

Tema 11

La salud en la familia

La salud es nuestro bien más preciado. Valorarla y cuidarla es algo esencial para desarrollarnos como personas. Los padres tienen un papel fundamental en enseñar a sus hijos la importancia que tiene y mantenerla en su familia. Este capítulo aporta unas nociones básicas para conseguirlo: buena alimentación, ejercicio y el descanso reparador.

Elaboración:
Francisco J. Bueno Cañigral



A salud es el bien máspreciado y deseado por todos los seres humanos, tanto si la tienen como si no la poseen; constituyendo además un derecho su protección como recoge el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, que expone:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Es común a todas las personas el deseo de:

- Tener salud.
- Gozar de buena salud.
- Conservar su salud.
- Mejorar su salud.

Este deseo se asocia al concepto de **Bienestar** (sentirse bien), estando en contraposición con el concepto de **Malestar** (sentirse enfermo) y desde un extremo a otro se desarrolla la mayor o menor capacidad de funcionar de cada ser humano durante su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **Salud** como "**el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad**". Así mismo, también recomendó que para el año 2010, todos los estados europeos miembros de la OMS,

deberán garantizar que los profesionales sanitarios han adquirido los conocimientos, las actitudes y las cualificaciones necesarias para proteger y promover la salud: La educación de los profesionales sanitarios se debe basar en los principios de Salud para Todos, que les prepare para proporcionar unos servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación de buena calidad.

En nuestra sociedad, donde actualmente tenemos un razonable grado de salud individual y colectiva, todas las personas deseamos tener más salud, disfrutando más de todo lo bueno que la vida nos ofrece. Ya que tenemos un Sistema Sanitario bien definido, donde cabe casi todo, a los ciudadanos no les preocupa en exceso cuales sean los mecanismos técnicos para que el Sistema Sanitario les aporte más salud; por lo que este deseo trae como consecuencia el permanente aumento de los servicios de prestación asistencial y de cuidados socio-sanitarios, con el fin de que les aporten mucha más salud y calidad de vida a los ciudadanos que lo demandan.

Hay que seguir aumentando en el Sistema Sanitario las actuaciones que permitan a los ciudadanos ganar salud. El concepto de salud y las medidas para conservarla o reponerla en caso de enfermedad, se ha ido depositando en el transcurso de los años en los poderes políti-

cos; pero actualmente hay que ir trasladando ese concepto a cada uno de los ciudadanos, para que además de exigir sus derechos ante el Sistema Sanitario, asuman todas las personas la responsabilidad social de promocionar su salud de forma individual y colectiva, mediante la práctica de hábitos de vida saludable, entendiendo que la salud es un compromiso social, un bien que forma parte de nuestra cultura y da sentido a la vida de todos los ciudadanos.

En la actualidad las preguntas son:

¿Qué hace usted por su salud?

¿Qué hace usted por la salud de los demás?

Y al referirnos a los demás, hay que comenzar por los más próximos, por "los nuestros", comenzar por la **Familia**; ya que la familia como elemento nuclear de la sociedad, constituye el mejor Sistema de Promoción de la Salud, de Prevención de las Enfermedades y es además Generadora de Bienestar, pues la familia es la mejor escuela de vida, donde se inicia el aprendizaje, se educa, se imitan comportamientos y se recuerdan de por vida todas las pautas de actuación cotidiana, tanto las generadoras de salud, como las perniciosas para la salud física, mental y social.

A pesar de la gran influencia negativa que ejercen en la sociedad los medios de comunicación, que perdieron hace tiempo sus funciones primordiales de informar, entretener y educar; debemos reconocer que en contraposición, cada día tiene más importancia la actitud individual y la de la familia, que con su labor educativa ayuda al desarrollo sano de todos su miembros, contribuyendo al completo desarrollo personal y grupal mediante el cumplimiento de **dos objetivos**:

1. La adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para adoptar un estilo de vida saludable.
2. El impulso del conocimiento de los recursos institucionales sanitarios y sociales, para su utilización responsable.

La familia contribuye en la consecución de una buena salud por parte de cada uno de sus miembros; para lo cual es imprescindible la realización de actividades que nos conduzcan a la práctica de una vida sana, que se basa en **cinco pilares fundamentales**:

1. **Alimentación saludable:** Comer bien.
2. **Ejercicio físico y deporte:** Mantenerse en forma.
3. **Relaciones afectivos-sexuales:** Búsqueda de la complementariedad.
4. **Evitar los tóxicos:** Que contaminan el organismo.
5. **El Sueño:** Descanso físico y psíquico.

11.1. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Los alimentos son productos sólidos, líquidos o gaseosos que contienen sustancias nutritivas que los organismos utilizan para la fabricación o reposición de su propia materia y para que le suministren la energía necesaria para poder desarrollar todas las funciones corporales. Este aporte de energía que realizan los alimentos, se puede medir en el laboratorio para determinar el equivalente calorífico de cada alimento, mediante la combustión completa del alimento dentro de un calorímetro y midiendo el calor que se desprende. Así sabemos el **valor energético de los principios inmediatos**:

- Hidratos de Carbono o Glúcidos: 4,1 Calorías por gramo.
- Grasas o Lípidos: 9,3 Calorías por gramo.
- Proteínas o Prótidos: 4,1 Calorías por gramo.



La kilocaloría o caloría grande, es la cantidad de calor precisa para elevar la temperatura de un kilogramo de agua un grado centígrado (1° C).

Para conseguir un buen desarrollo corporal debemos mantener una alimentación sana, equilibrada, que debe basarse en la ingesta de poca cantidad y mucha variedad de alimentos, ya que en la actualidad el acceso a los mismos es muy fácil y asequible; pero hay que huir de las modas alimenticias, difundidas sobre todo por los medios de comunicación y consumir

diariamente de forma equilibrada los nutrientes básicos que contienen los alimentos:

- Hidratos de Carbono o Glúcidos
- Grasas o Lípidos
- Proteínas o Prótidos
- Agua
- Vitaminas
- Minerales

RECUERDE

Que para conseguir una alimentación saludable es muy importante consumir todo tipo de alimentos, que nos aporten los nutrientes básicos que nuestro cuerpo necesita, aprovechándonos de la gran variedad de alimentos que en la actualidad tenemos a nuestra disposición.

11.1.1. Hidratos de Carbono

Son sustancias compuestas por carbono, hidrógeno, oxígeno y agua, que constituyen la principal fuente de energía en los seres humanos para el desarrollo normal de las actividades diarias.

Los principales hidratos de carbono son los cereales, féculas, azúcares y celulosas.

Los Cereales (trigo, arroz, avena, centeno, maíz, mijo) son alimentos producidos en casi todos los países del mundo, de fácil cultivo, almacenamiento y conservación. El cereal de mayor consumo es el trigo, seguido del arroz, que tiene bajo contenido en proteínas y además es pobre en grasas.



A través de los cereales se consiguen diferentes productos, como son las harinas, las sémolas, el salvado, los copos y el germen, que se pueden combinar con otros alimentos como las hortalizas, las frutas y los lácteos para conseguir una correcta alimentación.

Composición de los Cereales (Contenido en 100 gramos de grano crudo)

	Hidratos de Carbono	Grasas	Proteínas	Calorías/100 gr.
Trigo	79,5	1,3	10,6	347
Cebada	78,2	1,4	8,6	355
Arroz	77,0	1,4	7,8	350
Centeno	75,0	1,6	8,2	341
Maíz	73,9	3,5	9,6	364
Avena	65,2	7,7	14,3	384

Las féculas o almidones, como la patata, el boniato, etc., al ser ingeridos en el organismo se descomponen lentamente sus polisacáridos en monosacáridos (glucosa) gracias al enzima amilasa que se encuentra en la saliva y en el intestino delgado.

Los azúcares se asimilan en el cuerpo con gran rapidez. Hay de dos tipos, los monosacáridos (glucosa y fructosa) que se encuentran en las frutas, dándoles los sabores característicos y los polisacáridos (sacarosa y lactosa), que se encuentra en la leche.

Las celulosas son los polisacáridos que componen las fibras vegetales, que se encuentran en las hortalizas, frutas, leguminosas, frutos secos y cereales integrales. Las celulosas tienen dos características importantes: Por una parte su ingestión da sensación de plenitud o saciedad, lo que hace que disminuya el apetito y por tanto el continuar tomando alimentos; por otra, las celulosas no producen calorías porque no son asimiladas por el organismo humano. Aquí reside la importancia de consumir celulosas de forma abundante en la dieta cotidiana.

Tenga en cuenta

Que la mejor forma de facilitar el tránsito intestinal de los alimentos, educando nuestras pautas higiénicas y evitando el estreñimiento, es consumiendo desde pequeños alimentos ricos en fibras vegetales.

11.1.2. Grasas

Son fundamentales para el funcionamiento del organismo humano, siendo la reserva energética del mismo, envuelven y protegen los órganos vitales del cuerpo ante posibles golpes, protegen el cuerpo ante temperaturas externas muy bajas y permiten la asimilación en el organismo de las vitaminas que se disuelven en las grasas (Vitaminas liposolubles: A, D, E y K).

Las grasas están compuestas por moléculas de glicerina y por diversos ácidos grasos como los triglicéridos. Los ácidos grasos se clasifican en saturados, monoinsaturados y poliinsaturados, siendo los más importantes los primeros y los últimos.

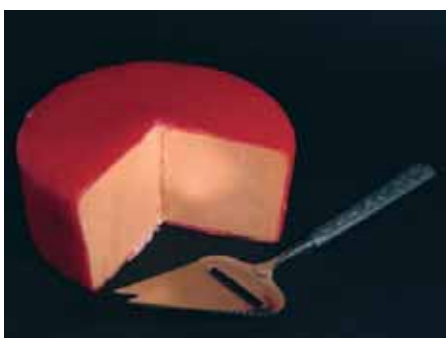
Los ácidos grasos saturados son sólidos a temperatura ambiente, tienen un alto contenido en colesterol y se encuentran en diferentes

cantidades en los siguientes alimentos: Leche entera, mantequilla, quesos grasos, nata, aceite, yema del huevo, carnes grasas, sesos, riñones, pescados azules, salmón, mariscos, chocolate, avellanas, nueces y en los productos de pastelería y bollería.

Los ácidos grasos poliinsaturados, aportan menos grasas al cuerpo, por lo que reducen el nivel de colesterol en la sangre y el riesgo de obesidad. Se encuentran en los diferentes tipos de aceites (oliva, maíz, soja, uva y girasol), en la margarina vegetal y en algunos pescados azules. Hay dos ácidos grasos poliinsaturados llamados esenciales, que el organismo no puede producir y que tienen que obtenerse mediante los alimentos que ingerimos en la dieta, estos son el ácido linoléico (de la familia de los omega 6) y el ácido alfa-linolénico (de la familia de los omega 3).

El acumulo excesivo de grasas en el organismo produce obesidad, arteriosclerosis y riesgo de enfermedades cardiacas y vasculares.

La ausencia de la ingesta de grasas, obliga al organismo a tener que producir la energía que necesita, utilizando primero la grasa que contienen los tejidos musculares y con posterioridad, la grasa que envuelve y protege los órganos vitales del cuerpo.



RECUERDE

Que los productos de bollería industrial, tan difundidos por los medios de comunicación, tienen un alto contenido en grasas y su consumo origina acumulo de colesterol.

La obesidad infantil tiene su origen en gran medida en el consumo excesivo de alimentos con ácidos grasos saturados.

11.1.3. Proteínas

Desempeñan un papel fundamental en la formación de los tejidos corporales, del pelo y las uñas, de las enzimas, de las hormonas reguladoras del metabolismo y de los anticuerpos que nos ayudan a combatir las infecciones.

Los tejidos del cuerpo humano lo conforman más de tres mil proteínas diferentes, cuyos componentes son los aminoácidos, que se combinan unos con otros y forman las diversas moléculas proteicas.

El organismo a través de las diferentes fases del metabolismo, sintetiza la mayoría de los aminoácidos a partir de las proteínas que obtiene de los alimentos que ingerimos.

Esos aminoácidos que sintetiza nuestro cuerpo se denominan aminoácidos no esenciales; pero hay diez aminoácidos, llamados esenciales, que el organismo es incapaz de sintetizar por lo que debemos aportarlos como tales a nuestro cuerpo con los alimentos que ingerimos (Arginina, Fenilalanina, Histidina, Isoleucina, Leucina, Lisina, Metionina, Treonina, Triptófano y Valina).

El alimento más completo de todos es la leche materna, que es un líquido complejo compuesto por los siguientes componentes:

- Hidratos de carbono: Contenido total 7 gramos/decilitro: Lactosa y Galactosa.
- Proteínas: Contenido total 1 g/dL: Caseína. Proteínas del suero (alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, inmunoglobulina A, aminoácidos libres como la cistina, taurina y tirosina).

- Grasas: contenido total 3,8 g/dL: Triglicéridos, ácidos grasos poliinsaturados omega 3 y 6, colesterol.
- Minerales: Contenido total 0,2 g/dL: Calcio y hierro.
- Vitaminas: C, D y K.
- Enzimas: Lisozima, lactoperoxidasa y lipasa.
- Factores defensivos para el correcto desarrollo del recién nacido: Constitutivos e inducidos.

Contenido de Proteínas de algunos Alimentos

Judías secas	22
Carne magra	21
Pescados	20
Almendras	18
Huevos	11
Pan integral	10
Leche	9
Pan blanco	9
Patatas	2

11.1.4. Agua

En los adultos el agua representa aproximadamente el 65 % del total de la masa corporal, de ahí la gran importancia que tiene su ingesta, pues constituye el medio indispensable para que pueda producirse la normal absorción, transporte y utilización del resto de los nutrientes de los alimentos.

Además sirve tanto para mantener el equilibrio osmótico corporal (líquido intracelular y líquido extracelular), como para eliminar toxinas.



nas a través de la orina y del sudor, regulando la temperatura corporal, enfriándolo sobre todo cuando el organismo se expone a altas temperaturas.

Los seres humanos necesitamos ingerir una media diaria de dos litros de agua, que pueden aportarse directamente mediante bebidas o indirectamente mediante la ingestión de alimentos, pues muchos contienen altos porcentajes de agua en su composición.

El aporte externo del agua está regulado mediante la sed, que está controlada por la eliminación del agua por la orina, por las heces, por el sudor y por la respiración básicamente y es lo que nos hace buscar el agua para compensar estas pérdidas. Aunque la sensación de sed no esté presente, es conveniente beber la cantidad de agua diaria antes dicha y aumentar su ingesta en épocas de calor, tras un sobreesfuerzo, en el embarazo, en los ancianos, etc., para contribuir al buen funcionamiento corporal y para evitar la deshidratación

Tomando solamente agua, una persona puede vivir muchos días, consumiendo las reservas de otros nutrientes que tienen en su cuerpo. Si sólo consumiera alimentos sólidos y no tomase nada de agua, este periodo de ayuno sería mucho más corto.

11.1.5. Vitaminas

Tienen mucha importancia en la regulación del metabolismo, ya que las vitaminas son nutrientes esenciales para muchas funciones del organismo. Se dividen en dos grupos:

Vitaminas Liposolubles: Su disolución se lleva a cabo en la grasa corporal.

● **Vitamina A (Retinol)**

Participa en los mecanismos de la visión, tiene acciones sobre el crecimiento y sobre algunas glándulas endocrinas y es necesaria para el desarrollo de la piel y de las mucosas.

Su carencia produce xeroftalmia, ceguera nocturna, ceguera permanente, retardo del crecimiento y alteraciones cutáneas (piel seca y uñas quebradizas).

Se encuentra en la mantequilla, la zanahoria, las hortalizas de hoja verde (espinacas), las frutas (albaricoque), huevos, leche y en el aceite de hígado de bacalao.

● **Vitamina D (Calciferol). D2 (Ergocalciferol). D3 (Colecalciferol)**

Es fundamental para la regulación del metabolismo del calcio y del fósforo, aumentando la absorción del calcio y favoreciendo el desarrollo óseo.

Su carencia produce raquitismo en el niño y desmineralización ósea en el adulto; por lo que su ingesta es importante a cualquier edad, contribuyendo en los ancianos a reducir la descalcificación propia de la edad.

Se encuentra en los pescados azules, el hígado de bacalao, de ternera y de cerdo; los lácteos y derivados, los huevos y en las setas. La luz solar es una fuente indirecta de vitamina D, ya que los rayos ultravioletas favorecen la absorción y la asimilación de provitaminas en vitaminas D.

● **Vitamina E (Tocoferol)**

Es un antioxidante biológico, que además favorece la fertilidad.

Su carencia produce destrucción de los glóbulos rojos, alteración muscular y del tejido conjuntivo, además de trastornos en la absorción intestinal de las grasas.

Se encuentra en los frutos secos, los huevos, la mantequilla, los espárragos, el aceite de oliva, la soja, las espinacas, los guisantes frescos y las judías.

● **Vitamina K. K1 (Fitomenadiona). K2 (Menadiona)**

Favorece la coagulación sanguínea, por lo que

es antihemorrágica. Su carencia puede producir hemorragias internas en el organismo. Se encuentra en las patatas, las coliflores, los tomates, las judías verdes, los guisantes frescos y las espinacas.



Vitaminas Hidrosolubles: Se disuelven en el agua, cada una de ellas tiene unas acciones específicas, pero estas acciones están muy relacionadas entre las vitaminas hidrosolubles. Si existe exceso de ellas en el organismo no constituye ningún problema, pues se eliminan por la orina, excepto la Vitamina B12, que permanece almacenada en el hígado.

● **Ácido Fólico**

Es necesario para la formación de ácidos nucleicos y para la reproducción celular (glóbulos rojos, glóbulos blancos y células nerviosas).

Su carencia produce anemia, alteraciones neurológicas, alteraciones digestivas y gingivitis.

Se encuentra en las lentejas, judías, verduras y frutas frescas.

● **Vitamina H (Biotina)**

En las células participa en múltiples reacciones, interviniendo además en el metabolismo intermediario de glúcidos, lípidos y proteínas.

Su carencia produce fatiga general, náuseas, alteraciones neurológicas, alteraciones de la piel y mucosas. Se encuentra en muchos alimentos tanto vegetales como animales (espinacas, levadura de cerveza, yema del huevo, hígado de ternera y de cerdo, etc.), por lo que su carencia de aporte es casi inexistente en el ser humano.

● **Vitamina C (Ácido Ascórbico)**

Tiene múltiples funciones en el organismo tanto en las células como en los tejidos (metabolismo del colágeno, de la tirosina, del hierro, etc.). Estimula las defensas del organismo contra las infecciones.

Su carencia produce escorbuto, hipovitaminosis C (fatiga, anorexia, delgadez y menor resistencia a las infecciones).

Se encuentra en las patatas, pimientos, coles, espinacas, tomates, limón y naranja.

● **Vitamina B1 (Tiamina)**

Es esencial para el metabolismo de los hidratos de carbono y necesaria para el buen funcionamiento del sistema nervioso y muscular.

Su carencia produce la enfermedad de Beri-Beri, fatiga, pérdida de peso, debilidad y atrofia muscular, parálisis y edema.

Se encuentra en casi todos los alimentos, pero principalmente en los frutos secos, los cereales integrales, las leguminosas, la levadura de cerveza y el germen de trigo.

● **Vitamina B2 (Riboflavina)**

Es esencial en el metabolismo de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono, por ser una coenzima de múltiples reacciones metabólicas. Tiene además una acción general sobre órganos y tejidos, favoreciendo el crecimiento.

Su carencia produce lesiones en la piel y las mucosas (labios y lengua), así como lesiones oculares.

Se encuentra en muchos alimentos, pero principalmente en el hígado, la leche, las judías, las lentejas, los quesos y en los frutos secos.

● **Vitamina B6 (Piridoxina)**

Es esencial para el metabolismo de las proteínas, de los aminoácidos y en la formación de hemoglobina.

Su carencia es excepcional en el ser humano, cuando existe produce fatiga general, vértigos, irritabilidad, lesiones cutáneas. Las mujeres que toman anticonceptivos orales se consideran grupos de riesgo.

Se encuentra en los casi todos los vegetales, en los plátanos, los aguacates y los cereales integrales.

● **Vitamina B12 (Cianocobalamina)**

Es esencial para la formación de glóbulos rojos, por lo que es antianémica. Indispensable en la síntesis de ácidos nucleicos y proteínas. Participa en numerosas reacciones enzimáticas, siendo necesaria para el buen estado de las células nerviosas y de la piel.

Excepto en los vegetarianos estrictos, su carencia de aporte es inexistente en las personas con una alimentación normal. Cuando existe carencia se produce anemia perniciosa, fatiga, pérdida de apetito, dolores musculares y disturbios neurológicos.

Se encuentra en el hígado de los animales.

● **Factor PP (Preventivo Pelagra. Ácido Nicotínico. Niacina. Nicotinamida)**

Participa en el suministro de la energía en todas las reacciones metabólicas del organismo y es necesaria para el crecimiento. El organismo puede producirla a través del aminoácido triptófano que se halla en las proteínas.

Su carencia produce pelagra, lesiones cutáneas y mucosas, insomnio, fatiga y anorexia.

Se encuentra en las leguminosas, los frutos secos, los cereales y la levadura de cerveza.

● **Ácido Pantoténico**

Es necesario para mantener en buen estado la piel, los cabellos y las mucosas. Ayuda a la cicatrización de las heridas y llagas.

Su carencia de aporte, aunque es excepcional en el ser humano, puede producir fatiga general, náuseas, vómitos, dolor de cabeza.

Se encuentra en la levadura de la cerveza y en el corazón de los animales.

11.1.6. Minerales

Son indispensables y tienen diferentes funciones en el organismo, como es la participación

en la formación de hormonas, en el funcionamiento de varias enzimas y formando parte de la masa muscular corporal, siendo importante el equilibrio en la ingesta de los diversos minerales, pues tienen acciones complementarias unos de otros.

Los minerales se encuentran en muchos alimentos, la cantidad de minerales que contienen los alimentos suele depender en gran medida de la proporción de minerales que contengan las tierras de donde provengan los alimentos; dada la producción y la importación de alimentos en España, es poco probable que estos estén carentes en nuestra dieta.

Se clasifican en:

Elementos Principales: Son los que el organismo necesita en grandes cantidades: Calcio, Fósforo, Potasio, Sodio, Hierro y Yodo.

Oligoelementos: El organismo necesita pequeñas cantidades de ellos: Magnesio, Cobre, Cinc, Molibdeno, Manganeso, Cobalto, Flúor, Azufre y Cloro.

● **Calcio**

Es el más abundante en el cuerpo humano, siendo esencial para la formación y la regeneración del tejido óseo y de las piezas dentarias. Interviene en las actividades musculares y nerviosas, en reacciones enzimáticas, en la coagulación de la sangre y en el fortalecimiento del latido cardíaco. Se encuentra en el agua de bebida, leche, frutas y verduras, etc.

● **Fósforo**

También forma parte de la estructura ósea. Cualquier dieta aporta el suficiente al organismo, por lo que su carencia es muy rara.

● **Potasio**

Complementa al Sodio constituyendo el binomio Sodio-Potasio, muy importante para el funcionamiento del corazón y para regular la presión sanguínea. La toma excesiva de diuréticos y de laxantes, ocasiona pérdidas importantes de Potasio lo que puede producir alteraciones en el ritmo cardíaco, debilidad muscular, irritabilidad y confusión mental.

● Sodio

Todos los fluidos del cuerpo humano lo contienen, siendo esencial para mantener equilibrada la proporción de agua que necesita el organismo y para regular las actividades tanto de los músculos como de los nervios.

Muchos alimentos naturales lo contienen, también los elaborados industrialmente y además en nuestra cultura gastronómica es costumbre añadir sal a los alimentos. Todo esto hace que consumamos más sodio en forma de sal del que necesitamos, pudiendo producir hipertensión arterial. Su carencia produce calambres musculares.

● Hierro

Forma parte de la hemoglobina, participa en la oxigenación de la sangre. Interviene en la eliminación del dióxido de carbono y en el mantenimiento de la estructura de los núcleos celulares.

Se encuentra en la carne, huevos, ostras, mejillones, caviar, judías, garbanzos, lentejas, soja, chocolate, etc.

La absorción del hierro contenido en los alimentos es pobre, siendo ésta favorecida su asimilación por la vitamina C y el vino. Si hay deficiencia de Hierro puede producirse anemia. Cuando existe un exceso se acumula en el hígado, bazo y médula ósea.

● Yodo

Genera la hormona tiroidea tiroxina, que controla la actividad del metabolismo corporal.

Se encuentra en los mariscos, pescados, algas, hortalizas, etc.

Su carencia puede producir bocio, que si se presenta en la infancia puede acarrear retraso mental.

● Magnesio

Se encuentra en las verduras, cacahuetes, almendras, chocolate, soja, etc.

● Cinc

Es necesario para en crecimiento normal del organismo y para la maduración de los órganos reproductores.

Su carencia puede producir retraso del crecimiento.

● Molibdeno

Al igual que el Cinc es necesario para las actividades enzimáticas del organismo.

● Flúor

Se complementa con el Calcio para la regeneración del tejido óseo y la formación de las piezas dentarias.

Se encuentra en las aguas de consumo humano, en el té y en los pescados.

PORCENTAJE DE NUTRIENTES EN TRES ALIMENTOS BÁSICOS

Nutrientes	Leche	Pescado	Pan
Hidratos de Carbono	5,50	0	53,50
Proteínas	3,5	19	9
Grasas	3	7	0,70
Minerales	0,50	0,75	1,4

11.2. GRUPOS DE ALIMENTOS. LA PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN

La Dieta Mediterránea es la más completa, saludable y equilibrada en cuanto al aporte y a la variedad de los alimentos. Se caracte-

teriza por el consumo abundante de cereales y sus derivados, legumbres, verduras, hortalizas frescas, aceite de oliva, pescado, huevos, aves, derivados lácteos y el consumo moderado de vino en las comidas.

Casi todos los estudios sobre nutrición, elaboran una Pirámide de la Alimentación Saludable y Grupos de Alimentos, para facilitar a los

consumidores la información necesaria que les lleve a realizar una alimentación variada y sana. Los principales grupos de alimentos son:

1. Los Cereales:

Integrales y refinados, trigo, salvado de trigo, trigo germinado, pastas, arroz, maíz, avena, centeno y cebada.

2. Verduras y Hortalizas:

Acelgas, ajos, alcachofas, apios, berenjenas, berros, berzas, brócoli, calabacines, calabazas, cardos, cebollas, cebollinos, coles, coliflor, endibias, escarolas, espárragos, espinacas, grelos, guisantes, judías verdes, habas, lechugas, nabos, patatas, pepinos, pimientos, puerros, rábanos, remolachas, repollos, tomates, zanahorias, etc.

3. Frutas:

Los Cítricos (Lima, limones, mandarinas, naranjas, pomelos).

Las Rosáceas (Albaricoques, cerezas, ciruelas, fresas, manzanas, melocotones, nísperos, peras, etc.).

Las Tropicales (Aguacates, chirimoyas, fruta de la pasión, guayabas, kiwis, melones, papayas, piñas, plátanos, sandías, etc.).

Las Silvestres (Arándanos, frambuesas, granadas, grosellas, higos, membrillos, moras, uvas, etc.).

4. Leche y Derivados:

Leche materna. Leche de cabra, oveja y vaca. Cuajada, kefir, yogur, quesos, etc.

5. Carnes, Pescados, Huevos y Legumbres:

Carnes: Buey, caballo, cerdo, conejo, cordero, gallina, ganso, oca, pato, pavo, pollo, etc. Aves de caza. Embutidos y vísceras.

Pescados Blancos o Magros: Lenguado, rodaballo, etc.

Pescados Azules: Anchoa, arenque, caballa, salmón, salmonete, etc.

Mariscos: Crustáceos (Bogavante, centollo, cigala, gamba, langosta, langostino, nécora, etc.). Moluscos (Almeja, berberecho, caracol de mar, mejillón, navaja, ostra, vieira, etc.).

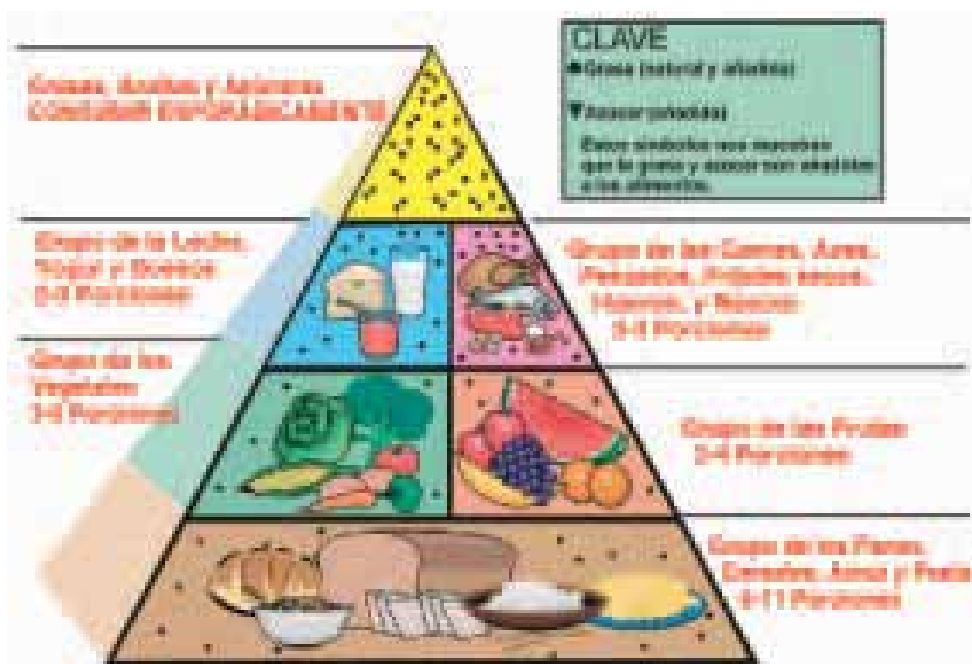
Huevos: Gallina, pata, avestruz, codorniz, etc.

Legumbres: Garbanzos, guisantes, habas, judías, lentejas, soja, etc.

6. Grasas:

Saturadas: De origen animal, con alto contenido en colesterol y calorías. Carne de mamíferos, sesos, yema de huevo, mantequilla, mariscos, algún pescado azul, quesos grasos, chocolate, etc.

Poliinsaturadas: No elevan el nivel de colesterol. Aceites (oliva, maíz, soja, uva, girasol) y margarina vegetal.



Para conseguir un equilibrio adecuado en la alimentación es conveniente durante toda la vida el consumo diario de estos alimentos,

combinados de las muchas formas que ofrecen los seis grupos de alimentos.

Tenga en cuenta

Que un aporte diario de alimento/os de cada uno de los grupos de alimentos en cantidades escasas y variadas, en las distintas comidas diarias, aportan todos los elementos imprescindibles para una alimentación sana y equilibrada.

11.3. ALTERACIONES ALIMENTARIAS

En una sociedad actual donde el consumo, la competencia, la rivalidad, el culto al cuerpo y la imagen corporal perfecta, se le da tanta importancia, ya que tener una apariencia física saludable, intachable y envidiable, se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas; es muy frecuente encontrarse con problemas relacionados con la alimentación tanto por exceso como por defecto.

➔ **Obesidad:** Es un exceso de grasa corporal, acompañada casi siempre por un aumento de peso corporal, que se debe a la mayor ingesta de calorías que el cuerpo necesita y a una menor o nula actividad física, que ayude a quemar los excesos de la ingesta. En la obesidad influyen los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo de las personas, afectando cada vez más a la población infantil.

La fórmula más aceptada para el Índice de Masa Corporal (IMC), consiste en dividir el peso corporal por la estatura de la persona al cuadrado.

Ejemplo:

Varón de 40 años con 81,50 Kg. de peso y 1,68 metros de estatura.

$81,50 \text{ Kg.} / 1,68 \text{ cm.} \times 1,68 \text{ cm.} = 28,87.$
Sobrepeso.

El resultado nos indicará la situación corporal según los siguientes límites:

20-25.1 = Normal.

25-27.1 = Ligero Sobrepeso.

27-30.1 = Sobrepeso.

Más de 30 = Obesidad.

Este IMC no tiene en cuenta la constitución física, la edad o la distribución de la grasa corporal en cada persona, por lo que es un índice orientativo en cada persona, sin pretender conseguir cifras ideales, pero teniendo en cuenta las enfermedades asociadas a la obesidad como la hipertensión arterial, la arteriosclerosis y la diabetes.

➔ **Vigorexia:** Es una alteración psíquica que afecta principalmente a varones jóvenes y que está relacionada con la alimentación, en la que existe una preocupación obsesiva por el desarrollo corporal en especial por la musculatura.

Las dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar la masa muscular, la toma de anabolizantes esteroides y hormonas, las largas sesiones de gimnasio, el pesarse varias veces al día, las comparaciones con otras personas que hacen culturismo físico y el rechazo final a sí mismos porque no acaban de gustarse, marcan las actuaciones de estos jóvenes.

➔ **Anorexia Nerviosa:** Afecta a mujeres jóvenes (entre 14 y 18 años), con problemas de identificación y autoestima personal.

Se caracteriza por tener como referente a personas con relevancia social, miedo a ganar peso, práctica de dietas severas, hiperactividad y ejercicio físico intenso, imagen corporal distorsionada ya que siempre se consideran gordas, culpabilidad por haber comido, pérdida de la menstruación, cambios fre-

cuentas de carácter (irritabilidad, tristeza, insomnio, etc.)

➔ **Bulimia Nerviosa:** La padecen mujeres jóvenes de más edad que a las que le afecta la anorexia nerviosa, preocupadas de forma obsesiva por el control del peso corporal, que realizan por episodios una ingesta excesiva de

alimentos en un corto espacio de tiempo seguido de un vómito provocado.

Se caracteriza por comer en abundancia siempre a escondidas, el uso continuo de laxantes y diuréticos, provocarse el vómito tras la ingesta, sentimientos de culpabilidad, inestabilidad emocional, etc.

RECUERDE

Que hay que huir de las modas alimenticias, que se guían por criterios comerciales y por diversos intereses.

Hace años el aceite puro de oliva "era malo para la salud", por políticas de empresa se pusieron de moda el aceite de girasol, el aceite de soja, la margarina y otros productos.

Pero esto "no caló" en la sociedad española, muy pocas personas utilizaban la mantequilla para freír los alimentos y un aceite de girasol, no tenía nada que hacer ante un aceite de oliva.

Afortunadamente se ha vuelto a la verdad, el aceite de oliva es un excelente alimento integrante de la dieta mediterránea, que se usa para la elaboración de muchas comidas o crudo para acompañarlas, y es muy beneficioso para nuestra salud.

11.4. EJERCICIO FISICO Y DEPORTE

Durante toda la vida de los seres humanos, la realización de forma regular de ejercicio físico moderado o intenso y la práctica habitual de algún deporte, en función de las capacidades y disponibilidades individuales; constituye



una actividad necesaria para contribuir al correcto desarrollo orgánico, mantener el cuerpo en una adecuada forma física, que beneficia la salud y previene de las enfermedades.

La **forma física** es el nivel de energía que permite al cuerpo humano desarrollar con normalidad todas las funciones vitales diarias, así como enfrentarse a los esfuerzos, permitiendo un desarrollo armónico y un disfrute de todas las actividades que la vida nos ofrece.

El **ejercicio físico** es una actividad ordenada y constante, que mediante diversos y variados movimientos corporales permite al organismo consumir energía extra que está acumulada en nuestro cuerpo, aportándole además beneficios físicos, psicológicos y sociales.

El **deporte** es una actividad física planificada, reglamentada y que tiene un fin competitivo de forma individual o en equipo.



11.4.1. Reconocimientos y Actividades Previas

Los exámenes médicos periódicos, donde se analiza el estado general del organismo, son fundamentales antes de iniciar una actividad física. El control del pulso, de la presión arterial y la realización de un electrocardiograma en reposo, son pruebas sencillas que deben hacerse con periodicidad.

Durante la infancia y la juventud, las revisiones médicas rutinarias son suficientes, pero antes de los treinta años es aconsejable hacerse un reconocimiento médico más completo. A partir de los treinta años es recomendable realizar cada dos años una revisión médica, para controlar las constantes vitales y corregir las posibles deficiencias.

Antes de iniciar una actividad física, se debe tomar el pulso poniendo los dedos índice y corazón de la mano derecha sobre la muñeca izquierda, contando las pulsaciones de diez segundos y multiplicando por seis o contar todas las pulsaciones de un minuto.

La cifra normal de pulsaciones es reposo en el hombre oscila entre 70 y 85 pulsaciones por minuto. En la mujer entre 75 y 90. Si se superan estas cifras en reposo, es aconsejable acudir al médico para realizar un examen completo y la práctica de un electrocardiograma tanto en reposo como de esfuerzo, subido en una bicicleta ergonómica.

Para comprobar la flexibilidad muscular y articular general del cuerpo, hay que sentarse sobre el suelo, con las piernas juntas y estiradas, flexionar la cintura y llevar lentamente el tronco hacia delante con los brazos extendidos hasta alcanzar la distancia máxima. Si las manos llegan sólo a las rodillas indica que la flexibilidad es muy deficiente, si llegan a los tobillos, la fle-

xibilidad es aceptable y si las manos llegan con facilidad a la punta de los pies y se pueden tocar bien los dedos, la flexibilidad de los músculos y de las articulaciones es buena.

Para comprobar la flexibilidad de la musculatura abdominal, hay que acostarse en el suelo boca arriba, con los brazos cruzados sobre el pecho, levantar la cabeza e incorporar el tronco de forma lenta hacia delante, hasta quedarse sentado. Si no se consigue incorporar el tronco indica poca flexibilidad muscular. Si se consigue hacer varias veces indica que los músculos abdominales tienen una buena tonicidad.

La flexibilidad de la musculatura de los brazos, hombros y pectorales, se comprueba estando de pie con el cuerpo erguido, con los pies ligeramente separados entre sí. Manteniendo el cuerpo recto se extienden los brazos y se flexiona el tronco hasta llegar lo más lejos posible con las manos a tocar los miembros inferiores. Aproximarse a tocar los pies en más de cinco ocasiones indica una buena flexibilidad.

11.4.2. Ejercicios de Pre calentamiento

Antes de iniciar cualquier actividad física o deporte, cuya intensidad irá aumentando de forma gradual, es necesario realizar ejercicios suaves denominados de pre calentamiento y si hace mucho tiempo que no se hace ejercicio, la recuperación de la flexibilidad y la tonificación muscular debe realizarse de forma pausada y progresiva, nunca rápida ni agresiva.

Los primeros movimientos en el pre calentamiento tienen que ser sencillos, repetidos cada uno unas diez veces en cada posición y acompañados de una correcta respiración. De los muchos ejercicios existentes para las sesiones de pre calentamiento, relacionamos aquí algunos a modo de ejemplo:

- ❖ De pie empezar a moverse caminando pero sin moverse del sitio, dar pequeños saltos alternativos y luego empezar a caminar despacio para ir desarrollando un ritmo armónico.
- ❖ De pie con el cuerpo erguido, los pies juntos y las manos en la espalda, mover la cabeza hacia ambos lados, hacia delante

y hacia atrás, para así flexibilizar la musculatura y las articulaciones cervicales.

- ❖ De pie con los pies separados y los brazos extendidos en cruz, mover los brazos rectos de atrás adelante hasta juntar las manos por delante del tórax. Mover los brazos rectos de abajo arriba hasta juntar las manos por encima de la cabeza.
- ❖ De pie con los pies juntos adelantar y atrasar alternativamente un pie y luego el otro, sin moverse del sitio, o saltando en el sitio.
- ❖ De pie con el cuerpo recto, con los pies juntos y las manos a cada lado de la cintura, flexionar lateralmente el tronco hacia la izquierda y luego hacia la derecha.
- ❖ De pie con las piernas juntas y los brazos extendidos hacia arriba, flexionar el tronco hacia atrás y luego hacia delante para intentar tocar con los dedos la punta de los pies o llegar lo más próximo posible sin forzar la columna.
- ❖ De pie con el cuerpo recto, las piernas juntas y las manos apoyadas en la nuca, realizar giros del tronco hacia la izquierda y hacia la derecha sin mover los pies del suelo.
- ❖ De pie con el cuerpo recto, agacharse sin doblar la columna, hasta sentarse con las nalgas en los talones y las manos apoyadas en las rodillas.

11.4.3. Ejercicios y Deportes

Es conocida por todos la gran diversidad de ejercicios físicos y deportes que se pueden practicar en la actualidad y los beneficios que reportan tanto para el sistema esquelético, sistema muscular, circulación sanguínea, respiración, sistema cardiovascular, sistema ner-

vioso, etc. Estas actividades se pueden realizar individualmente o en grupo, aportando salud a todas las personas que las practican.

Sería muy extenso e inadecuado relacionar todos los ejercicios y los deportes, por lo que cada persona debe elegir el que más se adapte a sus condiciones, preferencias, disponibilidad de tiempo, instalaciones, etc.

Hay ejercicios de resistencia cardiorrespiratoria: Caminar, baile, carrera, ciclismo, esquí de fondo, natación, etc. Y ejercicios de fuerza y flexibilidad músculo-esquelética: Gimnasia, pesas, yoga, etc.

Pero lo que todos podemos hacer es un ejercicio sencillo, que no necesita de grandes habilidades, ni condiciones, ni equipamientos; que está al alcance de todos y que practicado con regularidad es muy completo. Se trata de caminar a un ritmo constante, descansando de vez en cuando, corriendo de forma pausada y regular, volviendo a pasear de forma rítmica. Para evitar el sedentarismo cotidiano es el ejercicio completo que permite mantenerse en buena forma tanto física como psíquica.

Cualquier persona que realice ejercicio físico o deporte con regularidad, debe mantener una alimentación equilibrada basada principalmente en los hidratos de carbono y en las proteínas, reduciendo las grasas al mínimo; siendo además muy importante una correcta hidratación y reposición de minerales que se pierden durante el ejercicio.

Debe evitarse cualquier sustancia fisiológica con el fin de aumentar la musculatura corporal, aumentar la resistencia, reducir la fatiga o disminuir el umbral del dolor. Además de que estas sustancias forman parte del considerado dopaje y está prohibido su consumo por las autoridades deportivas, pueden producir daños corporales de forma irreparable.

RECUERDE

Que el ejercicio físico moderado y continuo contribuye al crecimiento y correcto desarrollo corporal (Aparato locomotor, sistemas cardiovascular, respiratorio, endocrino y nervioso); previniendo la aparición de enfermedades tanto las músculo-esqueléticas como las vinculadas al sedentarismo (hipertensión, diabetes, cardíacas).

11.5. RELACIONES AFECTIVO-SEXUALES

En anteriores temas de este Manual, ya ha sido abordada la importancia que tiene la afectividad y la sexualidad en el desarrollo evolutivo y psicológico del ser humano y el papel fundamental que presenta la familia para conseguir estos objetivos tanto en la infancia como en la juventud.

Conceptos como la amistad, las relaciones interpersonales, la solidaridad, la comprensión, el cariño, la complicidad en grupo, etc., son valores que debemos potenciar en los jóvenes, básicamente desde el ámbito familiar, pues la sexualidad incluye una base de sentimientos y afectos para que se pueda disfrutar en conjunto de una vida personal y social plena.

La comunicación basada en el diálogo y la sinceridad, favorece la información sobre las relaciones afectivas y sobre la sexualidad desde la familia, el centro educativo, las instituciones encargadas de este cometido y en definitiva desde toda la sociedad.

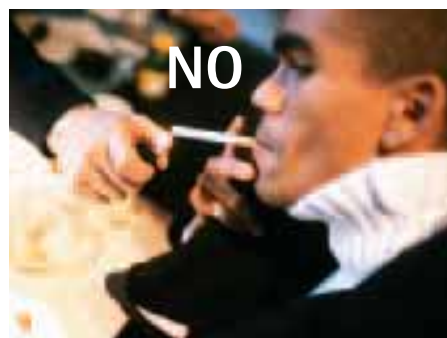
Además desde los Centros de Salud, centros de Planificación Familiar, Centros de información Juvenil, Teléfonos de información gratuita, etc., se puede acceder a toda la información y a los medios necesarios para desarrollar una adecuada vida sexual. Se debe informar sobre los siguientes temas.

- ➔ Funcionamiento corporal.
- ➔ Métodos anticonceptivos.
- ➔ Embarazo.
- ➔ Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS): Candidiasis, Tricomoniasis, Sífilis, Gonococia, Virus del Papiloma Humano, Virus de la Hepatitis B, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

11.6. EVITAR LOS TÓXICOS

Para conseguir una buena salud en la familia, además de tener una alimentación saludable, potenciar la práctica de ejercicio físico y deporte y educar para tener unas rela-

ciones afectivas y sexuales placenteras, también es necesario evitar la ingestión de sustancias tóxicas.



La información adecuada de cada una de las sustancias existentes en la actualidad en el mercado legal o ilegal es muy importante para prevenir los consumos de sustancias tóxicas, tanto de su uso como de su abuso, para evitar los problemas de salud que ellas producen.

Hay que informar sobre las acciones que producen y sobre los efectos secundarios que acarrearán de las siguientes sustancias:

- ➔ Alcohol.
- ➔ Alucinógenos: Hachís, Marihuana, Éxtasis, LSD, Mescalina.
- ➔ Estimulantes químicos: Anfetaminas, Cocaína, Drogas de Síntesis.
- ➔ Estimulantes vegetales: Betel, Cacao, Café, Coca, Cola, Mate, Té.
- ➔ Narcóticos:
 - Ansiolíticos.
 - Neurolepticos.
 - Opio, Morfina, Heroína.
 - Somníferos.



11.7. EL SUEÑO: PATRONES NORMALES Y PRINCIPALES ALTERACIONES

Elaboración: Gonzalo Pin Arboledos,
María M. Cubel Alarcón,
María R. Genís Giner.

Las páginas que siguen han sido preparadas con un único propósito: ayudarles a entender cada estadio de la evolución del sueño del niño para que, de esta manera, puedan conseguir que los patrones de sueño se desarrollen de una manera natural y como resultado de una labor conjunta entre padres e hijos.

11.7.1. El Sueño: Concepto

El sueño del niño y sus alteraciones se está convirtiendo, sin duda, en un difícil reto al que deben enfrentarse los padres.

Cómo, dónde y cuánto debe dormir el niño juega un papel importante en la manera en la que los padres viven sus primeros meses y años de paternidad y, al mismo tiempo, condi-

ciona la forma en la que conciben y viven su concepto de familia no importando que se trate del primer o del quinto hijo.

Este trabajo conjunto padres-hijos es tanto más eficaz y sencillo cuanto más se tienen en cuenta los patrones y las necesidades naturales de cada niño en particular. Son ustedes, los padres, los que deben determinar las rutinas y los hábitos del sueño de sus hijos. Los niños aprenderán de ustedes. Estas rutinas del sueño una vez aprendidas formarán parte del modo de vida familiar durante muchos años.



Razones por las que es importante hablar del sueño de los niños:

1. Los problemas del sueño en los niños son muy frecuentes:

Aunque la mayoría de los niños desarrollan patrones adecuados del sueño, un importante número de ellos (entre el 15 y el 30%) sufren problemas del sueño durante su infancia.

2. Los problemas del sueño en los niños son crónicos:

Muchos problemas del sueño son autolimitados. Sin embargo, hay ciertos factores tanto del propio niño como del ambiente que favorecen que muchos de estos problemas perduren a lo largo de toda la infancia e incluso en la edad adulta.

3. Los problemas del sueño de los niños son tratables:

En la actualidad disponemos de muchas estrategias que nos permiten tratar estas situaciones y evitar sus consecuencias diurnas.

4. Son problemas prevenibles:

Si bien es importante que los problemas del sueño reciban el tratamiento adecuado, la estrategia más efectiva es prevenir que se presenten promoviendo unas medidas sencillas de prevención desde los primeros días de la vida.

5. Los problemas del sueño de los niños tienen gran impacto en la familia:

Son origen de trastornos y nerviosismo en las familias y altera el sueño de los padres.

6. Los problemas del sueño dan la oportunidad de enfocar una situación difícil de manera conjunta.

7. El sueño es esencial para el buen funcionamiento del niño:

El déficit de sueño se ha asociado a conductas de hiperactividad, conducta oposicionista, dificultades escolares....

8. El sueño afecta a cada aspecto del desarrollo físico, psíquico, emocional, cognitivo y social del niño

Las funciones cerebrales más altas tales como la habilidad para razonar y pensar de manera abstracta son muy sensibles al déficit de sueño o a un sueño de mala calidad.

9. La presencia de problemas del sueño agrava cualquier problema médico o psicológico del niño.

Conocidas las razones que nos obligan como padres a conocer el sueño de nuestros hijos, la pregunta lógica es:

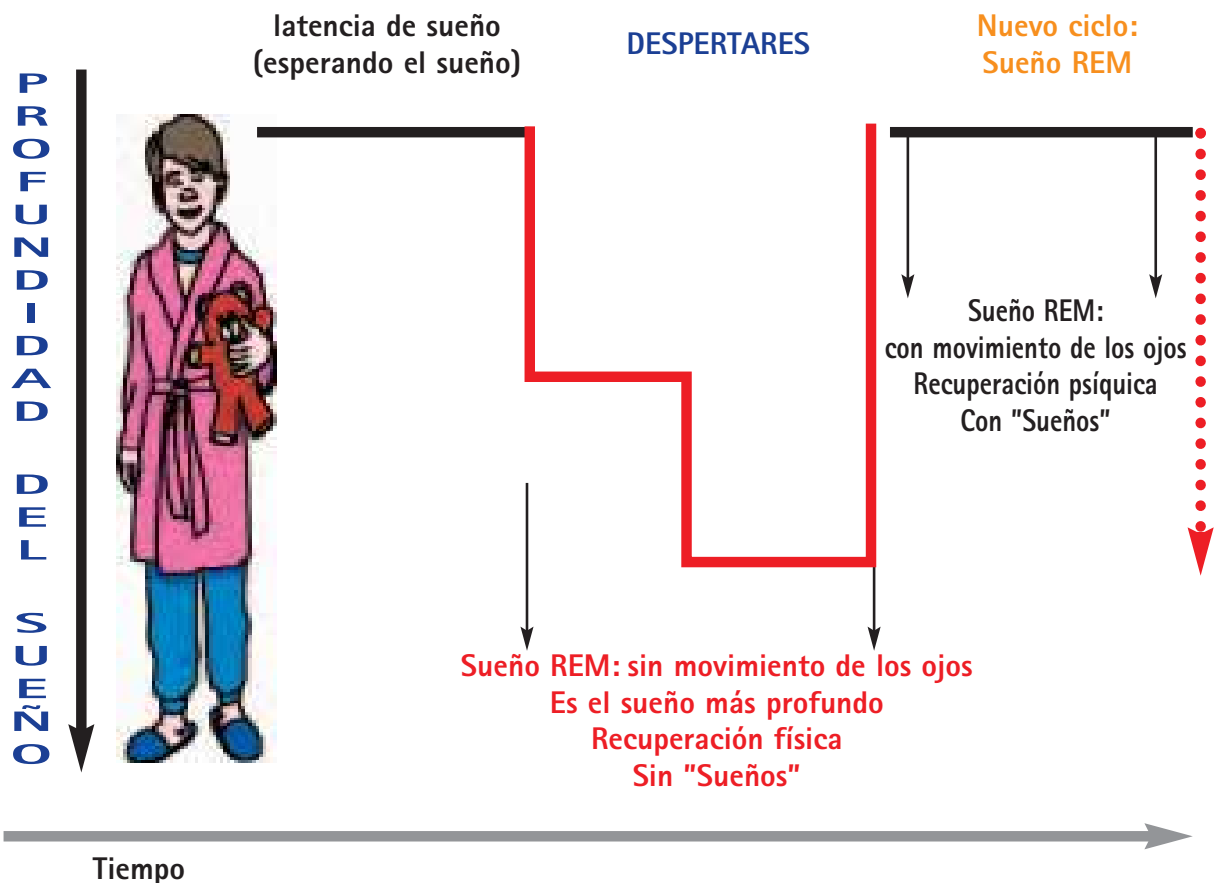
¿Sabemos lo qué es el sueño? ¿qué importancia tiene el dormir?

El sueño no es únicamente la ausencia de vigilia ni una desconexión cerebral, sino que, por el contrario, puede llegar a originar una actividad frenética en todo el organismo del niño y en el de las personas que viven a su alrededor.

El buen dormir de los niños es el resultado de la combinación de tres elementos:

1. Las *leyes biológicas* que regulan el sueño de los seres humanos. Aquí, evidentemente, los padres tenemos muy poco que decir.
2. La estrecha **relación** que establecen los niños con la persona o personas que les cuidan desde los primeros meses de vida, eso es, el **apego**.
3. La **actitud** de la familia frente al sueño y al niño.

El sueño humano es dinámico, cambiante, de manera que a lo largo de cada noche el organismo humano pasa por diferentes estadios o ciclos de sueño:



Este gráfico representa un CICLO DE SUEÑO, su duración es de 90-120 minutos según la edad. Este ciclo se repite cada noche según la edad del niño entre 5 y 7 veces.

Así pues, existen dos tipos diferentes de fases durante el sueño: Una durante el cual los ojos se mueven rápidamente debajo de los párpados (se conoce por sus siglas en inglés: REM o *Rapid Eyes Movements*) y otra sin esos movimientos (no REM o NREM).



Cada vez que el niño pasa de una a otra fase completa un *ciclo del sueño*. Cada noche cumplimos entre 5 y 7 ciclos del sueño. Al pasar de un ciclo a otro casi se despierta o al menos se mueve en la cuna o en la cama.

El sueño más profundo se produce al principio y al final de la noche.

11.7.2. Evolución del sueño de la infancia hasta la adolescencia. Medidas preventivas

La forma, el significado y el número de horas que el niño dedica al sueño varían a lo largo de su etapa infantil desde el nacimiento hasta la adolescencia. Les exponemos una guía de los patrones de sueño que son habituales durante los primeros años de vida. Al leer esta guía tengan presente que:

- **Cada niño es diferente.** Los patrones de sueño de su hijo pueden ser diferentes a los patrones del hijo de sus amigos o de su hijo anterior. Por lo tanto no compare, acepte las diferencias.
- **Construya sus rutinas de sueño y sus ritmos horarios en función de las necesidades y ritmos de su propio hijo.** Una vez se hayan familiarizado con esos patrones, pueden empezar a establecer uno ritmos y rutinas acordes con las necesidades familiares.

1. El sueño en los recién nacidos y lactantes

Cada niño tiene un patrón distinto de sueño y vigilia. A medida que pasa el tiempo, podrán observar cómo ellos siguen un ritmo natural y consistente durante las 24 horas del día.

- Todos los recién nacidos tienen breves despertares durante la noche.
- Los patrones del sueño afectan la conducta diurna de su bebé, así como también a su salud y desarrollo.
- El sueño del bebé está influenciado por las rutinas del sueño que los padres establecen desde los primeros meses de la vida.
- Todo tipo de influencias exteriores pueden afectar los hábitos de sueño del niño, como por ejemplo la enfermedad, el stress familiar y los cambios en las rutinas.

- Los patrones del sueño cambian con la edad y el desarrollo.
- Los padres necesitan dormir lo suficiente. Intenten armonizar sus tiempos de sueño con los de su bebé.



Hable con su pediatra si:

- Su hijo parece tener dificultades para respirar durante el sueño o su respiración durante el mismo suele ser muy ruidosa.
- Tiene muchas dificultades para dormirse o se despierta muy frecuentemente.
- Los problemas del sueño afectan su conducta diurna.

No dude en consultar a su pediatra si lo considera necesario

2. Patrones de 0 a 2 meses: no hay noche, no hay día

El ciclo de sueño del recién nacido es muy desorganizado. En las primeras semanas de vida, el sueño se distribuye en las 24 horas del día con períodos que varían de 30 minutos a 3 horas y con frecuentes despertares a lo largo de la noche.

Hacia las 6 semanas se hace más regular y los patrones propios de cada niño empiezan a aparecer.

Durante el sueño el bebé puede moverse, ronronear, soplar, reírse... Esto es normal. Incluso con toda esta actividad el bebé tiene un sueño profundo.

Para ayudar a un niño de esta edad a adquirir unos buenos patrones de sueño los padres deben:

- Aprender los síntomas y signos que les indican que su bebé está soñoliento.
- Colocar al bebé cuando esté dispuesto a dormir boca arriba sobre una superficie consistente.
- Alentar el hábito de sueño desde las primeras semanas oscureciendo la habitación y evitando los juegos por la noche.
- Tener unos objetivos realistas en cuanto a las horas de sueño, vigilia y llanto.
- Desarrollar una rutina de presueño desde el principio.



3. Lactantes de 2 a 12 meses: entrando en ritmo

De manera gradual durante los primeros meses de vida, el niño va desarrollando un patrón de conducta más predecible.

- Entre los 2 y los 4 meses, podremos observar un ritmo regular de somnolencia y alerta a lo largo del día.
- Entre los 3 y los 6 meses de edad muchos bebés empiezan a dormir largos períodos durante la noche.
- En el primer año, los bebés de manera natural reducen sus siestas desde 3-4 al día a 1-2 al día.
- El desarrollo psicomotor natural como poder rodar o ponerse de pie puede alterar temporalmente los patrones de sueño.

Para ayudar a un lactante a tener unos buenos hábitos de sueño los padres deben:

- Aprender los síntomas y signos que les indican que su bebé está soñoliento.
- Desarrollar unos buenos hábitos de siestas y noches evitando unas siestas muy tardías.
- Facilitar un ambiente de sueño adecuado: silencioso, oscuro y con una temperatura entre 18-22° C.
- Desarrollar una rutina de acostar que debe finalizar en el dormitorio del niño. Esta rutina puede incluir: El baño – Masaje – Pijama – Cuento – Canción o cualquier otra acción rutinaria y tranquila que a ustedes les funcione.
- Regalar un juguete que le sirva de compañero de cama.
- Evitar la asociación comer/biberón/dormir.
- Colocar al lactante en sus cama/cuna soñoliento pero despierto para darle la oportunidad de aprender a dormirse por sí mismo.

4. Preescolares de 1 a 3 años: un nuevo patrón en las siestas

- Muchos niños dejan de dormir sus siestas matinales hacia los 18 meses de edad.
- Las siestas suelen desaparecer completamente entre los 3 y los 5 años de edad.
- Al mismo tiempo, muchos niños ya han aprendido a dormir durante toda la noche, aunque situaciones de stress o de enfermedad, viaje... pueden alterar temporalmente este patrón recién adquirido.
- El paso de cuna a cama es otro factor que aparece en esta edad y que, si se hace excesivamente pronto, puede alterar el



patrón. Muchos preescolares cambian la cuna por la cama entre los 2 y los 4 años. Para ayudarles a tener unos buenos hábitos de sueño los padres deben:

- Procurar un horario de sueño regular.
- Desarrollar una rutina de acostar que debe finalizar en el dormitorio del niño. Esta rutina puede incluir: El baño – Masaje – Pijama – Cuento – Canción o cualquier otra acción rutinaria y tranquila que a ustedes les funcione.
- Facilitar una ambiente de sueño adecuado silencioso, oscuro y con una temperatura entre 18-22° C.
- Colocar al niño en la cama despierto.
- Establecer unos límites claros (número de cuentos, canciones..) si el niño rechaza quedarse solo.

Si de manera regular necesita despertar a su hijo por las mañanas: puede tratarse de un signo de falta de sueño.

El número de horas que deben dormir a esta edad varía de un niño a otro. Como resumen:

Tiempos medios de sueño durante los primeros años

edad	sueño total	sueño diurno	sueño REM (%)	siestas mañana	siestas tarde
1 semana	16h:30 min.	8h:25 min.	50	1	4
1 mes	15h:30 min.	7h:00 min.	50	1	3
3 meses	15h:00 min.	5h:50 min.	30	1	3
6 meses	14h:15 min.	3h:45 min.	25	1	3
9 meses	14h:00 min.	3h:00 min.	25	0	2
12 meses	13h:45 min.	2h:50 min.	27	0	2
18 meses	13h:30 min.	2h:00 min.	—	0	1
24 meses	13h:00 min.	1h:50 min.	24	0	1
36 meses	12h:00 min.	1h:00 min.	24	0	1

5. Escolares de 3 a 5 años de edad: Cambios más lentos

Entre los 3-5 años de edad se consolida en un único periodo nocturno: 25 % de niños de dos años tienen dos siestas por día, el 66 % una única siesta y el 8 % tienen siestas de manera irregular.



Típicamente los niños a esta edad suelen tener **7 ciclos de sueño** durante cada periodo de sueño nocturno. La transición entre los diferentes ciclos a esta edad es regular y tranquila, mientras que los adultos se mueven bruscamente al paso de un ciclo a otro.

En general se produce una disminución del tiempo total de sueño de 20 minutos por año, esto es, cada año suelen dormir 20 minutos menos.

A los 2 años de edad el 20 % de los niños se

despiertan, cifra que se reduce al 14 % a los 3 años.

6. De los 5 a los 10 años.

Los patrones del sueño se parecen al de los adultos.

El tiempo total de sueño suele ser 2 horas y media más largo que el adulto.

En los niños en edad escolar parece existir una "ventana del despertar" que se suele localizar entre los 90 y 120 minutos después del inicio del sueño.

A esta edad la presencia de manera constante de siestas diurnas nos debe alertar sobre la existencia de algún proceso patológico.

Algunos autores encuentran que un 6.7 % de los niños entre 4 y 11 años de edad suelen despertarse habitualmente.

La duración media de la **latencia del sueño** (tiempo que tardan en dormirse) suele ser de alrededor de **15 minutos**.

Entre los 5 años y los 10 años siguen disminuyendo el tiempo total de sueño en unos 20 minutos por año.

Para ayudar a los niños a tener unos buenos hábitos de sueño los padres deben respetar las llamadas **reglas de oro del buen dormir**:

1. El ambiente debe ser tranquilo y oscuro.
2. Regularizar la hora diaria de acostarlo y levantarlo.
3. Ambiente térmico agradable.
4. Disminuir, en lo posible el ruido ambiental.
5. Evitar acostarlo con hambre o con exceso de líquido.
6. Enseñar al niño a dormirse sólo.
7. Evitar la actividad vigorosa 1-2 h. antes de acostarlo.
8. Evitar las siestas muy prolongadas o muy tardías.
9. No potenciar la angustia buscando "fantasmas".
10. Evitar alimentos excitantes (colas, chocolates...)

7. Ultima fase: pubertad y adolescencia y la tendencia a dormir tarde

Entre los 10 y los 13 años de edad el tiempo en cama de los días escolares se recorta. A partir de los 13 años en adelante existe un

declive marcado en el tiempo en cama en los días escolares mientras que el tiempo en cama en los fines de semana permanece más estable.

A partir de los 16 años, en muchos casos la

consecuencia de esta tendencia biológica al retraso de fase es que los adolescentes tienen dificultad para acostarse pronto y levantarse pronto.

Esto crea un círculo vicioso de privación de sueño y somnolencia diurna.

Así pues, en los adolescentes el problema más frecuente es la excesiva somnolencia diurna que representa en la mayoría de los casos un sueño insuficiente o inadecuado, con la repercusión negativa que esto puede tener para el estudio.

Para prevenir los problemas de sueño en los adolescentes los padres deben:

1. Informarse e informar a sus hijos acerca de los cambios en la adolescencia.
2. Aprender a reconocer los signos de déficit de sueño: irritabilidad, difícil despertar, recuperación en fin de semana....
3. Dialogar con sus hijos sobre el sueño y su importancia para la salud, el funcionamiento y el bienestar.
4. Facilitar en el hogar un ambiente propicio al sueño al final de la tarde.
5. Dar ejemplo con sus hábitos saludables de sueño.

11.7.3. El niño que no quiere dormir: El insomnio infantil

"No puedo más, llevo un año sin dormir... y necesito que haga algo con él o me dará algo a mí"...

Comentarios de este tipo son los que transmiten los padres cuando llegan a la consulta del sueño. Son, generalmente, padres agotados y desesperados porque no duermen más de 4 horas seguidas a lo largo de una noche, como consecuencia de los problemas de sueño de sus hijos.



Dormir toda una noche es fruto del desarrollo psicomotor, gobernado por varios factores:

- madurativos
- constitucionales
- genéticos.

Es algo que en parte se aprende y que es difícil de dominar y controlar, por lo que se puede convertir en una fatigosa labor durante la infancia.

Cuando hablamos de insomnio infantil no podemos pensar en una causa única ya que depende del entorno, de las reglas educativas, del contexto psicoafectivo, del comportamiento de los padres, de los contrastes de horarios, de las imposiciones sociales, del propio organismo, del temperamento de niño, etc.

Habitualmente, las causas principales de insomnio en la infancia son:

- malos hábitos y asociaciones:

- alimentaciones nocturnas excesivas e innecesarias.
- ausencia de un ritual de presueño claro.
- miedos.
- alteraciones del comportamiento.

- alteraciones médicas y neurológicas.

Pero ¿QUÉ ES EL INSOMNIO?

Es un problema de sueño relacionado con el bienestar del niño o con el de la familia, donde existe una dificultad para iniciar o mantener el sueño a lo largo de toda la noche.

En los últimos tiempos uno de los problemas, en nuestra opinión, más importantes que observamos en la consulta diaria es la "obligación que

los padres se crean para con los hijos". Con ello nos referimos a cómo los padres tratamos de cubrir "inmediatamente" todas aquellas necesidades que tiene el niño desde que nace hasta... ¿qué se va de casa? ¿o incluso después?...

Desde que el niño nace, nos dedicamos a hacer por él todas aquellas cosas que creemos que no es capaz de realizar, en lugar de enseñarle cómo puede hacerlas y de permitirle que explore hasta que consiga realizarlas.

Esta tarea, al principio, cuando el bebe tiene pocos meses, es muy satisfactoria, pero poco a poco se convierte en una "obligación agobiante" para muchos padres: *"no me deja ni un minuto sola, no se entretiene con nada, se lo he de hacer todo, si no le doy las cosas ¡ya! no para de llorar, ¡estoy harta! ¡si no fuera porque es mi hijo...!"*

Estos comentarios suelen hacerlos algunos padres que acuden a la consulta, desesperados

y culpabilizados porque han perdido el control, y lo que se preguntan es... ¿qué habré hecho mal?

Realmente estos padres han hecho lo que han podido, creyendo que era lo más conveniente para sus hijos, y sin quererlo, como resultado han obtenido niños con muy baja tolerancia a la frustración que mandan continuamente; pequeños tiranos que no desarrollan un buen autocontrol.

No podemos olvidarnos de este contexto pues la noche es un continuo del día y no lo podemos separar; y en función de lo que ocurra durante el día, tendremos una noche más calmada o más movidita.

Para evitar problemas con el sueño, necesitamos un buen apego

Pero ¿qué es eso del apego? Lo hemos insistido en temas anteriores:

RECUERDA

"Durante los primeros años de vida y en función de los cuidados que recibe, el niño establece un vínculo afectivo con su madre o con la persona que lo cuida la mayor parte del tiempo. Esta es una tendencia del ser humano a estar vinculado y unido a otros y constituye el "apego" (el niño se "apega" afectivamente a la persona que le trasmite seguridad)



El apego es muy importante para el desarrollo de los patrones de sueño-vigilia, así como para la maduración integral del niño, su futura competencia social y su afectividad. Todo ello es, en buena parte, consecuencia del tipo de cuidado que recibe el pequeño en sus primeros años de vida.

El apego debe ser un elemento de seguridad, la

persona a la que el niño se "apega" debe transmitirle seguridad mediante una conducta educativa clara y definida que no implica sobreprotección.

El niño puede mantener varios vínculos de seguridad y autoconfianza (por ejemplo: la madre y la abuela) aunque la madre pase poco tiempo con el niño, lo importante es la seguridad en la relación y no únicamente la cantidad de tiempo.

No todas las relaciones le sirven al niño para desarrollar apego, solo aquellas que le dan sensación de seguridad y confianza y que le facilitan enganche social y familiar. Esta relación de apego-seguridad que establece durante los primeros 3 ó 4 años de vida van a determinar que su comportamiento sea adecuado o inadecuado.

Pero ¡jojo! EL APEGO NO ES DEPENDENCIA y va evolucionando a lo largo de los primeros años de la vida:

- El apego está ausente al nacer y el niño es totalmente dependiente. De los 3 a los 7 primeros meses de vida, el niño inicia sus preferencias hacia una persona o un grupo de personas. Controla su sonrisa y nos provoca para que le hagamos caso.
- A los 7 meses y hasta los 3 años, es el niño quién nos busca y se acerca activamente. Es aquí cuando ya debería estar establecido el apego.
- De los 18 a los 24 meses, habitualmente y de forma transitoria, el niño que era independiente se vuelve "pegajoso".
- Entre los 20 y los 26 meses, la separación puede ser realmente difícil porque para el niño "si no te ve, cree que no existes". En esta fase pueden empezar o agudizarse los problemas con el sueño.
- A los 3 ó 4 años ya "aunque no te vea, sabe que existes", por tanto sabe que su cuidador preferido aparecerá luego aunque no lo vea en este momento.



Así, según John Bowlby, la dependencia como estado de indefensión es máxima al nacer y mengua hasta la madurez.

"Si pero... es que mi niño es muy difícil..."

No todas las relaciones de apego se establecen de la misma manera porque no todos los niños son iguales (cada uno tiene un temperamento distinto), ni sus padres y/o cuidadores se relacionan con ellos de la misma forma. Según la forma de ser de unos y otros, el apego se desarrollará de distintas maneras y dará lugar a tres tipos de niños distintos:

1. El niño seguro:

Son niños que saben lo que su cuidador va a hacer porque éste siempre responde de manera semejante ante situaciones semejantes. No se estresan por la separación y reciben con alegría y sonrisa a la persona a la que se sienten apegados.

Son niños con autoconfianza y buena autoestima porque cuando realizan una acción, sus padres o cuidadores responden siempre de la misma manera. La respuesta de los padres es inmediata a la del niño, manteniendo un contacto físico breve y frecuente con él y cooperando mutuamente.

Estos niños constituyen el 66% de la población infantil; no suelen tener problemas con el sueño y en caso de tenerlos, se solucionan con facilidad.

2. El niño inseguro:

Son niños evitadores que no se enfadan ni lloran cuando se va su cuidador, pero ¡cuándo vuelve! no le hace caso, es como si lo castigase por haberlo "abandonado".

Estos niños suelen recibir pocas caricias y besos. Cuando demandan algo reciben respuestas frías o escasas.

Los padres o cuidadores suelen ser intrusivos, controladores y activos, e imparten una educación rígida que coarta la autonomía del niño. Ante tanto control, el niño prefiere que le dejen en paz y reduce sus necesidades de apego.

Estos niños constituyen el 20% de la población infantil y cuando tiene problemas de insomnio por malos hábitos suele ser complicado de tratar debido a que no tienen autonomía por esta educación rígida.

3. El niño resistente:

Son niños inseguros y resistentes. Se les reconoce porque es prácticamente imposible separarlos del cuidador, y cuando se consigue, no se sabe quién llora más, si el niño o el cuidador.

Estos niños no suelen separarse de la madre, cuando lo hacen se estresan mucho y cuando se reencuentran con ella, el "soponcio" les dura mucho.

Cuando piden algo e incluso antes, la respuesta de los padres es excesivamente rápida, desproporcionada e incluso asfixiante. ¡Cómo van a estar toda la noche solos en su cuarto, si por el día no lo están ni un momento!

Estos niños constituyen el 14% de la población infantil. No exploran el ambiente solos y tienen problemas con el sueño, cuyo tratamiento es complicado, requiriendo en muchas ocasiones la intervención de un experto.

Una vez explicados los tipos de niños, es fácil

adivinar que será más difícil enseñar hábitos de sueño a un niño activo, demandante y tozudo, de ritmos irregulares, que apenas responde a los estímulos y se adapta mal a los cambios, que a un niño de características contrarias.

En los niños "difíciles" el apego que se establezca es de mucha importancia, ya que cuantas más características difíciles tenga el niño, más firme y seguro deberá ser el apego y más claros y precisos tendrán que ser los límites educativos.

RECUERDA

Que para establecer un buen apego, un padre debe:

- Percibir con precisión las señales del niño.
- Responder a ellas correcta y rápidamente.
- No pasarlas por alto.
- Responder de la misma manera a las mismas conductas del niño, aunque estemos cansados o distraídos.
- Mantener contacto físico frecuente con el niño, sin agobiarlo.
- Dejar decidir al niño, en lo que pueda, para que desarrolle su autonomía, sin ser excesivamente controladores.

Todo esto está muy bien, pero a veces los padres nos sentimos inseguros, poco informados... y no sabemos qué hacer con nuestros hijos: "Desde el primer día que entramos en la consulta del pediatra siempre nos preguntábamos cuándo nos iba a dar el libro de "instrucciones" de nuestra hija, y cuándo se lo pedíamos, la mayoría de las veces se reía y no contestaba; pero para nuestra sorpresa y agrado, un día decidió en cada revisión darnos los consejos apropiados por escrito, según el momento evolutivo de la niña".

Esto parece una tontería, pero no lo es; solo con esas líneas (que normalmente te cuentan lo que ya sabes) te tranquilizas como padre o madre y estás más seguro/a con respecto a lo que haces o tienes que hacer"; esta es también el objetivo de estas líneas.

Con el tema del sueño es mucho peor. Todos te dan su opinión si el niño no duerme adecuadamente:

Tu madre te dice..."serán los gases"... lo que tienes que hacer es...

Tu suegra te dice..." serán los dientes"... lo

que tienes que hacer es...

Tus amigos te dicen... "te estás agobiando"... lo que tienes que hacer es...

El vecino te dice..."no ha dormido nada el niño esta noche ¿eh?"... por qué no le...

Todos han dado su opinión, pero los padres no están seguros, no tienen una información fiable de lo que han de hacer con su hijo para conseguir que duerma sin problemas, y suplican que se le pase pronto porque están agotados y angustiados... "¿qué tendrá este niño? ¿seremos nosotros...? ¿lo estamos haciendo bien...?" Y todo esto genera mucha inseguridad, apareciendo una y otra vez en nuestra mente la pregunta del millón ¿Qué actitud debemos mantener frente al sueño de nuestro hijo?

Es importante saber que una de las condiciones que más favorece el buen dormir de un niño, y también el de sus padres, es la sensación de seguridad que somos capaces de transmitirle al niño, pero sobre todo la que es capaz de percibir él en nuestro rostro, en nuestro tono de voz, en nuestra actitud.

- El niño debe saber que pase lo que pase va a obtener la misma respuesta adecuada por parte de los padres o del cuidador.
- Los padres deben estar convencidos que lo que están haciendo es lo adecuado para el beneficio de su hijo.

Además de una actitud de seguridad hemos de rechazar cualquier situación que permita relacionar el sueño con un castigo. Son muchas las ocasiones en las que oímos "a que te vas a la cama sin cenar".

Se debe evitar mandar a los hijos a la cama por algo malo que ha hecho para que no asocie cama con:

- | | |
|-----------|--------------|
| - Rechazo | En lugar de: |
| - Castigo | - Descanso |
| - Soledad | - Placer |



El sueño igual que el comer, no debería ser un objeto de castigo, sino una situación placentera que nosotros, los padres, permitimos y favorecemos a nuestros hijos desde su nacimiento.

¡Tampoco es para tanto! ¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDE TENER?

Es tremendo, pero durante el primer año de vida de un bebé, se calcula que los padres pierden entre 400 y 700 horas de sueño. No es infrecuente observar a uno de estos padres falto de sueño, que precise una alarma de despertador cada vez más potente, que si algún día su hijo no le despierta se quede dormido mucho más tiempo, que cada vez tome más café, té o colas, que necesite cada vez más las siestas y éstas sean más largas, que si

conduce más de una hora se encuentre somnoliento y agotado, que se duerma viendo la televisión, que le digan que le encuentran más irritable... Esto son algunas consecuencias de la falta de sueño debido a que ésta afecta la actividad cerebral, alterándose la memoria, el lenguaje y los procesos de solución de problemas.

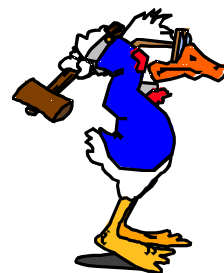
Esta falta de sueño se acumula, y en ocasiones puede suponer alteraciones en el estado de ánimo y decaimiento de la eficacia del sistema inmunitario (en niños que pierden más de 3 ó 4 horas de sueño al día de manera continuada).

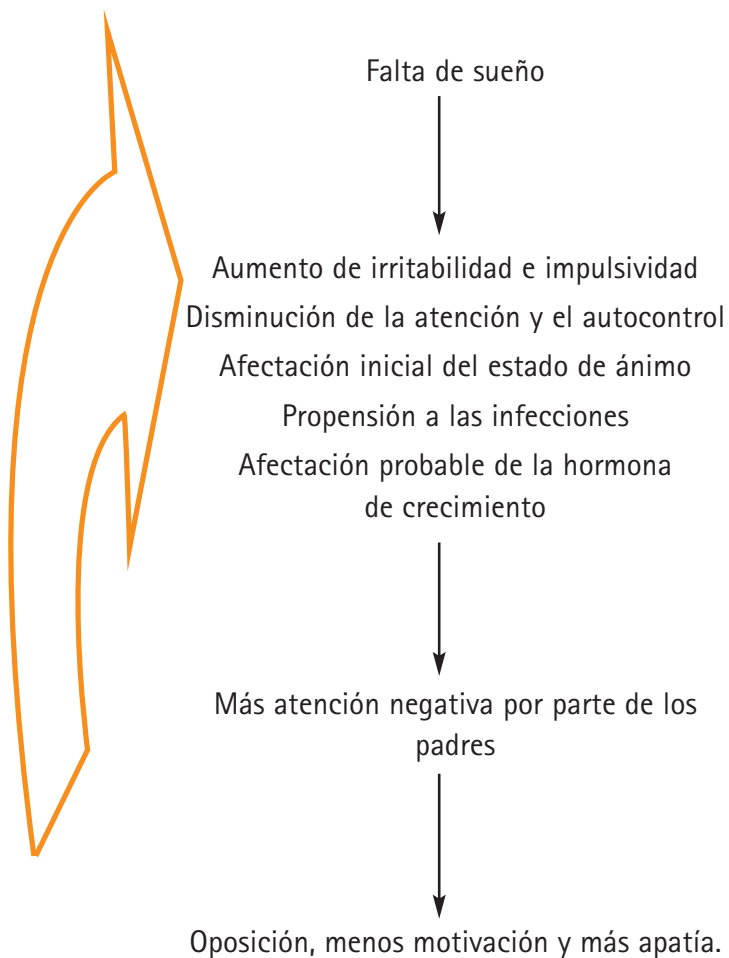
Al igual que los adultos, los niños con falta de sueño también sufren unas consecuencias. Se ven afectadas:

- ★ la función cognitiva
- ★ la función motora
- ★ el estado de ánimo

El humor es el más perjudicado. Normalmente ante la falta de sueño aumenta la irritabilidad y la impulsividad, lo que hace que los padres llamen la atención continuamente al niño por su mal comportamiento, perdiendo así su autonomía y mostrándose más opositorista y con menos tolerancia a la frustración, lo que provoca una situación límite que altera el entorno familiar.

Además disminuye la atención y el autocontrol, necesitando más esfuerzo y motivación para realizar las tareas.





Cometen más errores.

No mantienen la atención en tareas y actividades de juego.

No prestan atención a los detalles.

Están como ausentes.

No paran quietos, se mueven en exceso.

Resulta imposible que permanezcan sentados.

Corren o saltan más de lo normal.

Parece imposible que jueguen tranquilamente.

No tienen paciencia

Interrumpen en las actividades de otros.

Las leyes del sueño nos enseñan que:

- Es muy importante evitar la fragmentación del sueño.
- Tanto la duración como la continuidad del sueño influyen en su valor de recuperación.
- La falta de sueño afecta al estado de ánimo y a la capacidad de concentración.
- Un buen dormir mejora las defensas de nuestro organismo.

Si, si, pero si mi niño/a no duerme... ¿QUÉ HAGO?

Hay que tener en cuenta que para un niño el hecho de dormir puede implicar "separación", y esto normalmente no le gusta nada. Por el contrario, los padres esperan con ansia esa "separación" que es su tiempo de relajación y descanso.

Según sea esa separación, el niño reaccionará de una manera u otra.

- Una buena separación implica un acto predecible y rutinario, aportando satisfacción y seguridad tanto a los padres como al niño.
- Una mala separación hace que el niño responda ansiosamente, que los padres se sientan presionados emocionalmente y que ambos puedan tener miedo o reparo ante nuevas separaciones.

Por tanto se deben establecer distanciamientos graduales durante el día, permitiendo que el niño esté a ratos en otras estancias, entreteniéndose él solo.

Hay que establecer **límites flexibles**. Es muy

complicado para un niño sin límites educativos claros, ni rutinas en el aprendizaje de hábitos, establecer una conducta autónoma con respecto al sueño y la alimentación.

Pero no deben ser esclavos de los límites y

horarios, "un día es un día", lo importante es recuperar la rutina lo antes posible, teniendo en cuenta que probablemente ese día su hijo esté algo más irritable.

RECUERDEN

- Establecer una buena separación.
- Mantener límites flexibles.

Para que un niño duerma bien es conveniente establecer un **ritual de presueño**; es decir, tenemos que realizar siempre las mismas acciones (el baño, la cena, el cuento, la película, la canción.....), con la misma actitud (tono de voz tranquilo, transmitiendo seguridad...), en la misma habitación y en un horario parecido, para que el niño se tranquilice, relaje y esté dispuesto para recibir al sueño.

Pero ¡jojo! Recordáis que al principio del capítulo hablábamos de la "obligación que se imponen los padres para con los hijos", pues aquí es justo donde hay que estar alerta para no caer en la "trampa": *Nuestra obligación como padres no es la de dormir al niño, sino facilitarle que sea él quien concilie el sueño y aprenda a dormirse solo.*

¿Os habéis fijado en el comportamiento de alguien que está parado con las manos sobre el cochecito de un bebé? ¿o en el de alguien que esté de pie, parado, con un bebé en los brazos? ¡Sorprendentemente todos se balancean, incluso si el bebé está callado o dormido!

Estas personas han sido presas de la "obligación de tener que dormir o callar al niño", y con este comportamiento se corre el riesgo de

Resumiendo:

PARA QUE UN NIÑO NO TENGA PROBLEMAS DE SUEÑO:

Lo que no se debe hacer para dormirlo:

- Cantarle.
- Mecerlo en su cuna.
- Mecerlo en brazos.
- Darle la mano.
- Pasearlo en cochecito.
- Darle una vuelta en el coche.



interferir en el desarrollo natural del niño y de acostumbrarlo a reclamar el balanceo cada vez que quiera que lo cojamos o que tenga que iniciar el sueño. Es un hábito que en principio el niño no necesita y que nosotros introducimos, quitándole la oportunidad de aprender a dormirse solo.

Además del ritual de presueño, nos puede ayudar, en ocasiones, el usar un elemento transicional. Este puede ser cualquier objeto que el niño adopte como compañero nocturno y que le transmita seguridad. Su objetivo es el de calmar al niño cuándo lo necesita, especialmente en la transición al sueño, bien al inicio de la noche, bien en alguno de los despertares habituales que los niños de corta edad tienen a mitad de la noche.

Es mejor que el elemento transicional no requiera la presencia del adulto de forma continuada en la habitación. Así no sería un buen objeto transicional ni la mano de los padres, ni el pelo de cualquiera de ellos. Un buen elemento transicional puede ser el típico muñeco de peluche.

- Tocarle o dejar que nos toque el cabello.
- Darle palmaditas o acariciarlo.
- Ponerlo en nuestra cama.
- Dejarle jugar y saltar hasta que caiga rendido.
- Darle agua o leche o zumo.

Lo que se debe hacer para dormirlo:

- Es fundamental establecer un buen *apego*.
- Lo importante es *transmitir seguridad*. Los padres deben mostrarse tranquilos y seguros de lo que hacen y siempre hacer lo mismo.
- El niño debe aprender a entretenerse solo y a estar algunos ratos, durante el día, sin la presencia de los padres o cuidadores.
- Los *límites educativos deben ser claros y flexibles*, recuperando las rutinas lo antes posible.
- Cada niño tiene un ritmo. Unos adquieren rápidamente hábitos saludables de dormir y otros necesitan más *constancia* por parte del adulto que le enseña dichos hábitos.
- No debemos esperar que un niño de temperamento difícil se duerma con facilidad, va a necesitar límites de horarios y comportamientos más claros.
- Todos los adultos que participen en la enseñanza de los hábitos de dormir deben *actuar de la misma forma*.
- Hay que establecer un *ritual de presueño*. El niño ha de asociar el sueño con una serie de elementos externos que permanezcan a su lado durante toda la noche. Todos los rituales deben terminar antes de que el niño sea colocado en la cuna para dormir.
- Se le puede ayudar con un compañero nocturno (*elemento transicional*) que también permanezca con él toda la noche.
- El niño debe *acostarse despierto* en su cuna o cama para que sea él quién concilie el sueño.
- Los padres deben *salir de la habitación antes de que el niño se duerma*.
- *Los padres no tienen la obligación de dormir a su hijo*.
- No es el niño el que le dice a los padres cómo o qué necesita para dormirse. Son los padres los que tienen que enseñar el hábito de dormir a su hijo.
- Si el niño reclama la atención de los padres mediante el llanto, los gritos, vómitos..., éstos deben entrar para *darle confianza*, sin hacer nada para que se duerma o calle, estando pequeños intervalos de tiempo, hasta que el niño concilie el sueño solo.

La diferencia entre un niño que duerme bien y uno que duerme mal está en la habilidad que tiene el primero para autocalmarse, estar solo, seguro y poder así conciliar el sueño.

Descarten la idea de que les ha tocado un niño difícil o que duerme mal. El buen o mal dormir se puede enseñar y corregir cuando sea necesario.

11.7.4. Las conductas extrañas durante el sueño

El tema que ahora nos ocupa está destinado a la valoración de ciertas conductas extrañas que acontecen durante el periodo de sueño nocturno y que en ocasiones, por lo llamativas, perturban a los padres y/o convivientes. Son episodios que si se han visto una sola vez no suelen olvidarse nunca.

Las **parasomnias** (para significa "alrededor de " y somnia, "sueño"), podrían definirse como *fenómenos episódicos que suceden durante el sueño nocturno o sus transiciones*. Se caracterizan por diferentes actividades motoras y vegetativas, y se asocian a diferentes grados de "alertamiento" o despertares antes, durante o después del evento y pueden ocurrir asociadas a cualquier fase del sueño.

Estos cuadros son motivo de consulta muy frecuente en pediatría y en ocasiones es necesaria la intervención del especialista en sueño.



La clasificación internacional de las parasomnias, las divide en cuatro grandes grupos :

I. TRASTORNOS DEL DESPERTAR

- A) Despertar incompleto, confusional o "borrachera de sueño".
- B) Sonambulismo.
- C) Terrores nocturnos o "pavor nocturno".

II. TRASTORNOS DE LA TRANSICIÓN VIGILIA-SUEÑO

- A) Movimientos rítmicos durante el sueño.
- B) Sobresaltos durante el sueño.
- C) Soliloquia.
- D) Calambres nocturnos de las piernas.

III. PARASOMNIAS LIGADAS A LA FASE REM

- A) Pesadillas.
- B) Parálisis del sueño.
- C) Alteraciones de la conducta en la fase REM.

IV. OTRAS PARASOMNIAS

- A) Despertares paroxísticos.
- B) Bruxismo.
- C) Erramburrismo.
- D) Enuresis nocturna.
- E) Distonía paroxística nocturna.

Desarrollaremos con más detalle aquellas que por su mayor frecuencia de presentación y, en ocasiones, sus consecuencias tanto nocturnas como diurnas, deben ser conocidas tanto por padres como por educadores de manera que puedan ser detectadas o sospechadas lo mas precozmente posible para poder, por un lado, iniciar aquellas medidas básicas que faciliten su manejo y por otro, determinar el momento en el que deben ser estudiadas por un especialista en sueño y de esta manera evitar las consecuencias a largo plazo que de ellas pudieran derivarse.

A) SONAMBULISMO

El sonambulismo, junto a la soliloquia (hablar durante el sueño) es una de las parasomnias mas frecuentes en al infancia. Se estima que hasta el 15% de los niños entre 5 y 15 años han tenido, al menos, un episodio de sonambulismo, aunque sólo el 5% presentará este trastorno de forma frecuente (1 episodio/més).

El episodio suele acontecer en el primer tercio de la noche, cuando el durmiente pasa de una fase de sueño profundo a otra más superficial durante el primer ciclo de sueño profundo y tiene una duración variable, entre cinco y veinte minutos. Durante el mismo el cuerpo se encuentra muy activo, pero carece de un adecuado control cerebral.

El comportamiento puede variar desde algunos automatismos simples, perseverantes, hasta comportamientos complejos como deambular por la habitación, caminando con los ojos abiertos, la mirada fija, las pupilas dilatadas, evitando o no los objetos que encuentra en su camino, tropezando, y muchas veces hiriéndose al intentar atravesar una ventana o una puerta. Otras veces se finaliza la acción emprendida (aseo personal, vestirse e incluso salir de casa) adecuadamente.

Por lo general el sonámbulo no reacciona ante las intervenciones de los observadores, aunque a veces éstas pueden provocarle una reacción de auto o hetero agresividad. Si se le logra despertar, estará desorientado; si por el contrario, vuelve a dormirse, el episodio concluye con un sueño tranquilo. A la mañana siguiente no tiene ningún recuerdo de lo acontecido.

La polisomnografía (una técnica médica que estudia el sueño), unida al registro en vídeo demuestran que el episodio de sonambulismo se da durante las fases 3 y 4 del sueño No REM (sueño más profundo).

El sonambulismo en niños es, en principio, un trastorno benigno sin asociación a psicopatología, los episodios persisten durante varios años y tienden a desaparecer en la adolescencia.

Esta parasomnia en adultos es mas rara, con una incidencia de solo el 0.7%. En estos casos puede evidenciarse algún trastorno conductual y/o de la personalidad, debiéndose hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos motores del sueño.

Con frecuencia existen, antecedentes familiares en los pacientes más cercanos; el 60% de los niños sonámbulos presentan historia familiar de sonambulismo.

Factores coadyuvantes y/o precipitantes son la falta de sueño, fiebre, enfermedad, cansancio excesivo, estrés, etc. Se ha descrito una parasomnia relacionada con el periodo menstrual: la presencia de terrores nocturnos y sonambulismo agitado las cuatro noches que preceden a la menstruación.

Ante un episodio de sonambulismo es importante mantener la calma pero... además **¿qué podemos hacer?:**

- Tranquilizar a los demás familiares.
- Prevenir los posibles riesgos de accidentes que pueden acontecer durante el episodio, por lo que el primer paso comienza con la adopción de medidas de seguridad frente a lesiones: **asegurar el cierre de ventanas y puertas.**

El niño sonámbulo puede llegar a ser muy agresivo contra sí mismo y contra las personas

que pretenden ayudarlo. La agresión se da especialmente durante el intento de despertarlo o de devolverlo a la cama. Por eso, si pensamos que el niño está sufriendo un episodio de sonambulismo **nunca debemos despertarlo**, puesto que además ello favorecerá que los episodios se repitan con más frecuencia.

También es inútil reprender al niño por ello, ya que al no existir control cerebral durante el episodio sonámbulo, no existe memoria del suceso. Es decir, que al día siguiente el niño se levanta absolutamente despistado y sin recordar nada.

En general cuando los episodios son aislados no precisan ningún tipo de tratamiento, salvo las medidas enumeradas anteriormente. Se consigue disminuir el número de episodios con una buena higiene de sueño y evitando factores precipitantes, como la falta de sueño.

Cuando los episodios son frecuentes o agresivos ocasionan somnolencia, irritabilidad u otra sintomatología diurna, o exista riesgo de lesiones físicas para el niño, los hermanos o cuidadores será necesario ponerse en contacto con el pediatra o el especialista en medicina del sueño para iniciar técnicas de tratamiento.

Por último, el tratamiento farmacológico no es aconsejable, en principio, ya que se trata de un proceso benigno que tiende a remitir con la edad. En los adultos que presenten episodios repetidos y/o violentos se pueden administrar fármacos en una sola dosis nocturna, con el objetivo de suprimir las fases de sueño más profundo, en cualquier caso, se aconseja asimismo recibir psicoterapia

B) TERRORES NOCTURNOS

También conocidos como "pavor nocturno", aparecen en la infancia aunque pueden darse a cualquier edad. Es un trastorno menos frecuente que el sonambulismo aunque a veces se asocia con él. Su frecuencia en la población infantil se estima entre un 1 y un 5% y en la población adulta en un 1%. Su incidencia máxima se produce entre los 4 y los 12 años, especialmente en varones y tiene un pico típico de presentación entre los 3-4 años, pudiéndose reproducir a los 5-6 años.

Los episodios nocturnos se manifiestan en el primer ciclo de sueño (en el primer tercio de la noche).

El niño, que duerme apaciblemente, se agita bruscamente, se sienta en la cama, provoca un *grito escalofriante* que despierta a los padres quienes lo encuentran aterrorizado, desorientado, *no reconoce a las personas* que le rodean. Este episodio se acompaña de importantes manifestaciones físicas: taquicardia, sudoración intensa, respiración rápida, rubor o enrojecimiento facial, dilatación de las pupilas y aumento del tono muscular junto a vocalizaciones.

El niño permanece en este estado durante unos minutos y si se le despierta parece confuso, incoherente y desorientado con amnesia del episodio. Pasada la crisis el niño vuelve a dormirse tranquilamente, no recordando a la mañana siguiente lo acontecido.



En ocasiones el componente motor es intensamente marcado en muchos episodios de terror nocturno, tanto que es muy difícil diferenciarlos. Es frecuente que existan antecedentes familiares de ambos trastornos.

Los terrores nocturnos en el niño pueden aparecer de forma espontánea o ser provocados por diversos estímulos: ruidos, cambio forzado de postura en la cama, fiebre, privación de sueño, etc.

Tengan en cuenta que:

- Estos episodios tienden a desaparecer al llegar la adolescencia.

Se trata de un trastorno que en los niños no guarda relación con ningún factor psicológico. Sin embargo cuando el terror nocturno aparece por **primera vez en la adolescencia** y/o continúa en la edad adulta, es aconsejable su estudio en busca de antecedentes que pudieran desencadenar el cuadro.

También en estos casos la polisomnografía y el registro en vídeo demuestran que los terrores nocturnos acontecen durante las fases de sueño profundo del primer ciclo de la noche. El sueño nocturno aparece perturbado en calidad y cantidad, lo que tiene trascendencia clínica si los terrores se repitan con cierta frecuencia.

El curso benigno de estos episodios, que lleva normalmente a su desaparición en la adolescencia, hace innecesario aplicar un tratamiento farmacológico. Es conveniente estar tranquilos y mejorar la higiene del sueño de sus hijos.

Sólo si estos episodios se repiten con cierta frecuencia deben ser vistos por su pediatra o el especialista en trastornos del sueño. El tratamiento disminuirá el número de episodios, aumentando la calidad de sueño nocturno y evitando las posibles consecuencias de la vida diurna (somnolencia, irritabilidad, alteraciones escolares, etc.).

En el adulto estas parasomnias requieren una evaluación más detallada y dentro de las medidas terapéuticas se aconseja la psicoterapia.

C) MOVIMIENTOS RÍTMICOS DURANTE EL SUEÑO

Algunos niños efectúan movimientos automáticos de mecimiento para conciliar el sueño o durante el mismo.

Suelen iniciarse hacia los 9 meses y raramente persisten más allá de los dos años. Se considera que hasta el 66% de los niños exhiben algún tipo de movimiento rítmico a los 9 meses, siendo la calidad de su sueño tan buena como en los niños sin movimiento. Estos pueden llegar a estar presentes en el 6% de los niños de 5 años. La situación rara vez se inicia pasados los 18 meses.

Consisten en movimientos estereotipados y repetidos de forma rítmica que realizan con la cabeza, cuello o grandes grupos musculares,

incluso todo su cuerpo y a menudo asociado a vocalizaciones o sonidos guturales rítmicos. Tienen una frecuencia regular de alrededor de un movimiento o golpe por segundo.

Clínicamente los más frecuentes son comportamientos caracterizados por:

- movimientos anteroposteriores de la cabeza ("head-banging")
- movimientos circulares de la cabeza ("head-rolling")
- movimientos de balanceo de todo el cuerpo ("body-rocking").

Los primeros son, con mucho, los más frecuentes. Pueden observarse en la transición al sueño, durante los alertamientos de cualquier fase de sueño y también en las transiciones del sueño a vigilia.

Se observa un predominio en el sexo masculino (de tres a uno). Su causa es desconocida, aunque se ha observado un predominio familiar a padecer este trastorno. Algunos autores los han relacionado con una conducta aprendida, en la que el niño reproduciría los movimientos de mecimiento que realizan los padres al acunarlo, otros piensan que representa una forma de autoestimulación (¿recuerdan lo que hace un adulto parado sujetando un carro de niños?).

Generalmente afecta a niños que por otro lado no tienen otras alteraciones. Sin embargo las ritmias del sueño se pueden asociar a ciertas alteraciones del desarrollo.

Preocupan a los padres por la espectacularidad de los movimientos que suelen además provocar ruidos o desplazamientos de la cuna. Algunos niños llegan a producirse rozaduras sobre todo en la barbilla.

Normalmente desaparecen espontáneamente antes de la adolescencia, aunque se han descrito casos en los que persiste la "jactatio capitis" (movimientos anteroposteriores de la cabeza o golpes contra la almohada) en adultos.

Los que persisten más allá de los 6 años y sobretodo los que estén presentes en la edad adulta deberán ser estudiados.

El diagnóstico se realiza mediante la clínica y

cintas de vídeo recogidas por la familia. Solamente en los casos en los que se requiera un diagnóstico diferencial con otras patologías (tics, epilepsia, autismo...), utilizaremos otros métodos diagnósticos, entre ellos la polisomnografía.

Generalmente no se precisa tratamiento específico. La información y la cama es primordial. Se deben tomar:

- Medidas de precaución para que el niño no se dañe físicamente y para disminuir el ruido.
- Instaurar unos buenos hábitos de sueño puede ayudar.
- En algunas ocasiones debido a su frecuencia, intensidad y consecuencias diurnas es necesario iniciar un tratamiento.

D) SOMNILOQUIA

Es una parasomnia caracterizada por la expresión de lenguaje hablado, palabras o vocablos, generalmente ininteligibles, durante el sueño nocturno y sin conocimiento del niño.

Se trata de un fenómeno muy frecuente, considerado normal e inocuo y puede darse en la población general a cualquier edad de la vida (principalmente en gente joven). Afecta al 15% de los niños y ocurre normalmente asociados a ensueños durante el sueño REM de la madrugada, aunque puede presentarse en cualquier fase de sueño y no afecta a la estructura del mismo.

Como la mayor parte de las parasomnias puede tener un origen genético. Pueden llegar a ser intensos con gritos, llanto, risa o solo comentarios sin importancia. Suelen ser palabras aisladas o frases cortas, que el niño no recuerda al día siguiente.

En adolescentes jóvenes pueden llegar a ser verdaderos discursos en cualquier momento de la noche y no entrañan ninguna patología específica.

Durante las crisis febriles puede ser más evidente. Son muy típicos cuando el niño inicia la guardería o la escuela.

E) SOBRESALTOS HIPNICOS

Se trata de un evento fisiológico normal, cuyo

mecanismo no se ha aclarado suficientemente. Este fenómeno se ha observado en el 60-80% de la población general y puede darse a cualquier edad de la vida. Consisten en movimientos espontáneos de muy breve duración que corresponden a contracciones musculares breves y asimétrica o masiva, sincrónica y bilateral.

En general afectan a las extremidades inferiores y, ocasionalmente a extremidades superiores y cabeza, se traducen por sacudidas bruscas de una parte del cuerpo, o de todo él, lo cual puede despertar al niño y si se da en un adulto incluso despertar a su pareja.

Típicamente ocurren al inicio del sueño y se pueden asociar con ensueños vividos. Se acentúan por estimulación sensorial, ejercicio excesivo, estrés y privación de sueño.

Es un acontecimiento benigno por lo que no es preciso actuar sobre ellas.

El tratamiento es preventivo si los sobresaltos son violentos y/o muy frecuentes. Consiste básicamente en evitar el ejercicio físico intenso antes de acostarse y la ingesta de sustancias estimulantes.

F) PESADILLAS

Son ensueños intensos de carácter angustioso

y tenaz que producen sensación de miedo y que ocurren a lo largo de la noche.

Son muy frecuentes en la población general, si se considera su aparición de forma esporádica.

Denominadas también "crisis de ansiedad durante el sueño", pueden confundirse con los terrores nocturnos. Se caracterizan porque el niño se despierta con facilidad y suele tener un recuerdo vivido del episodio, pudiendo relatar con detalle y de forma estructurada el contenido del ensueño; las reacciones físicas, salvo el aumento de la frecuencia cardíaca, no suelen ser intensas.

Las pesadillas ocurren durante el sueño REM (sueño menos profundo) y pueden aparecer en cualquier momento de la noche, aunque son más probables al final de la misma, cuando hay cantidad de sueño REM. Todas estas características las diferenciarán de los terrores nocturnos.

Dependiendo del grado de ansiedad que haya originado la pesadilla, el niño tardará más o menos en volver a dormirse.

Aproximadamente el 5% de la población general presenta este problema, siendo mucho más frecuentes en niños de 3 a 8 años, con un ligero predominio en el sexo femenino y disminuyendo posteriormente en la adolescencia.

Cuando se inician en la adolescencia o en el adulto y especialmente si son crónicas (un episodio de "mal sueño" una vez por semana, durante al menos 6 meses), deben buscarse las causas que las producen.

Si las pesadillas se producen de forma repetida, suelen asociarse a insomnio, por las vigiliadas provocadas durante las mismas y porque el niño tiene miedo a quedarse dormido y, con frecuencia, se acompaña de otras parasomnias como sonambulismo, somniloquia o enuresis.

Factores precipitantes son la fiebre, el estrés emocional, el déficit de sueño...

Generalmente no precisan tratamiento, sin embargo en pacientes con pesadillas recurrentes muy intensas la terapia conductual junto con el tratamiento farmacológico, si se precisa (excepcional en niños), puede ser de mucha utilidad.

Es importante:

- Que la familia esté tranquila.
- Saber que las pesadillas pueden formar parte normal del desarrollo del niño.
- Evitar la exposición del niño a experiencias potencialmente traumáticas (películas o historias de miedo).
- Al contrario que en los episodios de terror nocturno, aquí es importante interactuar para tranquilizar y dar seguridad al niño.

G) BRUXISMO

El bruxismo o rechinar de dientes durante el sueño, es una parasomnia relativamente presente en la población general de cualquier edad.

Se trata de una contracción rítmica y estereotipada de los músculos de la mandíbula. Suele comenzar en la adolescencia y sigue un curso fluctuante.

El niño puede presentar síntomas secundarios tales como dolor, dolor facial o mandibular, cefalea y en ocasiones su intensidad conlleva daños irreversibles en los dientes y estructuras adyacentes.

Entre sus causas cabe destacar procesos de maloclusión dental, tensión emocional, estrés, etc. Su prevalencia en la población infantil es de un 29,5% y en la edad adulta de un 5-21%.

En casos de bruxismo intenso está indicado proteger los dientes con un molde blando, evitar situaciones estresantes y bebidas estimulantes.

La psicoterapia y técnicas de relajación ayudan a disminuir la intensidad de la contractura.

H) ENUREIS NOCTURNA

Se caracteriza por la emisión activa, completa e involuntaria de orina durante al noche a partir de la edad en que la madurez fisiológica del niño debería haber adquirido el control del esfínter vesical (3-4 años), siendo la edad mental normal.

Su frecuencia es del 15% en niños de 5-6 años y de un 10% en niños de 7 a 10 años y va disminuyendo posteriormente con la edad. Es una

alteración frecuente que afecta más a varones que a las mujeres (2/1).

Representa uno de los trastornos más estresantes en la infancia, tanto para el niño como para los padres.

Existen dos tipos de enuresis:

- La *primaria* definida como la presencia de micción nocturna pasada la edad de los 5 años como extensión anormal de la incontinencia infantil, es decir, en ningún momento se ha adquirido el control miccional nocturno.
- La *secundaria* se produce en niños que han manifestado control vesical al menos durante 6 meses de su vida.

La primaria es la más frecuente, se suele asociar con antecedentes familiares para el trastorno y estos niños, generalmente tienen una menor capacidad funcional de la vejiga urinaria.

Por el contrario, en la forma secundaria deben considerarse factores psicológicos como posibles desencadenantes del trastorno puesto que la aparición de enuresis se relaciona con determinados acontecimientos emocionales significativos para el paciente, como puede ser el nacimiento de un hermano, comienzo de la escolaridad, separación de los padres, etc.

Para hacer el diagnóstico es preciso descartar que la falta de control vesical no obedece a alteración neurológica específica ni tampoco a anomalías estructurales del aparato urinario.

Es fundamental:

- Tranquilizar al niño.
- Obtener su colaboración.
- Intentar motivarle con pautas de gratificación.
- Que los padres sean tolerantes y pacientes, (especialmente en los casos de enuresis primaria), y que eviten actitudes punitivas o negativas.

Si existe disminución de la capacidad funcional de la vejiga, pueden ser útiles los ejercicios de entrenamiento vesical, como beber grandes cantidades de agua y aplazar el mayor tiempo posible la micción. Las medidas de psicoterapia están indicadas fundamentalmente en las enuresis secundarias, en las cuales suele existir, como ya se ha dicho, un factor psicológico desencadenante. Hay disponibles en el merca-

do sistemas de condicionamiento que despiertan al niño ante las primeras gotas de orina, estas medidas deben ser controladas por un especialista, pues una puesta en práctica incorrecta puede ocasionar gran ansiedad y por consiguiente un gran número de recaídas.

El tratamiento farmacológico se reserva para situaciones especiales y siempre bajo control médico y asociado a otras terapias.

BIBLIOGRAFÍA

Guía Médica Familiar.

Schering-Plough. EcuSanitas. Bayer.
Servidatos S.A. 1997-98.

Enciclopedia Familiar Everest de la Salud.

Edit. Everest. Madrid 1984.

Guía Médica para la Familia.

Zeta Multimedia S. A. 1997.

Manual de orientación y terapia familiar

Ríos González, J. A.

Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid. 1994.

Medicina de familia. Principios y práctica.

Taylor, R. B.

Edit. Doyma. Barcelona. 1991.

Orientación Familiar en Atención Primaria.

Manual para el médico de familia y otros profesionales de la salud.

McDaniel, S.; Seaburn, D. B. y Campbell, T.L.
Springer-Verlag Ibérica. 1998.

Medicina y Salud Escolar.

Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria
Madrid. 1993.

Manual de Pediatría.

Cruz, M.; Crespo, M.; Brines, J.; Jiménez, R. y Molina, J. A.

Edit. Ergon. Madrid. 2003.

¡Comer bien para vivir mejor!

Quiles, J. y Suria, C.

Generalitat Valenciana.

Monografías Sanitàries. 1996.

