

### ¿QUIÉN LO LLEVA A CABO?

El equipo de la Unidad de Atención Temprana, integrado por cinco psicólogas, dos logopedas y cuatro fisioterapeutas, realiza una evaluación individualizada de l@s pequeñ@s.

### ¿EN QUÉ VA A CONSISTIR?

Las evaluaciones se llevaran a cabo por periodos y grupos de clase, a lo largo del mes de enero. En aquellos casos que la educadora detecte un posible desfase en el desarrollo, la evaluación del niño se realizará antes de la fecha preestablecida.

Al inicio del periodo se entrega una carpeta a las familias, que consiste en un consentimiento informado, la estructura del proyecto, una ficha técnica y un test de desarrollo adecuado a la edad de desarrollo del niño. Todos los documentos deben rellenarse y entregarse a la educadora. Dicha información es muy importante a la hora de completar la evaluación que se lleva a cabo.

Una vez finalizado el periodo de evaluación, se comunican los resultados a los padres a través de un informe evolutivo que se entrega junto a las pautas de actuación ajustadas a las necesidades de cada niñ@ o a la fase evolutiva en la que se encuentra.

Igualmente se informa sobre que este proyecto da la oportunidad a las familias de solicitar asesoramiento, con el fin de ayudarlas a abordar los problemas diarios más comunes, tanto en casa como en la Unidad de Respiro Infantil.

Si surgen dudas y preocupaciones, padres y madres tienen la posibilidad de dirigirse a la responsable del programa psicológico de la Unidad de Respiro Infantil, Jéssica Piñero Peñalver. •

D-URI: OPINIÓN

FERNANDO VARGAS
PROFESOR DE PEDRIATRÍA DE LA UMH
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA
DEL HGU DE ELCHE

## Alimentación saludable

Hay una frase que dice "somos lo que comemos". Quizá sea exagerada pero algo de cierto hay. La especie humana dio un gran salto evolutivo al cambiar los hábitos alimenticios e introducir el consumo de proteínas de origen animal en su dieta. Poblaciones florecientes declinaron o se extinguieron por problemas nutricionales. La actual epidemia de obesidad tiene su origen en la selección genética de individuos ahorradores de energía como un plan de supervivencia ante situaciones de escasez o hambruna. La actual calidad de vida, defensa ante las infecciones y mayor altura, ha ido asociada sin ninguna duda a una gran calidad en la alimentación.

### COMPOSICIÓN Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS

Los alimentos podemos clasificarlos según sus componentes elementales: proteínas, grasas e hidratos de carbono, además de otros componentes como agua, oligoelementos, vitaminas, fibra, etc.

Los distintos componentes deben guardar una proporción entre ellos y de algunos es necesaria una ingesta mínima diaria (grasas y aminoácidos esenciales, yodo, hierro, calcio, etc.). En los años 50-60 la población de Estados Unidos según publicaciones suyas, consumía un 40-45 % de grasa, un 30-35 % de hidratos de carbono y un 20-25 % de proteínas. Entonces la obesidad era prácticamente inexistente y la tasa de enfermedades cardiovasculares mínima.

En 1992 el Departamento de Agricultura de USA publica la famosa pirámide nutricional (figura 1), ampliamente extendida por todo el mundo y de la que se han hecho versiones en múltiples idiomas, donde establece cómo deben consumirse los distintos nutrientes y marca los porcentajes de calorías en un 55 % de hidratos de carbono, un 30 % de grasas y un 15 % de proteínas. Las consecuencias de estas recomendaciones han hecho de Estados Unidos el



Figura 1

país más obeso del planeta y con una tasa de enfermedades cardiovasculares muy elevada.

Por otra parte en todos los manuales de nutrición y en las guías oficiales de recomendaciones de alimentación se aconseja hacer 5 comidas al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.

De todas estas medidas, tanto de la composición calórica como del número de tomas, no hay ninguna evidencia científica.

Recomendaciones de consumo mínimo de algunos nutrientes: No entramos en la ingesta mínima de hierro o yodo cuya relación con patología está claramente demostrada. Déficits nutricionales de hierro, excepto en la época del lactante o en personas con enfermedades crónicas, son poco frecuentes. El yodo es más importante, en especial en embarazadas, en las que el tiroides de la madre es fundamental para un adecuado desarrollo del sistema nervioso central y la futura inteligencia de ese individuo. La ingesta

LA ESPECIE
HUMANA
DIO UN
GRAN SALTO EVOLUTIVO AL
CAMBIAR
LOS HÁBITOS DE
ALIMENTACIÓN EN SU
DIETA

habitual no cubre con frecuencia las necesidades mínimas, por lo que la administración de suplementos se hace vital para el feto.

Otra cosa es el consumo recomendado de calcio. La leche de madre es el alimento ideal y único para el recién nacido durante los primeros seis meses de vida. En su defecto se utilizan leches adaptadas, de composición muy similar a la leche humana.

Después se aconseja en la mayoría de las guías, un consumo mínimo de leche de vaca entre 500 y 750 cc. para asegurar, en teoría, un consumo adecuado de calcio. Este es el mineral más abundante del organismo y representa hasta el 2 % del peso total del cuerpo, que equivale a 1200-1500 gr. Hay periodos de la vida, como el primer año y la adolescencia, en que un consumo adecuado de calcio supone un apósito óseo correcto y la prevención de la osteoporosis en la edad adulta.

Pero la leche como aporte preferente de calcio es muy discutible, por el porcentaje de otros oligoelementos, por la proporción de proteínas con una mayor cantidad de caseína, porque la supresión de la grasa (leches desnatadas) dificulta sensiblemente la absorción, y porque el volumen a consumir es excesivo en comparación con la ingesta posible de otros nutrientes. El queso puede tener hasta 10 veces más contenido de calcio por 100 gr de alimento (tabla 1). Por otro lado se ha evidenciado epidemiológicamente que los países más consumidores de leche tienen un número mayor de personas con fracturas de cadera.

Ca en mg/100

da en mg/ 100	
Leche	120
Yogur	140
Queso (parmesano)	1350
Pescado	150
Huevo	50
Cereales (avena)	100
Hortalizas (espinaca)	136
Legumbres (soja)	260
Frutos secos (almendras)	270
Chocolate (blanco)	270

Tabla 1

En resumen la leche es un nutriente mas, y no hay evidencia de la necesidad de un consumo mínimo para asegurar un aporte adecuado de calcio, pudiendo ser sustituida con mayores ventajas por otros alimentos.

Las recomendaciones de consumo mínimo de agua son igualmente discutibles. Se aconseja ingerir un mínimo de 2 litros al día. Hay que recordar que a lo largo de una jornada bebemos otros líquidos, té, café, jugos, aparte de la conteni-

da en frutas, verduras y otros alimentos. En el proceso de la digestión de una comida ordinaria, el organismo puede procesar hasta 8 litros de líquidos. Sí es importante, en especial en la infancia, no sustituir el agua por zumos, bebidas azucaradas o bebidas comerciales.

Suplementos vitamínicos, de minerales o de otros principios inmediatos, no tienen utilidad en individuos sanos.

### EL PROBLEMA DE LAS GRASAS

Está claramente demostrada la relación entre ciertas alteraciones de los lípidos en sangre y complicaciones cardiovasculares. El colesterol total no tiene mucho valor dentro de ciertos límites, sino la relación entre sus dos componentes, el HDL-C o colesterol bueno, y el LDL-C o colesterol malo. Los triglicéridos tienen incluso mayor riesgo, y los vemos elevados en obesidad y ciertas alteraciones de los hidratos de carbono. La relación de mayor riesgo para un individuo es: triglicéridos elevados, LDL-C elevado y HDL-C bajo.

Las grasas consumidas las dividimos en saturadas e insaturadas, y son las primeras las que hacen elevar el LDL-C. En cambio las poliinsaturadas elevan el HDL-C que tendría un efecto protector de la aterogénesis. Pero dentro de la insaturada hay a su vez dos tipos, la que contiene ácidos grasos de tipo "cis", y la que los contiene de tipo "trans". Esta última elevaría el LDL-C y disminuiría el HDL-C. Se encuentra fundamentalmente en margarinas que se utilizan en rebozados, lácteos industriales y bollería industrial.

También sabemos que nuestro organismo, el exceso de carbohidratos circulante lo convierte en el hígado en grasa saturada. Solo algunos ácidos grasos insaturados, como los omega-3 y omega-6, somos incapaces de sintetizarlos por lo que los llamamos esenciales y deben formar parte de la dieta. Por tanto empeñarnos en una restricción de la ingesta de grasa, en la idea de efecto protector de las complicaciones cardiovasculares, corre el riesgo de limitar el consumo de los ácidos grasos esenciales y de la grasa insaturada "cis", beneficiosa para la salud.

### LA PIRÁMIDE NUTRICIONAL

Ya hemos comentado que esta imagen fue elaborada por el Ministerio de Agricultura de Estados Unidos y que no participó ninguna entidad médica. El diseño es enormemente acertado, de gran impacto visual, y del que se han realizado versiones en la mayoría de idiomas. La base está ocupada por hidratos de carbono de alto índice glucémico (pan, cereales, pasta, bollería, etc.), de la que recomiendan la ingestión de 6 a 11 raciones diarias. Las frutas y verduras están en el segundo escalón, y las legumbres y el pescado

**ESTÁ CLA-RAMENTE DEMOS-**TRADA LA **RELACIÓN ENTRE CIERTAS ALTERA-CIONES DE LOS LÍPIDOS EN SANGRE Y COMPLI-CACIONES CARDIO-VASCULA-RES** 

### **D-URI: OPINIÓN**

en el tercero, productos que consideramos la base de la dieta mediterránea.

Los intereses comerciales parecen estar claramente detrás de estas recomendaciones. En el protocolo original figuraba el compromiso de revisarla y actualizarla cada 5 años, y solo 14 años después se hizo la primera modificación. En el 2003 el departamento de Salud Pública de la Universidad de Harvard publicó una pirámide alternativa (figura 2) en la que la fruta, verdura y legumbres estaban en el segundo nivel, y al vértice pasaban los azúcares, pan blanco, pastas y bollería, además de recomendar ejercicio físico diario. En ella insisten en que lo importante no es la cantidad de grasa que se ingiere sino la calidad de esta, y que los lácteos es un producto sobrevalorado. Esta publicación con el título "Reconstruyendo la pirámide nutricional" pasó sin pena ni gloria.

Nuestra unidad, tomando como base las recomendaciones de Harvard y de otras pirámides alternativas y la experiencia en al manejo de la obesidad infantil y la diabetes, ha elaborado una pirámide propia (figura 3) en la que la base la forman los nutrientes característicos de la dieta mediterránea (frutas, verduras, pescado, aceite de oliva y huevos), el último escalón, es decir menos raciones diarias, pan, pasta, patatas, bollos, etc., y como grupo de alimentos o prohibidos o a evitar en lo posible bebidas azucaradas, pasteles, bollería industrial, o productos azucarados.

### EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DEL GÉNERO HUMANO

La dieta de nuestros primeros antepasados era omnívora pero con gran cantidad de alimentos vegetales. A partir del "homo habilis" hay una transformación progresiva con la inclusión de otros nutrientes, inicialmente insectos y pequeños animales. El gran cambio aparece hace unos 400.000 años con el "homo neanderthalis" y después con el "homo sapiens", caracterizado por la capacidad de fabricar herramientas y armas para cazar grandes mamíferos, que nos convierte en individuos cazadores-recolectores, que se alimentan preferentemente de carnes magras de los animales de caza, complementado con frutas silvestres y frutos secos. Ello permitió un marcado desarrollo de la masa encefálica y la inteligencia, aumentó significativamente la talla y la fuerza, y con pocas enfermedades crónicas o degenerativas.

Más recientemente, apenas 10.000 años, aparece la agricultura y la domesticación de animales (oveja, cabra y vaca), nos alimentamos principalmente de vegetales, semillas de cereales y legumbres, es decir una dieta más rica en hidratos de carbono y más pobre en proteínas. Esta modificación da lugar a la aparición de enfermedades crónicas y carenciales, caries y disminución de la talla,



Figura 2

por una menor ingesta de proteínas animales de alto valor biológico.

Esto supone también una adaptación genética para permitir el acumulo de energía en forma de grasa en periodo de abundancia, que permitiera sobrevivir en periodos de escasez, a veces muy prolongados. Estos cambios en los genes han persistido hasta la actualidad, no ha habido tiempo para adaptarse a las rápidas modificaciones actuales, y ante la abundancia de alimentos, esos genes que nos conferían mayores posibilidades de supervivencia, hoy pueden actuar facilitando la aparición de enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión, hiperlipemia y complicaciones cardiovasculares.

### APETENCIA POR DIFERENTES NUTRIENTES

Otro aspecto apenas considerado habitualmente es el aprendizaje del gusto. Existen pocos estudios que revelen datos concretos sobre los mecanismos fisiológicos implicados en la percepción del gusto en humanos, y las propiedades químicas de los sabores. El primer alimento de nuestra especie es la leche materna, un producto con un perfecto equilibrio entre grasas y proteínas y con un hidrato de carbono, la lactosa, con poco valor edulcorante. Si tras este alimento introducimos nutrientes de fuerte sabor dulce y alto contenido calórico como son los cereales, marcaremos el cerebro de ese lactante como una apetencia para siempre de este tipo de productos, que condicionará la preferencia de por vida de alimentos similares.

Por otro lado los niños aprenden por imitación. Si en el estilo de vida actual muchas familias apenas consumen frutas, verduras y legumbres, el niño desarrollará estos hábitos el resto de su existencia. De ahí la importancia de ser muy cuidadosos en la introducción de alimentos diferentes a la leche de madre, y aconsejar a las familias una

LOS INTE-RESES CO-MERCIALES PARECEN ESTAR CLA-RAMENTE DETRÁS DE RECOMEN-DACIONES alimentación variada que posibilite al niño la educación en una alimentación más racional.

ERRORES Y MITOS EN LA ALIMENTACIÓN

En el último tercio del siglo pasado y lo que llevamos de este, se ha pasado de hablar de alimentación equilibrada y variada, a hablar de alimentos sanos, naturales, ecológicos, biológicos, funcionales, nutraceúticos, farmaalimentos, etc. Estamos en una situación de caos con informaciones confusas y contradictorias, sin evidencias científicas establecidas, por lo que la prudencia debería ser la recomendación más adecuada.

Por otro lado hay un conjunto de creencias y normas religiosas o políticas que han dado lugar a tendencias diferentes, incluso opuestas, en la alimentación. A esto unimos las modas, la influencia de sectas, asociaciones y grupos que preconizan las maravillas de las más diversas dietas.

Los mitos en alimentación son incontables, desde que las espinacas dan fuerza, la fragilidad de las uñas por falta de calcio o el limón produce anemia, hasta que cuando se come menos el estómago se encoge. A lo largo de los siglos se han atribuido propiedades milagrosas a miel, jalea real, bayas de sauco, propóleo, ginseng, ajo o incluso vino.

Hay multitud de dietas con propiedades supuestamente adelgazantes: hiperproteicas, hipergrasas, disociadas, etc., o alimentos que tienen propiedades adelgazantes como que la piña disuelve la grasa, o que la ingesta de manzana adelgaza porque se gasta más energía de la que tiene al masticarla. El único alimento que adelgaza es el que queda en el plato sin ser ingerido.



Figura 3

Todas estas ideas y recomendaciones inundan la prensa diaria, semanarios, televisión e internet, solo explicable por la gran cantidad de dinero que se mueve alrededor del mundo de los alimentos y las empresas que están detrás.

### **CONCLUSIONES**

El mejor alimento para el lactante durante sus primeros meses es la leche de su madre. En caso de no ser posible hay que recurrir a leches adaptadas. La introducción de alimentos diferentes a la leche, lo que se llama alimentación complementaria, debe hacerse antes de los 6 meses de vida y de forma cuidadosa evitando productos de alto valor calórico o de sabor dulce.

La etapa de la primera infancia es fundamental en el aprendizaje de una alimentación variada y sana. El rechazo a la introducción de nuevos alimentos se supera con insistencia. Se considera que a veces es necesario insistir hasta 10 veces para conseguir la aceptación.

La inmensa mayoría de las personas tienen una tendencia genética al ahorro de energía, por lo que cualquier exceso calórico, casi constante en nuestros días, se traduce en un almacenamiento en forma de grasa y a la larga sobrepeso u obesidad.

En nuestro estilo de vida actual debe evitarse la ingestión de hidratos de carbono de alto índice glucémico (fundamentalmente harinas, dulces y bebidas azucaradas), que son rápidamente metabolizados a ácidos grasos y grasa.

Hay que ser prudentes en las recomendaciones que se vierten a través de los medios de comunicación y en las dietas o productos milagrosos, carentes casi siempre de evidencia científica.

La dieta mediterránea sigue recomendándose como la más adecuada para una mayor calidad de vida, pero en la realidad debido al ritmo de vida actual, es casi imposible de realizar.

El ejercicio diario es el complemento perfecto para mantener un metabolismo adecuado. No hacen falta grandes sofisticaciones y una actividad tan sencilla como subir escaleras, supone más gasto energético que cualquier deporte.

La actual situación de sobrepeso y obesidad en cerca de un tercio de la población, puede suponer que la próxima generación tenga una calidad de vida y una supervivencia media peor que sus padres, circunstancia insólita en la evolución de nuestra especie. Por ello la colaboración de todos es esencial. •

EL MEJOR
ALIMENTO
PARA EL
LACTANTE
DURANTE
SUS PRIMEROS MESES
ES LA LECHE DE SU
MADRE

# Centro de Neurodesarrollo Infantil: Potenciando Capacidades

La estimulación sensorial pretende despertar sensaciones que permitirán un desarrollo óptimo en el niñ@

## Unidad Estimulación Sensoriomotriz

## ¿Qué es la Unidad de Estimulación Sensoriomotriz?

A TRAVÉS DEL JUEGO SE CONSIGUE ESTIMULAR EL DESARROLLO DE TU PEQUEÑ@



### PSICOMOTRICIDAD APRENDER CON EL MOVIMIENTO

A través de los talleres de

PSICOMOTRICIDAD se pretende fomentar el equilibrio, la coordinación, la manipulación fina y gruesa, entre otras muchas habilidades. Para ello, la fundación cuenta con un equipo de fisioterapeutas que ofrecerán talleres, en grupos reducidos, de edades comprendidas entre los 18 meses y los 6 años.

### CON UNA ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y ADECUADA SE LOGRA POTENCIAR SUS HABILIDADES

LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL ES DE GRAN IMPORTANCIA EN EL PROCESO PERCEPTIVO Y EN LA INTERACCIÓN DEL NIÑO CON SU ENTORNO.

MAMÁ, PAPÁ... ¿JUGAMOS?



## Otras Actividades



La Fundación Salud Infantil ofrece diversión a los más pequeñ@s en verano y plantea además el aprendizaje de todas las habilidades de la vida diaria

## Escuela de Verano

### **ESCUELA DE VERANO**



POL

Primera Semana: Los oficios
Jardineros, bomberos, policías
locales, policías nacionales,
médicos y enfermeras. Cada
uno explicó y demostró a
los niños en qué consiste su
trabajo.



### ESCUELA DE VERANO





### Segunda Semana: Anatomía

Se pretende que los niños conozcan su cuerpo de una manera distinta a la académica. Han hecho máscaras para reconocer las facciones de la cara y para tomar conciencia de su cuerpo dibujaron su silueta en papel continuo y la pintaron. Con los dedos realizaron, con capas de escayola, muñecos y luego los transformaron en animales, por ejemplo.



### **JULIO 2012**

### Quinta Semana: Búsqueda del Tesoro

Se preparó un mapa en función de las historias inventadas durante la semana anterior y los niños, con la ayuda de pistas proporcionadas por las educadoras, tuvieron que encontrar objetos relacionados con el cuento y pegarlos en un mural.



### Cuarta Semana: Expresión Corporal y Deportes

Las educadoras organizaron una gincana con el juego del paracaídas. Así mismo, los pequeños tuvieron que protagonizar un cuento de sombras con ayuda de linternas y papeles de color. Además, con recortes de revistas y periódicos elaboraron otro cuento que representaron posteriormente con ayudas de disfraces.









### **Tercera Semana: Colores y Texturas**

La intención de la escuela es que los pequeños aprendan a través de los sentidos. Sus útiles de trabajo fueron frutas y otros alimentos. Hicieron estampaciones con rodajas de champiñones sobre papel continuo. Además trabajaron las texturas con harina y sal, realizaron un taller de globoflexia y un collage con materiales naturales y objetos reciclables.





Tod@s somos fundación

## Las familias hablan

### La historia de Alma



Un día, como cualquier otra pareja, nosotros, José y Leo, decidimos que había llegado el momento de ser padres. Detrás quedaban catorce años de noviazgo y otros cinco de casados. Pensamos que ya estábamos preparados para esta maravillosa, pero a la vez difícil, experiencia vital.

Durante cinco años lo intentamos sin resultados. En una ocasión estuvimos a punto de conseguirlo. Un embarazo ectópico frustró nuestras esperanzas. Finalmente fue a principios de un mes de agosto cuando nos llegó la feliz noticia. Esta vez, sí que sí. Lo habíamos conseguido y todo iba a ir bien. Es lo que pensábamos. Nada más lejos de la realidad. Empezaba una gran odisea.

El embarazo empezó maravillosamente bien. No hubo mareos, ni angustias. Sin complicaciones. Todo bien.

Desgraciadamente diagnosticaron un cáncer a mi madre cuando llevaba dos meses de embarazo. Le operaron y la sometieron posteriormente a quimioterapia. Poco tiempo antes, mi padre había sufrido dos infartos cerebrales.

Nunca volvió a ser el mismo. Yo no quería que

nada de todo esto influyera en mi embarazo. Evidentemente, una no está hecha de hierro.

Las preocupaciones familiares, unidas a las laborales, acabaron afectándome. A las 27 semanas y 5 días de gestación tuve pérdidas de sangre y contracciones. Ingresé en el Hospital del Vinalopó, desde donde me derivaron urgentemente al Hospital General Universitario de Elche. Me daba cuenta de que no había ya marcha atrás y que mi niña, mi preciosa niña, quería nacer como fuera. Creo que pensó que estaría mejor fuera del seno de su madre.

Durante tres largos y penosos días, los médicos me retuvieron el parto. Incluso me llegaron a decir que rezara para que no naciera ya porque existía el riesgo de que muriera en el parto o a los pocos días. Me advirtieron de que si sobrevivía cabía la posibilidad de la existencia de secuelas para toda la vida.

El 15 de febrero de 2011, a las 28 semanas y un día de gestación, rompí aguas, de madrugada. En cada contracción, en vez de empujar, cerraba las piernas y apretaba hacia mis adentros. Repetía: "No salgas cariño, no salgas mi amor, espera un poco más". No me escuchó. A

TE TRES
LARGOS Y
PENOSOS
DÍAS, LOS
MÉDICOS
ME RETUVIERON EL
PARTO

las 7.05 horas llegó al mundo el mejor regalo de nuestras vidas: Alma, nuestra niña preciosa.

Tenía pavor a que mi hija naciera muerta o no se hubieran terminado de formar algunos órganos. Ya me habían advertido de que los pulmones son los últimos que se forman. Gracias a Dios, la pequeña salió llorando a pleno pulmón. Pensé: "¡Qué suerte! Las inyecciones para madurar los órganos habían hecho su efecto".

Cuando estás embarazada, y más cuando es la primera vez, la gente te dice que todos los dolores del parto se olvidan cuando tienes a tu bebé en los brazos. Yo, no pude. A mi hija se la llevaron corriendo, envuelta en plástico. Sólo acerté a verle su cabecita, con su pelo negro, cuando la sacaron del paritorio. Después de una larga espera, cuando me subieron a planta, mi única obsesión era ver a mi niña. No dejé de ir a verla en los días siguientes y sufrí las consecuencias. Perdí todos los puntos de sutura.

Las primeras semanas fueron un verdadero calvario. Yo era un manojo de nervios. Quería preguntar continuamente cómo estaba, si había alguna complicación, si las pruebas eran buenas, si evolucionaba dentro de la normalidad etc.. .....Todo eran dudas, tanto por lo que me decían como por los silencios del personal facultativo. Quiero decir que todo el personal, tanto los pediatras como las enfermeras de Neonatos, fueron maravillosos con nosotros.

Cuando nació mi hija, un grupo de cuatro profesionales llevaban a cabo un programa de investigación sobre los beneficios de los cuidados centrados en el desarrollo óptimo de los prematuros, teniendo en cuenta diversos factores, como son la disminución del ruido, de la luz, el programa canguro, el respeto a la manipulación mínima, etc.. Con ello se pretendía conseguir la modificación de las condiciones ambientales en el servicio de Neonatología. Yo considero, en vista de los resultados con mi hija, que el programa es todo un éxito. Espero que siga en marcha.

**ESTÁS EM-BARAZA-**DA, Y MÁS **CUANDO ESLA PRIMERA VEZ, LA GENTE TE DICE QUE TODOS** LOS DO-**LORES DEL PARTO SE OLVIDAN CUANDO** TU BEBÉ EN **LOS BRA-**ZOS



### LAS FAMILIAS HABLAN

Nuestra estancia en el hospital se prolongó casi dos meses. Mi hija pasó por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), en la incubadora, en los boxes con incubadora y, finalmente, en los boxes con cunas. Allí nos encontramos con muchos papás y mamás cuyos bebés estaban inmersos en situaciones similares a la de mi hija. Nos solidarizamos y nos hicimos amigos. En muchos casos, nuestra amistad ha pervivido.

Estando en el hospital, profesionales de la Fundación Salud Infantil contactaron con nosotros. Nos explicaron qué era la atención temprana a los bebés prematuros y la necesidad de

realizarla cuanto antes. Nos han ayudado muchísimo en el desarrollo de nuestra hija, Alma, tanto en nuestra estancia hospitalario como en los meses siguientes. De hecho, Alma sigue en tratamiento en la fundación. Sus profesionales consiguen, cada mes, acortar la distancia existente entre su edad real y la corregida.

Nuestra hija es nuestra alma. No es casualidad que eligiésemos este nombre para ella. Llegó en un momento de nuestras vidas algo difícil. Ella se ha convertido en el alma de todos nosotros, los que estamos y los que se fueron. •





# Curiosidades de nuestra ciudad El Palmeral

#### **CURIOSIDADES**

ELISA VARGAS AMELIN LICENCIADA EN RECURSOS NATURALES Y GESTIÓN AMBIENTAL



# Gestión integrada del Agua en los Oasis, el caso de Elche

#### **RESUMEN**

Los oasis son ecosistemas delicados y con características específicas que los convierten en parajes únicos ligados a circunstancias culturales e históricas muy particulares. El agua, catalizador de estos ecosistemas, ejerce de elemento clave para su subsistencia y desarrollo. Sin una adecuada gestión integrada de los recursos hídricos, este tipo de ecosistema peligra aún más. Es decir, se requiere de una gestión conjunta de aguas superficiales y subterráneas, considerándo los diferentes usos del agua de manera conjunta, permitiendo así la supervivencia de estos ecosistemas y su desarrollo socioeconómico y cultural, así como la protección del medio ambiente. Ciertas actividades antrópicas, la sobreexplotación de los recursos, la escasez de agua y las sequías, afectan negativamente a estos sistemas. Este artículo hace hincapié en el ejemplo del "Oasis de Elche", y describe las principales características ligadas a la gestión del agua en su entorno.

**GRAN PAR-TE DE LAS** PRECIPITA-**CIONES SE PRODUCEN DURANTE** EL OTOÑO, **SIENDO ESTAS** FRECUEN-**TEMENTE TORREN-**CIALES

#### INTRODUCCIÓN A LOS OASIS

Los oasis son ecosistemas delicados que se dan principalmente en climas áridos y semiáridos. Es decir, se presentan en zonas con precipitaciones medias anuales bajas, en torno a los 200 mm/año o a menudo inferiores, con niveles de evapotranspiración altos. Los países de la cuenca mediterránea presentan a menudo estas características climatológicas, con inviernos suaves y largos veranos con escasas precipitaciones, lo que atrae especialmente al turismo, pero también origina importantes problemas ligados al estrés hídrico. Gran parte de las precipitaciones se producen durante el otoño, siendo estas frecuentemente torrenciales, provocando pérdidas de vidas humanas e importantes daños económicos. Aunque existe una notable irregularidad espacial y temporal, las precipitaciones anuales oscilan de media entre los 400 y los 600 mm en gran parte de los países Mediterráneos (Hamdy y Lacirignola, IAMB). En España, Galicia cuenta con las precipitaciones más altas, 2.000 mm/año, y Almería con cifras inferiores a los 200 mm/año (MIMAM, 2000) tal y como muestra el mapa 1. En el caso del Elche, y para comprender las características de su oasis, la cifra es de 238 mm/año (AMETSE, 2011).

El agua, juega sin duda, un papel esencial en el desarrollo de los oasis, ya que estos ecosistemas a menudo se presentan como islas o fragmentos, dentro de extensas zonas áridas.

Les une, por tanto la fragmentación y condiciones hidrológicas inusuales, como microclimas. Un curso de agua, permanente o efímero, o un acuífero que permita el afloramiento de vegetación en zonas donde ésta es escasa, mantiene la humedad, evita la deseca-



Mapa 1. Precipitación anual media (datos SIA, 2011).

ción completa del lugar y proporciona protección al suelo evitando su erosión. En ocasiones, esta vegetación, adaptada a condiciones extremas, puede sobrevivir sin agua durante largos periodos, rebrotando y aflorando con escasas lluvias y proporcionando un hábitat para numerosas especies animales.

Sin embargo, según Naciones Unidas, precisamente por su valor, los oasis, con un potencial biológico superior al del resto de zonas que les rodean o dentro de un desierto, son más susceptibles a las presiones producidas por el aumento de población y tienden a constituir puntos potenciales de degradación (UNEP, 2006). En la región mediterránea, encontramos diferentes ejemplos de este tipo de ecosistemas, que cumplen con las característica mencionadas como puede ser Azraq en Jordania, Fayoum, Siwa, Al-Bahariya y Kharga en Egipto, Kébili, Gabès, y Gafsa en Túnez, M'Zab y Beni Isgem en Argelia, Tamegroute y Marrakech en Marruecos, Chinguetti en Mauritania, o el de Elche en España por citar algunos (Cultura del Oasis, 2010).

En relación a los aspectos culturales, estos ecosistemas han jugado papeles importantes en el desarrollo sociocultural de ciertas regiones. Han representado puntos de encuentro de caravanas en rutas comerciales de zonas áridas. De ahí la importancia que han tenido para el mestizaje, el contacto entre civilizaciones o los intercambios culturales. Por otro lado, han propiciado asentamientos y actividades económicas, como la agricultura, la alfarería y otras producciones artesanales, como canastos y esteras hechos, por ejemplo, de palma. Al representar un punto importante de suministro de agua, vegetación y productos específicos, albergaron grupos nómadas, permitido el posterior nacimiento de núcleos poblados, que a menudo evolucionaron en importantes ciudades o puntos turísticos destacados.

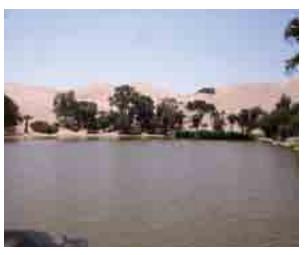
En este tipo de ecosistemas, las condiciones climáticas y orográficas, se han unido a la actividad sociocultural, y por tanto, han necesitado del equilibrio entre actividades humanas y la protección del medio para su subsistencia.

Los escasos y valiosos recursos hídricos han propiciado su uso de manera altamente controlada. Por ello, los oasis presentan técnicas de riego y aprovechamiento de agua muy articulados que han dado lugar a la producción de recursos agrícolas.

En un gran número de oasis, la palmera datilera, Phoenix dactylifera, representa la vegetación más característica, dado que es un árbol adaptado a regiones muy cálidas con precipitaciones bajas e irregulares e incluso a cierto grado de salobridad en el agua del subsuelo. Por estas características, ha sido un árbol de gran valor para los pueblos del desierto a lo largo de la historia y se estima que se cultiva desde hace más de 5.000 años (López, G., 2001).

La palmera, así como otras especies vegetales, han permitido la obtención de productos específicos como dátiles, palma, higos, granadas, almendras, u olivas. Este tipo de productos y actividades agrícolas han fomentado el desarrollo de gastronomías y folclores específicos.

Pero en cualquier caso, se puede afirmar que la esencia del ecosistema es el agua, por muy escasa que sea, ya que sin ella, la palmera, los afloramientos de



Oasis de Huacachina, Perú

EN UN
GRAN NÚMERO DE
OASIS, LA
PALMERA
DATILERA,
PHOENIX
DACTYLIFERA, REPRESENTA
LA VEGETACIÓN MÁS
CARACTERÍSTICA

vegetación, los cultivos y la actividad humana asociada, no habrían sido posibles. El agua, sigue siendo aquí, como en muchos otros entornos, el motor de desarrollo, necesario para todas las actividades socioeconómicas (agricultura, industria, turismo), y el sustento del entorno.

#### GESTIÓN INTEGRADA DE LOS RECURSOS HÍDRICOS

Para la apropiada protección y conservación de los oasis, es esencial asegurar una gestión integrada de los recursos hídricos (GIRH). Para ésta, aunque existen diferentes acepciones, la definición más extendida es la siguiente "[...] un proceso que promueve la gestión y el desarrollo coordinados del agua, la tierra y los recursos relacionados, con el fin de maximizar el bienestar social y económico resultante de manera equitativa, sin comprometer la sostenibilidad de los ecosistemas vitales" (GWP TAC, 2000).

En cuanto a los recursos hídricos del oasis, éste es alimentado generalmente por acuíferos, arroyos, o ramblas que traen aguas tras las tormentas, y rara vez por cursos de agua permanentes. Por ello, y dado que presentan a menudo escasez de agua y se encuentran en zonas donde las sequías son predominantes, esta gestión integrada del agua es aún más importante si cabe en su entorno. Es necesario, en estos ambientes, lograr un máximo aprovechamiento, fomentando el ahorro y uso racional de los recursos, adecuando las actividades socioeconómicas a los recursos disponibles, algo que no siempre se promueve.

También en los oasis, las obras hidráulicas históricas han jugado un papel importante. De hecho, la falta de agua, ha fomentado la construcción y el desarrollo de ingeniosas obras para controlar y gestionar los recursos hídricos, modelando el paisaje y adaptando los recursos a las necesidades humanas del momento. Obras como las acequias, las pequeñas presas o azudes, las norias, los molinos hidráulicos, o las primeras redes de saneamiento son comunes en la zona. Las galerías drenantes, quizá menos conocidas, sistemas de captación de aguas subterráneas para el abastecimiento o el regadío, son comunes en España, en el Sahara y en toda la cuenca mediterránea y forman parte de una importante cultura hidráulica (Hermosilla, J.,

#### **CURIOSIDADES**

2008). Todas estas obras, en la actualidad, a menudo declaradas patrimonio histórico, han seguido manteniéndose y continúan en uso en muchos lugares, como por ejemplo en Elche, donde pueden observarse sistemas de riego tradicionales e los huertos de palmeras.

#### EL AGUA EN EL OASIS DE ELCHE: SITUACIÓN, GESTIÓN, PROBLEMAS Y SOLUCIONES

El Oasis de Elche presenta unas características particulares. Quizá el aspecto más particular es el milenario palmeral de Phoenix dactylifera, el único por su extensión y belleza en Europa con más de 61.000 ejemplares. La teoría, quizá más aceptada, es que esta especie, proveniente del norte de África, fue introducida en la Península Ibérica hace 2.000 años y los moriscos implantaron técnicas de riego adaptadas a la aridez, tan característica de la zona, en los huertos de palmeras ilicitanos hace más de 800 años (ICOMOS, 2000).

Además, en el entorno de Elche, encontramos humedales cercanos a veces interconectados, y de alto valor ecológico, hábitats de numerosas aves acuáticas autóctonas y migratorias, como son las salinas de Santa Pola, el Clot del Galvany, o el Hondo, aunque este último se encuentra en el límite de dos cuencas hidrográficas perteneciendo a la Demarcación Hidrográfica del Segura.

Fue en ese entorno donde convergieron religiones y sociedades, fomentando el desarrollo sociocultural de la zona. Las acequias y azudes, entre otras obras hidráulicas consistían la esencia del sistema de riego hasta el siglo XX, el cual fue modernizado progresivamente mediante otro tipo de obras hidráulicas, como el embalse de Elche, o canales de riego de mayor envergadura, como se comenta más adelante.

El desarrollo urbano se fue integrando paulatinamente en los huertos de palmeras. Cuando las autoridades detectaron que ambos elementos no siempre se encontraban en equilibrio, se comenzó a promover la protección de las palmeras en los años 20 y 30, y posteriormente en 1986 mediante la Ley de Tutela del Palmeral (ICOMOS, 2000). En cuanto a las características de este oasis, el desarrollo urbanístico, la expansión poblacional y la complejidad en el abastecimiento del agua, han hecho que su aspecto y gestión haya cambiado considerablemente en los últimos 100 años.

Y quizás del sistema del Oasis original, quede más bien poco, y como legado en un lema turístico, aunque parte de su valor paisajístico ha quedado integrado en la

Por otro lado, el río Vinalopó que atraviesa la ciudad y que fue testigo de importantes asentamientos y guerras históricas, presenta una alta salinidad, por su paso por materiales salinos solubles, lo que le confiera una contaminación natural. Este río presenta además un caudal bajo, y en él los vertidos urbanos e industriales (contaminación antrópica), así como las extracciones para los distintos usos han ido en aumento ligados al desarrollo de la zona (Bru, C. 1992). Como anécdota en cuanto a la calidad del agua circulante, cabe mencionar que ésta mejora en el río al dejar la ciudad, debido a los volúmenes urbanos que son vertidos al río y que permiten tanto el aumento del caudal como su capacidad de dilución.

Actualmente, la alta demanda de agua para abastecer a la creciente población y a otros usos como la agricultura, han hecho que la captación, transporte y gestión de los recursos hídricos sea altamente compleja, y dependa en gran medida de la calidad requerida en cada caso. En el sistema se cuenta con numerosas infraestructuras conectadas, potabilizadoras y depuradoras. El agua para uso urbano proviene de pozos de Villena, conducciones de la Mancomunidad de Canales del Taibilla (que distribuye aguas tanto de origen subterráneo, como superficial, proveniente por ejemplo del Trasvase Tajo-Segura), y de la desaladora de Alicante. Además, se cuenta con un sistema paralelo de aguas de riego (que requieren tratamientos muchos menos rigurosos que el agua para uso doméstico) provenientes del trasvase Júcar-Vinalopó (MCT, Aigües d'Elx 2012).

En resumen, la mayor parte del agua consumida en este entorno, tiene origen fuera de él (de otras fuentes que no son el río Vinalopó: trasvases, recursos desalados etc.), lo que conlleva un importante gasto energético y económico. Por otro lado, gran parte del agua es captada y desviada de la cabecera del río Vinalopó, por lo que el curso de agua que atraviesa la ciudad está fuertemente mermado.

La falta de agua para abastecer a las crecientes demandas, tanto en Elche, como en la región, se ha traducido en un mayor uso de recursos no convencionales como la reutilización de aguas depuradas residuales, principalmente en el uso de riego de jardines o limpieza de calles, o la desalación de agua de mar proveniente de distintas plantas de la zona. A pesar de los principales efectos negativos de estas técnicas, como el alto coste energético o los desechos de producción (salmuera en el caso de la desalación), se está permitiendo obtener recursos hídricos adicionales de manera garantizada para los distintos usos, liberando aguas superficiales y subterráneas. Estos recursos adicionales al utilizarse para abastecer parte de la demanda proveniente de actividades como el turismo o la agricultura, permiten, en cierta medida, que parte del agua de cauces naturales o de acuíferos se libere, aliviando cierta presión y alimentando ecosistemas asociados (Estrela y Vargas, 2008).

En cualquier caso, la situación hídrica en Elche y alrededores sigue presentado un balance muy delicado, donde las demandas a menudo exceden los recursos

**SIGUE SIENDO NECESA-RIA UNA MAYOR CONCIEN-**CIACIÓN **CIUDADA-NA SOBRE EL VALOR ECOLÓ-GICO Y CULTURAL DEL EN-**TORNO, DE **LA RIQUE-ZA QUE SUPONE EL OASIS** 



Vegetación típica del oasis de Elche

disponibles, produciéndose casos de sobreexplotación de acuíferos y cauces con excesivas extracciones.

Entre la soluciones existentes, se plantea un enfoque más generalizado (por ejemplo por cuenca hidrográfica) o globalizado de la gestión del agua, aparcando a un lado los intereses locales. Esto conlleva el ser conscientes de que extracciones aguas arriba, o vertidos puntuales en un tramo del cauce del Vinalopó, afectarán aguas abajo, produciendo problemas de disponibilidad de recursos y de contaminación. Asimismo, los impactos hídricos afectarán a los ecosistemas asociados a las masas de agua, y por tanto a toda la actividad socioeconómica y ambiental ligada a éstas.

De esta manera, la reforestación de la cuenca del Vinalopó, especialmente en la cabecera, para la cual están ya planeados proyectos concretos, o la conectividad de zonas húmedas mediante corredores verdes, puede contribuir de manera positiva en varios ámbitos. Por un lado, la reforestación mejora la estabilidad del suelo, evitando su deterioro, erosión y posibles fenómenos de desertificación asociados. Por otro, esta estabilización del suelo, mediante especies autóctonas y adaptadas a las condiciones climáticas, y la vegetación de ribera, permite el mantenimiento de humedad y protección de ecosistemas acuáticos ligados a los cauces.

Asimismo, se debe continuar reforzando las campañas de sensibilización ciudadana, para que se asimile el valor tanto económico, como social y ambiental del agua, especialmente valioso en zonas áridas y con valor ecológico importante.

También, es imprescindible alcanzar un mayor control extracciones y de la calidad de las aguas, reforzando la aplicación y cumplimiento de la legislación existente. Sólo reduciendo y controlando más el número de extracciones, vertidos industriales y urbanos en los cauces, así como contaminación difusa por prácticas agrarias y ganaderas en recursos subterráneos, se logrará su protección y gestión sostenible.

En relación a la agricultura, práctica con mayor consumo de recursos hídricos en la región, hay recomendaciones que siguen siendo necesarias. Es imprescindible continuar y fomentar la modernización del regadío, logrando ahorros y fomentando cultivos más

productivos con menor aporte de recursos hídricos. El uso de contadores, ya de por sí extendido, es esencial para asegurar un buen control del uso del agua, aplicar el principio de "quien usa paga", y controlar con la mayor exactitud posible las extracciones de los acuíferos. En esta línea, la Confederación Hidrográfica del Júcar viene realizando desde el año 2004 un mayor seguimiento de las extracciones mediante una red de contadores (con cerca de 40 puntos de control) y lecturas sistemáticas en el Alto Vinalopó. Se ha logrado controlar cerca del 80% de volúmenes extraídos, y el objetivo a medio-largo plazo es equilibrar las extracciones y las recargas y sustituir progresivamente el uso de aguas subterráneas por otras de origen superficial (Júcar-Vinalopó, desaladoras, reutilización) y permitir la recuperación de los acuíferos (CHJ, 2009).

De manera paralela, la protección del patrimonio cultural y el riego tradicional, no sólo promueve la conservación de obras históricas y su legado, también transmite mensajes de valor cultural a la población y permite compaginar técnicas modernas en la protección de cultivos tradicionales como los presentes en los huertos de palmeras.

Sigue siendo necesaria una mayor concienciación ciudadana sobre el valor ecológico y cultural del entorno, de la riqueza que supone el oasis, la importancia del agua v su racionalización. Para ello, como se ha mencionado, se deben aunar esfuerzos para mejorar y modernizar las técnicas de regadío, fomentando el uso de nuevas tecnologías. Por último, la elección óptima de cultivos adaptados a las condiciones hídricas, climatológicas y edafológicas de Elche, será esencial para asegurar la protección del suelo y evitar el abandono de cultivos y vida rural asociada. Para lo cual, se debe continuar fomentado el cultivo de productos tradicionales (como la palma, los dátiles o las granadas) que dada su singularidad y baja producción en otras regiones, encuentran mercados económicos específicos y viables.

**CONCLUSIONES** 

El suave clima mediterráneo ha favorecido a lo largo de los siglos el asentamiento y crecimiento de civilizaciones. Más concretamente, los oasis, han supuesto

focos de afloramiento cultural, artesanal v agrícola debido a sus peculiares características y al importante papel del agua en éstos. Actualmente, la presión poblacional, turística urbanística industrial en toda la región mediterránea es insostenible y produce gra-



LOS OA-SIS, HAN SUPUESTO FOCOS DE AFLORA-MIENTO CULTURAL, ARTE-SANAL Y AGRÍCOLA DEBIDO A SUS PE-CULIARES CARACTE-RÍSTICAS

#### **CURIOSIDADES**

ves impactos medioambientales y especialmente en los recursos hídricos. Es esencial por tanto, lograr un equilibrio entre las actividades socioeconómicas y la protección del medio ambiente y de parajes tan especiales como los oasis.

El agua, potente motor de desarrollo, ha permitido mantener importantes actividades económicas como la agricultura y el turismo. Por otro lado, los principales problemas cuantitativos ligados al agua incluyen su distribución irregular, la alta demanda en periodos estivales, los conflictos entre sectores demandantes y su sobreexplotación. En los oasis, el frágil equilibrio hídrico, se ve afectado por estos problemas y especialmente por la sobreexplotación de acuíferos, fuentes vitales en muchos casos para su

subsistencia. En cuanto a los aspectos cualitativos, la contaminación de las masas de agua sigue siendo un claro reto en la mayor parte de los países de la cuenca Mediterránea. Estos problemas de calidad y cantidad, se ven además agravados por la escasez de agua y la sequía tan presentes en la región.

En el Oasis de Elche, el cual ha sufrido una importante evolución industrial y un rápido crecimiento de la población, se ha sabido valorar la importancia



Vegetación típica del oasis de Elche

de sus especies y la importancia vital del agua, cuya gestión y distribución presenta ahora una gran complejidad, mostrando un balance muy delicado entre disponibilidad y demandas. Se han aplicado importantes esfuerzos para mejorar la gestión del agua y minimizar los impactos negativos de las actividades humanas, incluyendo medidas de ahorro y control especialmente en el regadío. Sin embargo, queda pendiente fomentar aún más una cultura racional del agua, continuar con la modernización y mejora de su uso, y enfocar la gestión del agua desde un punto de vista regional e incluso global. Al mismo tiempo, la protección del legado histórico de obras hidráulicas adaptadas a condiciones extremas, y de muy baja disponibilidad de agua, debe ser compatible a la modernización,

aprendiendo de actividades milenarias de pueblos que supieron adaptarse y aprovechar al máximo los recursos disponibles, respetando el medio.

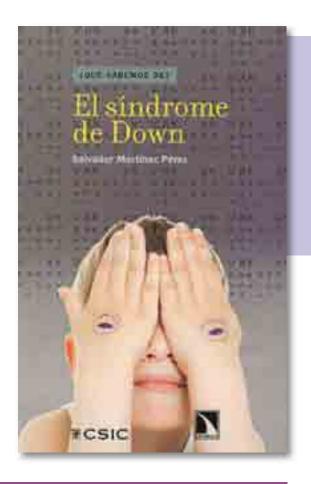
Sin una adecuada gestión del agua, y sin minimizar al máximo los impactos negativos producidos por las actividades humanas, no se logrará alcanzar un crecimiento económico ligado a la prosperidad social, protección medioambiental o eficiencia del uso del agua. •

#### **BIBLIOGRAFIA:**

#### **FOTOS, MAPA:**



#### LIBROS RECOMENDADOS



# Recursos Técnicos

REFERENCIA: 12056

**ISBN:** 978-84-00-09390-7

**NIPO:** 472-11-182-X

Nombre de colección: ¿Qué sabemos de...?

**NÚMERO: 25** 

LUGAR DE EDICIÓN: MADRID

**EDITORIAL:** CONSEJO SUPERIOR DE

Investigaciones Cientificas;

LOS LIBROS DE LA CATARATA

**Año:** 2011

**NÚMERO DE PÁGINAS: 96** 

#### EL SÍNDROME DE DOWN SALVADOR MARTINEZ PÉREZ

En este libro, un especialista en Anatomía y Embriología Humanas del Centro Superior de Investigaciones Científicas, Salvador Martínez Pérez, aporta los datos necesarios para comprender cómo una alteración a nivel genético, como es el Síndrome de Down, puede comportar una disfunción cerebral, en forma de discapacidad intelectual. Sin embargo, este volumen explica que, gracias a la plasticidad y adaptabilidad del cerebro, se pueden aplicar programas de actuación y de atención temprana en la educación de niñ@s que sufran dicha enfermedad. El objetivo es proporcionar los tratamientos adecuados, de forma temprana, para que los afectados puedan crecer de manera más autónoma y mejorar sus niveles de actividad y adaptación.

#### OPTOTIPOS "ML" LEONHARDT PARA NEONATOS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD MERCE LEONHARDT

Este libro está pensado para el profesional de Atención Temprana, así como para oftalmólogos, neonatólogos, pediatras, psicólogos, pedagogos y maestros de educación especial. Su objetivo se halla orientado hacia la:

- Observación de las capacidades visuales en neonatos
- Evaluación del funcionamiento visual en neonatos, prematuros, y bebés
- Evaluación visual para niños con dificultades visuales y niños con discapacidad
- Estimulación visual y recursos en Atención Temprana



ISBN: 978-84-615-9340-8, EDITA: FUNDACIÓN RAMON MARTÍ I BONET CONTRA LA CEGUERA, LUGAR DE EDICIÓN: BARCELONA, AÑO: 2012,

**Número de páginas: 188** 



LOS PADRES DE TRES NIÑOS DISCAPACITADOS CON DIAGNÓSTICOS DIFERENTES, OFRECEN EN PRIMERA PERSONA SU EXPERIENCIA VITAL.

ISBN: 978-84-938-1307-9 Número de páginas: 143 INCLUYE DVD

#### ENTIÉNDEME, ESCÚCHAME Y SONRIEME GENOVEVA MARTÍN JESSICA PIÑERO

Tras la experiencia de casi 12 años de trabajo, la Fundación Salud Infantil edita su primer libro sobre atención temprana. Un manual que cuenta la historia, en primera persona, de tres familias, cuyos hijos padecen una discapacidad. El relato personal se complementa con breves exposiciones sobre aspectos psicológicos que evidencian los padres inmersos en situaciones, muchas veces límite. Así mismo se ofrecen pautas a seguir para un adecuado manejo de las emociones vividas.



# En primera persona



#### SER MADRE, SABERSE MADRE, SENTIRSE MADRE PEPA HORNO

Pepa Horno nos relata en este libro la experiencia de ser madre: "Soy psicóloga infantil, y estaba acostumbrada a trabajar con familias. Ahora soy madre. Mi hijo José y yo somos, como dice él, una familia de dos y muchos más. Este libro recoge nuestra historia. Pero mi testimonio en este libro no es sólo como madre ni sólo como profesional. Estas páginas pretenden ser mi voz, una única voz, porque ya no puedo separar la madre y la profesional. Ni puedo ni quiero."

Rosa Regás argumenta en su prólogo al libro SER MADRE, SABERSE MADRE, SENTIRSE MADRE: "Así es este libro que tengo el honor de prologar: la lucha por un mundo mejor a partir del conocimiento de lo que nos ocurre. Un ejemplo definitivo de compromiso social y familiar, utilizando para ello valores tan positivos como la conciencia, el pensamiento, el sentimiento, el amor, todos al servicio de la libertad."

**ISBN:** 9788433024664

**COLECCIÓN:** APRENDER A SER

Edición: 1ª

**NÚMERO DE PÁGINAS:** 120

PRECIO: 9,00 EUROS

**ENLACE:** http://www.edesclee.com/ products.php/ISBN9788433024664

# III Congreso de Salud Infantil



## 5 de Octubre de 2013 Universidad Miguel Hernández *Elche*



Fore más información cossette mentza página web: svene fundaciosco/cdir/ontil.org

#### PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE CONGRESO, CONSULTE NUESTRA WEB

www.fundacionsaludinfantil.org

La Fundación cuenta con un equipo de especilistas que desarrollan actividades de caracter cientifico y docente, al margen de su actividad diaria. La celebracion del congreso es un ejemplo de ello. Participan profesionales especialistas en el área de la neonatología y la atención temprana, desde el punto de vista hospitalario. El acto, pretende ser un foro de debate para profesionales y estudiantes de todo el país que, además, podrán presentar trabajos en formato póster o comunicación oral.

# PRESENTACIÓN DEL III MANUAL DE LA FUNDACIÓN

www.fundacionsaludinfantil.org

En el congreso del día 5 de Octubre, se presentará el III manual que la fundación edita, coordinado por la psicóloga y coordinadora de programas de la FSI, Dña. Jéssica Piñero, en conjunto con el profesor y doctor en psicología de la Universidad de Murcia, D. Julio Perez y el Jefe de peditría del HGU de Elche y doctor en medicina D. Fernando Vargas. La parte práctica cuenta además, con la dirección de la psicóloga y coordinadora técnica de la FSI, Dña. Belén Candela. Pretende ser un manual de consulta enfocado desde una vertiente preventiva de la atención temprana que ilustra el trabajo terapeutico en las unidades neonatales con niños que nacen con factores de riesgo biológico y/o social o con alguna discapacidad.



## **ICOLABORA CON NOSOTROS!**

TU APORTACIÓN NOS AYUDA A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑ@S CON PROBLEMAS EN SU DESARROLLO EVOLUTIVO

### **BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN**

DESEO COLABORAR CON LA FUNDACIÓN SALUD INFANTIL		
NOMBRE Y APELLIDO	)S	
DIRECCIÓN		NºPISO
POBLACIÓN	PROV	NCIAC.P.
N.I.F.	TELÉFONO	
E-MAIL		
TIENE RELACIÓN COI	N LA FUNDACIÓN	
□ NO		
☐ SÍ. ESPECIFIQUE C	UÁL	
MI COLABORACIÓN:	PERIODICIDAD:	FORMA DE PAGO:
☐ 18 EUROS	☐ MENSUAL	TRANSFERENCIA BANCARIA: LA CAIXA C/C
☐ 30 EUROS	☐ TRIMESTRAL	Nº 2100-3764-96-2200017078
☐ 60 EUROS	☐ ANUAL	CHEQUE BANCARIO (A FAVOR DE LA FUNDACIÓN)
□ EUROS	☐ APORTACIÓN ÚNICA	(A FAVOR DE LA FUNDACION)  DOMICILIACIÓN BANCARIA (POR FAVOR, SÍRVASE COMUNICAR ESTA ORDEN DE PAGO A SU BANCO)
RUEGO ACEPTEN CON		ANCO COLABORACIÓN: QUE PRESENTA AL COBRO LA FUNCACIÓN SALUD ENTRAS NO RECIBAN ORDEN CONTRARIA.
FIRMA DE LA PERSONA INTERES	SADA O DE LA ENTIDAD (CON SELLO	
DATOS DEL TITULAR ENTIDAD		
NOMBRE	APELLIDOS	
		TELÉFONONº
POBLACIÓN	C. P.	PROVINCIA
CÓDIGO CÓDI	IGO SUCURSAL D. C.	NÚMERO DE CUENTA
DERECHOS DE ACCESO, CANCELAC	DE DATOS, LA FUNDACIÓN SALUD INFANTIL, EN TOS DE CARÁCTER PERSONAL, INFORMA QUE LO TICHEROS DEBIDAMENTE INSCRITOS EN EL REGIS JIÓN, RECTIFICACIÓN Y OPOSICIÓN PODRÁN SER D. DE PROTECCIÓN DE DATOS) ADMINISTRACION	CUMPLIMIENTO DEL ART. 5 DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE S DATOS DE CARÁCTER PERSONAL RECOGIDOS EN EL PRESENTE ISTRO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS, EN CUALQUIER CASO, LOS EJERCITADOS DIRIGIÉNDOSE A LA FUNDACIÓN SALUD INFANTIL @FUNDACIONSALUDINFANTIL.ORG

FIRMA

FECHA









