SALUD, SEGURIDAD Y NUTRICIÓN



Jennifer Paris
College of the Canyons



Libro: Salud, Seguridad y Nutrición (V2)

This text is disseminated via the Open Education Resource (OER) LibreTexts Project (https://LibreTexts.org) and like the thousands of other texts available within this powerful platform, it is freely available for reading, printing, and "consuming."

The LibreTexts mission is to bring together students, faculty, and scholars in a collaborative effort to provide an accessible, and comprehensive platform that empowers our community to develop, curate, adapt, and adopt openly licensed resources and technologies; through these efforts we can reduce the financial burden borne from traditional educational resource costs, ensuring education is more accessible for students and communities worldwide.

Most, but not all, pages in the library have licenses that may allow individuals to make changes, save, and print this book. Carefully consult the applicable license(s) before pursuing such effects. Instructors can adopt existing LibreTexts texts or Remix them to quickly build course-specific resources to meet the needs of their students. Unlike traditional textbooks, LibreTexts' web based origins allow powerful integration of advanced features and new technologies to support learning.



LibreTexts is the adaptable, user-friendly non-profit open education resource platform that educators trust for creating, customizing, and sharing accessible, interactive textbooks, adaptive homework, and ancillary materials. We collaborate with individuals and organizations to champion open education initiatives, support institutional publishing programs, drive curriculum development projects, and more.

The LibreTexts libraries are Powered by NICE CXone Expert and were supported by the Department of Education Open Textbook Pilot Project, the California Education Learning Lab, the UC Davis Office of the Provost, the UC Davis Library, the California State University Affordable Learning Solutions Program, and Merlot. This material is based upon work supported by the National Science Foundation under Grant No. 1246120, 1525057, and 1413739.

Any opinions, findings, and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the National Science Foundation nor the US Department of Education.

Have questions or comments? For information about adoptions or adaptions contact info@LibreTexts.org or visit our main website at https://LibreTexts.org.

The LibreTexts name, logo, and book covers are trademarked by LibreTexts, Inc. (a 501(c)(3) not-for-profit organization) and protected against unauthorized use.

This text was compiled on 09/06/2026

TABLE OF CONTENTS

Licensing

Sección I: Introducción

1: Bienestar infantil y educación de la primera infancia

Sección II: Seguridad

1: Prevención de lesiones y protección de la seguridad de los niños

2: Creación de ambientes interiores seguros

3: Creación de ambientes seguros al aire libre

4: Atención de lesiones menores y preparación y manejo de emergencias

5: Maltrato infantil

Sección III: Salud

1: Niños con Necesidades Especiales de Salud

2: Salud Mental Infantil

3: Promoviendo la buena salud y el bienestar

4: Prevención de Enfermedades

5: Atención de salud de apoyo

Sección IV: Nutrición

1: Nutrición básica para niños

2: Proteger la buena nutrición y el bienestar físico

3: Proporcionar una buena nutrición

4: Planeación de menús e inocuidad alimentaria

Apéndices

Apéndice A- Lista de verificación de 15 imprescindibles para todos los programas de cuidado infantil

Apéndice B- Título 22 Aspectos destacados del Reglamento de Licencias

Apéndice C - Lista de verificación de salud y seguridad

Apéndice D- Ejemplo de Formulario de Reporte de Lesiones

Apéndice D- Ejemplo de Formulario de Reporte de Lesiones/Incidentes

Apéndice E- Ejemplo de Formulario de Inspección de Patio

Apéndice F- Ejemplo de formulario de autoevaluación de emergencia

Apéndice G- Ejemplos de Planes de Respuesta a Emergencias

Apéndice H- Lista de verificación de mitigación de emergencia

Apéndice I- Hitos del desarrollo

Apéndice J- Formulario de exclusión

Apéndice K- Aviso de exposición a enfermedades contagiosas

Apéndice L- Plan de Atención de Salud Individualizado

Apéndice M- Información de Enfermedades Infecciosas

Apéndice N- Autoevaluación para Comidas y Bocadillos Positivos y Saludables

Apéndice O- Gráficas de crecimiento
Apéndice P- Lista de verificación del plan de prevención y manejo de alergias alimentarias
Materiales auxiliares - Presentaciones Powerpoint
Glossary
Index

This page titled Salud, Seguridad y Nutrición (V2) is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

Licensing

A detailed breakdown of this resource's licensing can be found in ***Back Matter/Detailed Licensing***.

This page titled Licensing is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

Sección I: Introducción



https://unsplash.com/photos/xgjWzMEXdoc

This page titled Sección I: Introducción is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- I: Introduction by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

1: Bienestar infantil y educación de la primera infancia

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Explique por qué la salud y el bienestar en la primera infancia son tan importantes.
- Describir las cualidades y beneficios de los programas de atención y educación temprana de alta calidad.
- Describa lo que abordará el libro con respecto a la seguridad, la salud y la nutrición.
- Discutir qué es la licencia y su papel para mantener a los niños seguros y saludables.
- Comparar y contrastar los requisitos de licencia del Título 22 y Título 5.

Resultado de imagen para comillas prediseñadas	Existe una cultura de bienestar cuando el personal y la salud y seguridad infantil son valoradas, apoyadas y promovidas a través de programas de salud y bienestar, políticas y medio ambiente. [1]

Introducción

La evidencia muestra que las experiencias en la infancia son extremadamente importantes para el desarrollo saludable y el aprendizaje permanente de un niño. La forma en que un niño se desarrolla durante este tiempo afecta el futuro desarrollo cognitivo, social, emocional, del lenguaje y físico, lo que a su vez influye en la preparación escolar y el éxito posterior en la vida. La investigación sobre una serie de condiciones médicas y de salud de adultos apunta a vías preenfermas que tienen sus inicios en la primera y media infancia.

Figura 1.1 - Lo que sucede cuando los niños son pequeños puede tener un efecto de por vida. [2]

Durante la primera infancia, el cerebro humano crece hasta el 90 por ciento de su tamaño adulto a los 3 años. La primera infancia representa el período en el que los niños pequeños alcanzan hitos del desarrollo que incluyen:

- Regulación emocional y apego
- Desarrollo del lenguaje
- Desarrollo cognitivo
- Desarrollo físico (habilidades motoras)

Todos estos hitos pueden retrasarse significativamente cuando los niños pequeños experimentan un cuidado inadecuado, factores estresantes ambientales y otros factores de riesgo negativos. Estos factores estresantes y factores pueden afectar el cerebro y pueden comprometer seriamente el crecimiento y desarrollo físico, socioemocional y cognitivo de un niño.

Más que cualquier otro período de desarrollo, la infancia prepara el escenario para:

- Éxito escolar
- Alfabetización en salud
- Autodisciplina
- La capacidad de tomar buenas decisiones sobre situaciones de riesgo
- Hábitos alimenticios
- Negociación de conflictos y relaciones saludables con familiares y amigos [3]

Comprender las preocupaciones de salud infantil

Aunque los niños pequeños suelen estar sanos, es durante este tiempo que corren el riesgo de padecer afecciones como:

- Trastornos del desarrollo y del comportamiento
- Maltrato infantil
- Asma y otras afecciones crónicas
- Obesidad
- Caries (caries) dentales
- Lesiones no intencionales

Un niño recibe tratamiento dental durante el evento del día âGive Kids a Smileâ March 9, 2019, realizado por la clínica 375 del Escuadrón Dental en la Base de la Fuerza Aérea Scott, Illinois. A los niños inscritos para el evento se les dio la oportunidad de recibir limpiezas, empastes y más sin costo alguno para sus padres. (Foto de la Fuerza Aérea de Estados Unidos por Airman de 1ª Clase Isaías González)

Figura 1.2 — Los niños pequeños pueden desarrollar caries dentales (caries). [4]

Si bien suelen ser no fatales, estas afecciones afectan a los niños, su educación, sus relaciones con los demás, y la salud y bienestar de los adolescentes y adultos en los que se convertirán. [5]

Temas emergentes en la salud infantil

Las claves para comprender la salud infantil son reconocer el papel importante que estos períodos juegan en la salud y el bienestar de los adultos y enfocarse en afecciones y enfermedades que pueden limitar seriamente las habilidades de los niños para aprender, crecer, jugar y convertirse en adultos sanos.

Los esfuerzos de prevención en la primera y mediana infancia pueden tener beneficios duraderos. Los temas emergentes en la primera y mediana infancia incluyen la implementación y evaluación de intervenciones multidisciplinarias de salud pública que aborden los determinantes sociales de la salud mediante:

- Fomentar familias, padres y cuidadores conocedores y nutritivos
- Crear entornos de apoyo y seguros en el hogar, las escuelas y las comunidades
- Aumento del acceso a una atención de salud de alta calidad

Desarrollo y educación en la primera infancia

La primera infancia, particularmente los primeros 5 años de vida, impacta el desarrollo social, cognitivo, emocional y físico a largo plazo. El desarrollo saludable en la primera infancia ayuda a preparar a los niños para las experiencias educativas del kindergarten y más allá. Las oportunidades de desarrollo y educación en la primera infancia se ven afectadas por diversos factores ambientales y sociales, entre ellos:

- Estrés temprano en la vida
- Nivel socioeconómico
- Relaciones con padres y cuidadores
- Acceso a programas de educación temprana

El estrés en la vida temprana y los eventos adversos pueden tener un impacto duradero en la salud mental y física de los niños. Específicamente, el estrés temprano en la vida puede contribuir a retrasos en el desarrollo y malos resultados de salud en el futuro. Los factores estresantes como el abuso físico, la inestabilidad familiar, los vecindarios inseguros y la pobreza pueden hacer que los niños tengan habilidades de afrontamiento inadecuadas, dificultad para regular las emociones y reducir el funcionamiento social en comparación con otros niños de su edad.

Además, la exposición a peligros ambientales, como el plomo en el hogar, puede afectar negativamente la salud de un niño y causar retrasos cognitivos en el desarrollo. Las investigaciones muestran que la exposición al plomo afecta desproporcionadamente a los niños de familias minoritarias y de bajos ingresos y puede afectar negativamente su preparación para la escuela.

El nivel socioeconómico de las familias y comunidades de niños pequeños también afecta significativamente sus resultados educativos. Específicamente, se ha demostrado que la pobreza influye negativamente en el logro académico de los niños pequeños. Las investigaciones muestran que, en sus últimos años, los niños de entornos desfavorecidos tienen más probabilidades de necesitar educación especial, repetir calificaciones y abandonar la escuela secundaria. Los niños de comunidades con mayor nivel socioeconómico y más recursos experimentan entornos más seguros y de apoyo y mejores

programas de educación temprana.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**Los efectos de la pobreza en la educación** "A pesar de ser uno de los países más desarrollados del mundo, Estados Unidos tiene una de las tasas más altas de pobreza infantil a nivel mundial". [7] "La pobreza tiene un efecto particularmente adverso en los resultados académicos de los niños, especialmente durante la primera infancia". [8] Las investigaciones han demostrado que niños de familias en situación de pobreza ingresan a la escuela con una brecha de preparación. Las contribuciones a esta brecha incluyen: • Desarrollo físico y salud deficientes (debido a la mala nutrición y falta de acceso a la atención médica) • Desafíos con concentración, memoria, atención, curiosidad y motivación [9] por el estrés crónico de vivir en la pobreza • Mayor riesgo de problemas conductuales y emocionales • Exposición a peligros ambientales (como pintura con plomo) y violencia en sus comunidades. Dos cosas adicionales que son importantes a tener en cuenta: • Esta brecha afecta desproporcionadamente a niños negros y latinx. • Las familias que viven en la pobreza tienen dificultades para encontrar programas de atención y educación temprana asequibles y de alta calidad y a menudo se encuentran en distritos con escuelas con recursos insuficientes. [10]

Los programas para la primera infancia son una salida crítica para fomentar el desarrollo mental y físico de los niños pequeños. De acuerdo con el Centro sobre el Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard *Un marco basado en la ciencia para la política de la primera infancia,*

"Los principales elementos que han producido impactos positivos de manera consistente incluyen:

- profesores altamente calificados;
- el tamaño de las clases pequeñas y la alta proporción adulto-niño;
- planes de estudio apropiados para la edad y materiales estimulantes en un entorno físico seguro;
- un entorno rico en idiomas;
- interacciones cálidas y receptivas entre el personal y los niños; y
- niveles altos y consistentes de participación infantil." [11]

La Asociación Nacional para la Educación para Niños Pequeños dice que los programas de alta calidad:

- Crear comunidades solidarias de aprendices en las que los niños desarrollen relaciones con cada uno y los maestros y se incluya a cada niño y familia.
- Enseñar a apoyar el desarrollo y aprendizaje de los niños siendo intencionales con el diseño ambiental, los materiales y las actividades y brindando orientación positiva para el comportamiento de los niños.
- Tener un plan de estudios apropiado para el desarrollo que ayude a los niños a aprender y crecer que establezca metas desafiantes pero alcanzables para los niños, equilibre la instrucción de adultos y las actividades grupales con el juego y las experiencias elegidas por los niños, brinde tiempo suficiente para un compromiso profundo y se base en los intereses de habilidades y conocimientos.
- Evalúa regularmente el desarrollo y aprendizaje de los niños para informar su diseño ambiental, currículo e interacciones con los niños y sus familias.
- Se basa en asociaciones con familias en las que las familias son respetadas y valoradas, comparten sus metas e inquietudes, se les anima a participar, y con una comunicación clara (en el idioma materno de la familia siempre que sea posible). [12]

Y puedes consultar la lista de verificación *15 imprescindibles para todos los programas de cuidado infantil* publicada por La Administración para Niños y Familias Oficina de Cuidado Infantil en el Apéndice A.

Los programas de desarrollo y educación infantil también pueden ayudar a reducir las brechas educativas. Por ejemplo, Head Start es un programa para la primera infancia financiado por el gobierno federal que brinda servicios integrales para niños de familias de bajos ingresos. Head Start tiene como objetivo mejorar los resultados de salud, aumentar el aprendizaje y las habilidades sociales, y cerrar la brecha en la preparación para aprender para los niños de familias de bajos ingresos y niños en riesgo. También se ha demostrado que la inscripción de niños en el jardín de infantes de día completo después de la finalización del preescolar mejora el rendimiento académico.

Además, los programas extendidos de la primera infancia para niños de hasta 3er grado, también conocidos como programas de refuerzo, pueden brindar servicios integrales educativos, de salud y sociales para complementar los programas estándar de la primera infancia y jardín de infantes. Estos programas ayudan a sostener y reforzar los logros académicos y de desarrollo temprano. Las características de tales programas incluyen:

- Baja relación alumno-maestro
- Formación docente
- Creación de asociaciones escuela-familia
- Comidas escolares
- Provisión de transporte hacia y desde la escuela
- Servicios de atención médica y derivaciones
- Visitación a domicilio
- Servicios sociales de apoyo

Marco para programas que atienden a bebés y niños pequeños y sus familias

Figura 1.3 “Marco para programas que atienden a bebés y niños pequeños y sus familias” de Early Head Start. Se puede ver cómo una compilación de servicios conduce al bienestar de los niños independientemente de la edad del niño. [13]

La educación de calidad en la escuela primaria es necesaria para reforzar las intervenciones en la primera infancia y evitar que sus efectos positivos se desvanezcan con el tiempo. La investigación también muestra que la calidad escolar tiene un impacto tanto en el logro educativo a corto como a largo plazo de los niños, así como en su salud. Por ejemplo, los niños que se inscriben en escuelas de baja calidad con recursos de salud limitados, problemas de seguridad y bajo apoyo docente tienen más probabilidades de tener peor salud física y mental.

Las oportunidades de desarrollo y educación a las que tienen acceso los niños en sus primeros años tienen un impacto duradero en su salud como adultos. El Proyecto Carolina Abecedarian encontró que los niños del estudio que participaron en un programa de educación infantil integral y de alta calidad, incluyendo la atención de la salud y componentes nutricionales, se encontraban en mejor salud que los que no lo hicieron. El estudio encontró que, a los 21 años, las personas que participaron en el programa integral de educación temprana exhibieron menos comportamientos de salud riesgosos, por ejemplo, tenían menos probabilidades de beber alcohol, fumar cigarrillos y consumir drogas ilegales. Este grupo también autoreportó mejor salud y tuvo un menor número de muertes.

Además, a mediados de los 30 años los niños que participaron en el programa integral de desarrollo y educación infantil tenían un menor riesgo de padecer enfermedades cardíacas y factores de riesgo asociados, incluyendo obesidad, presión arterial alta, niveles elevados de azúcar en la sangre y colesterol alto. Estos estudios muestran que los programas de educación y desarrollo de la primera infancia de calidad pueden desempeñar un papel clave en la reducción de conductas de riesgo para la salud y prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta. Veremos cómo es la programación de alta calidad al final del capítulo.

El desarrollo y la educación en la primera infancia son determinantes clave de la salud y el bienestar futuros. Abordar las disparidades en el acceso a las oportunidades de desarrollo y educación de la primera infancia puede reforzar en gran medida los futuros resultados de salud de los niños pequeños

Se necesita investigación adicional para aumentar la base de evidencia de lo que puede impactar con éxito los efectos del desarrollo y la educación infantil en los resultados de salud y las disparidades. Esta evidencia adicional facilitará los esfuerzos de salud pública para abordar el desarrollo y la educación de la primera infancia como determinantes sociales de la salud. [14]

Importancia de considerar el desarrollo holístico

La educación infantil (ECE) no es un concepto singular, sino más bien un concepto holístico que se enfoca en varios aspectos del desarrollo de un niño, incluyendo su bienestar cognitivo, social, emocional, moral, espiritual y físico (American Academy of Pediatrics 2012; Chisholm 2004; Tinajero & Loizillon 2012). Según Shonkoff, *et al.* (2011), los debates sobre la educación infantil

a menudo se centran en la educación y el mejoramiento de las habilidades cognitivas de los niños y el progreso académico posterior. Sin embargo, estos autores enfatizan la importancia de ver a los niños de manera holística como parte de un sistema más grande. De esta manera, la educación de la primera infancia se convierte en un vehículo para potenciar el bienestar físico, cognitivo, mental, social y económico de las personas y de las sociedades en las que viven. Los programas de cuidado y educación temprana deben mejorar múltiples dimensiones interrelacionadas de la vida de un niño; incluyendo la salud y la seguridad, la nutrición, el bienestar emocional y la competencia social. [15]

Enfoque en el bienestar

En lugar de esperar a que surjan problemas de salud, las familias y los programas de educación infantil deberían centrarse en apoyar el bienestar de los niños. “El bienestar describe la totalidad de la salud física, emocional y social de uno; esto incluye todos los aspectos del funcionamiento en el mundo (fisiológico, intelectual, social y espiritual), así como sentimientos subjetivos de bienestar. Un niño que está bien experimenta con frecuencia alegría, deleite y maravilla, está seguro y seguro en su familia y comunidad, y está continuamente expandiendo y profundizando su compromiso con el mundo que le rodea”. [16]

tres niños sonrientes (incluyendo uno en silla de ruedas)

Figura 1.4 - Bueno, los niños pueden involucrarse en su entorno y con los demás. [17]

El bienestar es un proceso activo. Requiere conciencia y atención dirigida y reflexiva a las elecciones que tomamos. Los programas de cuidado y educación temprana pueden desempeñar un papel fundamental para ayudar a los niños, las familias y el personal a comprometerse e implementar opciones de estilo de vida saludables que promuevan el bienestar físico y mental. Los dos, de hecho, están estrechamente vinculados. Nuestros sentimientos, pensamientos y comportamientos impactan directamente en nuestra salud física. De manera similar, nuestro estado de salud física tiene un impacto directo en nuestros sentimientos, pensamientos y comportamientos. [18]

También debemos apoyar el bienestar mental de los niños y ayudarlos a navegar el estrés y la adversidad cotidianos, así como el trauma y las fuentes significativas de estrés. La Asociación Americana de Psicología comparte que “[b] reducir la resiliencia —la capacidad de adaptarse bien a la adversidad, trauma, tragedia, amenazas o incluso fuentes significativas de estrés— puede ayudar a nuestros hijos a manejar el estrés y los sentimientos de ansiedad e incertidumbre”. [19]

Es importante que los niños se encuentren en un ambiente que los mantenga física y emocionalmente seguros y saludables y brinde una nutrición sana. Como educador temprano, brindarlos requiere atención, planeación e intención.

Introducción a la Seguridad, Salud y Nutrición

Este libro se divide en tres secciones. Estos incluyen:

- Seguridad
- Salud
- Nutrición

Seguridad

Los niños son curiosos y ansiosos por aprender. Dependen de sus cuidadores para mantenerlos seguros asegurándose de que nada al alcance de un niño pueda dañarlo. Las lesiones son un grave riesgo para la salud de los niños pequeños. Pero la mayoría de las lesiones son predecibles y prevenibles. [20]

Resultado de imagen para playground

Figura 1.5 - Este área de juegos protege a los niños de las caídas y del sol.

Pero no logra proteger a los niños al estar encerrado con una barda y portón. [21]

Los programas de ECE pueden prevenir riesgos y daños innecesarios a los niños al comprometerse con una cultura de seguridad. Una cultura de seguridad prioriza la seguridad en todos los niveles. Fomenta programas para aprender de problemas pasados y prevenirlos en el futuro. [22] Los programas no deben asumir que nunca nada saldrá mal. De hecho, deberían planear que algo va a salir mal. Y su objetivo es hacer lo más difícil posible que las cosas salgan mal. [23]

Los capítulos 2 al 5 se centrarán en las formas en que los programas pueden proteger la seguridad de los niños

- Capítulo 2 discute la supervisión activa y la creación de una cultura de seguridad
- El capítulo 3 cubre la creación de entornos interiores seguros
- Capítulo 4 examina la creación de ambientes seguros al aire libre
- El capítulo 5 aborda el cuidado de lesiones menores y el manejo de emergencias
- Capítulo 6 discute maltrato infantil (abuso y descuido)

Salud

“La salud es más que la mera ausencia de enfermedades, es un recurso humano en evolución que ayuda a niños y adultos a adaptarse a los desafíos de la vida cotidiana, resistir infecciones, hacer frente a la adversidad, sentir una sensación de bienestar personal e interactuar con su entorno de manera que promueva el desarrollo exitoso .” [24]

niños sentados en el suelo con las manos ahuecadas

Figura 1.6 - Estos niños están aprendiendo a lavarse las manos para prevenir la propagación de enfermedades. [25]

Como se mencionó al comienzo del capítulo, la investigación está demostrando que muchos problemas de salud de adultos, como la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas y la diabetes, están vinculados a lo que sucede durante la primera infancia (¡e incluso prenatalmente!). También sabemos que durante la primera infancia existen sistemas biológicos que son más sensibles a factores ambientales (como maltrato infantil, desnutrición y problemas recurrentes a enfermedades infecciosas). [26]

Es vital que los niños y sus familias cuenten con apoyo para la salud física, oral y mental de los niños. Esto sucede a través de promover la salud y la protección contra enfermedades.

Los capítulos 7 al 11 se centran en la salud infantil.

- Capítulo 7 examina la promoción de la salud
- Capítulo 8 analiza la prevención de enfermedades
- El capítulo 9 aborda la atención médica de apoyo
- El capítulo 10 describe las necesidades especiales de atención médica durante la infancia
- Capítulo 11 discute la salud mental de los niños

Nutrición

Comer sano y estar activo son esenciales para el bienestar de un niño. Los niños que están subalimentados o sobrealimentados corren el riesgo de padecer problemas crónicos de salud. [27] La primera infancia es un momento importante para desarrollar hábitos saludables de por vida. Los cuerpos de los niños crecen y se desarrollan de manera que afectan la forma en que piensan, comen y se comportan. [28]

Una dieta saludable no solo afecta el crecimiento, sino también la inmunidad, las capacidades intelectuales y el bienestar emocional. Las familias y los educadores deben garantizar que los niños reciban una cantidad adecuada de nutrientes necesarios para proporcionar una base sólida para el resto de sus vidas. [29]

mesa de ajuste infantil para pcf1

Figura 1.7 - Este maestro y niño están poniendo la mesa para una comida. [30]

Los capítulos 12 al 15 se centran en la nutrición infantil.

- Capítulo 12 profundiza en la nutrición básica para niños
- Capítulo 13 examina la protección de la nutrición y el bienestar
- Capítulo 14 discute proporcionar una buena nutrición
- El capítulo 15 aborda la planificación de menús y la inocuidad alimentaria

Introducción a las licencias para centros de cuidado infantil en California

La licencia para programas de cuidado infantil en el estado de California es supervisada por la División de Licencias de Cuidado

Comunitario del Departamento de Servicios Sociales de California, cuya misión principal es garantizar la salud y seguridad de todos los niños inscritos en centros de cuidado infantil con licencia en California.

La licencia supervisa la operación de instalaciones de cuidado infantil con licencia en centros de cuidado infantil y hogares de cuidado infantil familiar. Por definición, ambos tipos de centros de cuidado infantil brindan atención no médica, adecuada a la edad y supervisión de infantes a niños en edad escolar por menos de 24 horas consecutivas a la vez.

Los centros de cuidado infantil brindan atención en un entorno de grupos grandes, generalmente operan en un edificio institucional o comercial, y deben cumplir con una serie de requisitos en cuanto a sus instalaciones físicas, y los servicios que brindan. En su mayor parte, cuando este libro se refiere a requisitos de licencia, estará haciendo referencia a licencias para centros de cuidado infantil.

Los *hogares familiares de cuidado infantil* brindan atención en grupos pequeños en la casa o departamento privado del licenciatario. Incluyen dos tipos de instalaciones: pequeños hogares de cuidado infantil familiar que atienden a no más de 8 niños a la vez, y hogares de cuidado infantil de familias numerosas que atienden a no más de 14 niños a la vez.

La clave del esfuerzo de licencias para proteger la salud y la seguridad de los niños en el cuidado infantil es un programa completo y justo de licencias e inspección que garantice que todas las instalaciones estén en cumplimiento. Las licencias de atención comunitaria están obligadas por ley para garantizar que las instalaciones con licencia cumplan con los estándares establecidos de salud y seguridad y que el licenciatario tenga acceso a toda la información relevante sobre el departamento.

Una vez que una instalación cumple con todos los requisitos para merecer una licencia, la principal manera de ayudar a las instalaciones a mantener el cumplimiento es a través de visitas periódicas sin previo aviso por parte de analistas de programas de licencias (LPA). Además de realizar estas inspecciones, nuestros LPA trabajan con licenciatarios para abordar cualquier cambio necesario y realizar visitas de seguimiento para confirmar que se han eliminado los problemas. También es función de la LPA investigar cualquier queja sobre una instalación y consultar con los licenciatarios para asegurarse de que estén al tanto de sus derechos y responsabilidades.

La licencia también proporciona acceso inmediato al programa de defensor del cuidado infantil. Los defensores sirven como un vínculo entre las licencias y la comunidad de licenciatarios, brindan información sobre el cuidado infantil con licencia a las familias y al público, actúan como enlace con empresas, organizaciones de cuidado infantil y agencias de recursos y referencias, y coordinan quejas e inquietudes en nombre de niños en cuidado. Como resultado, la concesión de licencias es a la vez un organismo de aplicación y un recurso sobre los requisitos de salud y seguridad. [31]

Las regulaciones de licencia completas, a menudo conocidas como Título 22, se pueden encontrar en la División de Licencias de Cuidado Comunitario del Departamento de Servicios Sociales de California Regulaciones de Cuidado Infantil *en línea Código de Reglamentos de California, Título 22, Página web exclusiva de la División 12* (consulte Recursos para Más Exploración). Los aspectos más destacados de la normatividad se encuentran en el Apéndice B.

Requisitos de licencia para programas de primera infancia que están subsidiados por el Estado

Existen requisitos más estrictos para los programas cuyas familias reciben asistencia de matrícula del estado de California, comúnmente conocido como Título 5. La diferencia más notable en las regulaciones del Título 5 es que las proporciones adulto-niño y las calificaciones del personal son más estrictas. Consulte el Cuadro 1.1 para una comparación de proporciones. [32]

Cuadro 1.1 — Título 22 y Título 5 Comparación de Ratio Adulto a Niño [33, 34, 35]

Grupo de edad	Título 22	Título 5
Infantes	1 adulto a 4 niños	1 adulto a 3 niños
Preescolares	1 adulto a 12 niños	1 adulto a 8 niños

Grupo de edad	Título 22	Título 5
En edad escolar	1 adulto a 14 niños	1 adulto a 14 niños

Acreditación por parte de la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños

Si bien no hay regulaciones legales, existen aún más requisitos para los programas que opten por obtener la acreditación voluntaria por parte de la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños. Una de las diferencias que notará entre la licencia y la acreditación son algunos niveles de calificaciones del personal. Consulte el Cuadro 1.2 para una comparación de las calificaciones del personal.

Cuadro 1.2 — Comparación de calificaciones del personal [36, 37, 38, 39]

Auxiliares y Asistentes de Maestros

Título 22	Debe tener al menos 18 años de edad y ser supervisado en todo momento por un maestro
Título 5	Ayudante: igual que Título 22 Auxiliar: Debe tener 6 unidades ECE
Acreditación NAEYC	Asociado en Desarrollo Infantil (CDA) o 12 unidades en educación infantil temprana, desarrollo infantil, educación primaria y/o educación especial para la primera infancia

Docente

Título 22	Debe tener 12 unidades ECE y 6 meses de experiencia
Título 5	Profesor asociado: 12 unidades ECE Profesor: 24 unidades ECE y 16 unidades GE Maestro Maestro: Requisitos del maestro *y* 6 unidades en área de especialización *y* 2 unidades en supervisión de adultos
Acreditación NAEYC	Un mínimo de grado de educación superior en educación infantil, desarrollo infantil, educación primaria o educación especial infantil o 60 unidades con 30 unidades en educación infantil temprana, desarrollo infantil, educación primaria y/ o educación especial infantil. (instituciones de educación superior acreditadas preferidas)

Supervisor/ Director/ Administrador

Título 22	Debe tener 12 unidades centrales de ECE y 3 unidades de administración
Título 5	Supervisor de sitio: AA o 60 unidades con 24 unidades ECE *y* 5 unidades de administración *y* 2 unidades de supervisión de adultos Director: BA *y* 24 unidades de ECE *y* 6 unidades de administración *y* 2 unidades de supervisión de adultos
Acreditación NAEYC	Un mínimo de un grado de educación superior de nivel bachillerato en educación infantil, desarrollo infantil, educación primaria o educación especial para la primera infancia; o 120 unidades universitarias con 36 unidades en educación infantil temprana, desarrollo infantil, educación primaria y/o educación especial para la primera infancia .

Si bien las regulaciones de licencias aseguran que los niños se mantengan seguros y saludables, la atención de alta calidad va aún más allá para brindar el mejor comienzo para los niños pequeños. Una razón por la que los programas eligen acreditarse por la NAEYC es documentar la calidad de la atención y educación que brindan a los niños y familias a las que atienden. Existen otros procesos y evaluaciones que los programas pueden utilizar para asegurar una alta calidad, también.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar A medida que avanza en este libro y curso, ¿qué conexiones puede hacer sobre cómo estar bien informado sobre la salud, la seguridad y la nutrición apoyará a los educadores de la primera infancia en el seguimiento de licencias y otras regulaciones aplicables y asegurando que brinden atención de alta calidad para niños pequeños y sus familias?

Resumen

La primera infancia es un momento crítico en el desarrollo. Muchos resultados, tanto positivos como negativos, tienen sus inicios en estos años. Es vital que se proteja la salud y la seguridad de los niños. Los programas de atención y educación temprana de alta calidad pueden desempeñar un papel valioso para mejorar los resultados para los niños.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y la Educación Temprana: https://nrckids.org/ • Cuidando a nuestros niños 4ª edición): https://nrckids.org/files/CFOC4%20pdf-%20FINAL.pdf • Lista de verificación para el cuidado de nuestros hijos: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...sment-tool.pdf • Cuidado de Niños Saludables: www.aap.org/en-us/advocacy-a... s/default.aspx • Consejo Científico Nacional del Niño en Desarrollo: https://developingchild.harvard.edu/...eloping-child/ • Instituto Americano del Estrés: http://www.stress.org • Centro Nacional para Niños en Pobreza: http://www.nccp.org • Salud Mental Infantil: https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/ • Embebiendo la salud y la seguridad en la cultura de su programa Seminario web Head Start: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/video/...ograms-culture • Leyes, reglamentos y requisitos de California: https://www.cde.ca.gov/sp/cd/lr/ • Título 22 Reglamento de Licencias: https://www.cdss.ca.gov/inforesource...ons/child-care. • Una visión general de las licencias de atención comunitaria (video): https://ccld.childcarevideos.org/ • Videos adicionales sobre licencias: https://ccld.childcarevideos.org/chi...ter-operators/ • Acreditación del programa de aprendizaje temprano NAEYC: https://www.naeyc.org/accreditation/... -acreditación • Un marco basado en la ciencia para la política de la primera infancia: http://developingchild.harvard.edu/w... _Framework.pdf

This page titled 1: Bienestar infantil y educación de la primera infancia is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 1: Children's Well-Being and Early Childhood Education by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

1: Prevención de lesiones y protección de la seguridad de los niños

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Explique qué es la supervisión activa y cómo podría verse.
- Discutir cómo crear una cultura de seguridad.
- Identificar riesgos comunes que conducen a lesiones en niños.
- Describa cómo comprender las lesiones puede ayudar a crear un plan de seguridad que prevenga futuras lesiones.
- Resumir las estrategias que los maestros pueden usar para ayudar a los niños a aprender y proteger su propia seguridad.
- Recordemos varias formas de involucrar a la familia en la educación sobre seguridad.
- Analizar el valor de permitir el juego de riesgo.

icono de gavel	Reglamento de Licencias Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: 101216.3 RELACIÓN MAESTRO-INFANTIL • Habrá una proporción de un maestro observando y supervisando visualmente no más de 12 niños presentes. El número total de hijos no excederá de la capacidad autorizada. • El licenciatario puede utilizar ayudantes maestros en una proporción maestro-hijo de un maestro y un ayudante por cada 15 niños. • Se permite una proporción de un maestro completamente calificado y un ayudante por cada 18 niños si el asistente tiene seis unidades semestrales de educación infantil de una universidad acreditada. • Un maestro no debe realizar tareas de limpieza o mantenimiento que le impidan realizar tareas relacionadas con la atención y supervisión a los niños. • (de 101230 ACTIVIDADES Y Siestas) Se permite una relación maestro-hijo de un maestro o ayudante que supervise a 24 niños que duermen siestas, siempre que el resto de maestros necesarios para cumplir con las proporciones generales estén inmediatamente disponibles en el centro. **101216.4 COMPONENTE INFANTIL (RELACIÓN)** • Los licenciatarios que atienden a niños en edad preescolar pueden crear un componente especial del programa para niños de entre 18 meses y 30 meses **101516.5 RELACIÓN MAESTRO-INFANTIL (ESCOLAR-EDAD)** • Además de la Sección 101216.3, se aplicará lo siguiente: • Un maestro para supervisar a no más de 14 niños. • Un maestro y 1 ayudante no pueden supervisar a más de 28 niños. • La dotación de personal para grupos de edad mixta se basará en el menor del grupo. 101416.5 RELACIÓN PERSONAL INFANTIL • Habrá una proporción de un maestro por cada cuatro infantes. • Un ayudante puede ser sustituido por un maestro si hay un maestro completamente calificado que supervise directamente a no más de 12 infantes. • Cuando en actividades fuera del centro habrá un mínimo de un adulto por cada dos infantes. • Habrá un personal observando visualmente no más de 12 infantes dormidos, siempre y cuando haya personal adicional disponible en el centro para cumplir con las proporciones anteriores cuando sea necesario. 101226 SERVICIOS RELACIONADOS CON LA • El licenciatario notificará inmediatamente al representante autorizado del menor si éste se enferma o sufre una lesión más grave que un corte o rasguño menor. • El licenciatario documentará todas las lesiones leves y notificará al representante autorizado del menor la naturaleza de la lesión cuando el niño sea recogido del centro. • El licenciatario hará las gestiones oportunas para obtener el tratamiento médico de cualquier niño según sea necesario. 101229 RESPONSABILIDAD DE PRESTAR ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN • El licenciatario deberá brindar atención y supervisión según sea necesario para atender las necesidades de los niños. Ningún niño se quedará sin la supervisión de un maestro en ningún momento. La supervisión incluye la observación visual.

Introducción

Mantener a los niños seguros debe ser una prioridad para todos los programas de cuidado y educación temprana. La Supervisión Activa es la estrategia más efectiva para crear un ambiente seguro y prevenir lesiones en niños pequeños. Transforma la supervisión de un enfoque pasivo a una habilidad activa. El personal utiliza esta estrategia para asegurarse de que los niños de todas las edades exploren sus entornos de manera segura. Cada programa puede mantener a los niños seguros enseñando a todo el personal cómo mirar, escuchar y participar.

¿Qué es la Supervisión Activa?

La supervisión activa requiere atención enfocada y observación intencional de los niños en todo momento. El personal se posiciona para que pueda observar a todos los niños: viendo, contando y escuchando en todo momento. Durante las transiciones, el personal da cuenta de todos los niños con reconocimiento de nombre a cara identificando visualmente a cada niño. También utilizan sus conocimientos del desarrollo y habilidades de cada niño para anticiparse a lo que van a hacer, luego involucrarse y redirigirlos cuando sea necesario. Esta vigilancia constante ayuda a los niños a aprender de manera segura.

Estrategias para poner en marcha la supervisión activa

Las siguientes estrategias permiten a los niños explorar sus entornos de manera segura. Los bebés, niños pequeños y preescolares deben ser supervisados directamente en todo momento. Esto incluye rutinas diarias como dormir, comer y cambiar pañales o usar el baño. Los programas que utilizan la supervisión activa aprovechan todas las oportunidades de aprendizaje disponibles y nunca dejan a los niños desatendidos.

Configurar el entorno

El personal configura el ambiente para que puedan supervisar a los niños y ser accesibles en todo momento. Cuando las actividades se agrupan y los muebles están a la altura de la cintura o más cortos, los adultos siempre son capaces de ver y escuchar a los niños. Los espacios pequeños se mantienen libres de desorden y se configuran grandes espacios para que los niños tengan espacios de juego claros que el personal pueda observar.

Arte y Descubrimiento

Figura 2.1 — La estantería abierta puede facilitar la supervisión. [40]

Staff de posición

El personal planifica cuidadosamente dónde se posicionarán en el ambiente para evitar que los niños sufran daños. Se colocan para que puedan ver y escuchar a todos los niños a su cargo. Se aseguran de que siempre haya caminos claros hacia donde los niños juegan, duermen y comen para que puedan reaccionar rápidamente cuando sea necesario. El personal se queda cerca de los niños que pueden necesitar apoyo adicional. Su ubicación les ayuda a brindar apoyo, si es necesario.

Escanear y Contar

El personal siempre es capaz de dar cuenta de los niños a su cargo. Ellos continuamente escanean todo el entorno para saber dónde están todos y qué están haciendo. Cuentan con frecuencia a los niños. Esto es especialmente importante durante las transiciones cuando los niños se mueven de un lugar a otro.

Escucha

Los sonidos específicos o la ausencia de ellos pueden significar motivo de preocupación. El personal que está escuchando atentamente a los niños identifica de inmediato señales de peligro potencial. Los programas que piensan implementan sistemáticamente estrategias adicionales para salvaguardar a los niños. Por ejemplo, las campanas agregadas a las puertas ayudan a alertar al personal cuando un niño sale o entra en la habitación.

Anticípate el comportamiento

El personal usa lo que sabe sobre los intereses y habilidades individuales de cada niño para predecir lo que hará. Crean desafíos para los que los niños están preparados y los apoyan para que tengan éxito. Pero, también reconocen cuándo los niños pueden vagar, enojarse o correr un riesgo peligroso. La información del chequeo diario de salud (por ejemplo, enfermedad, alergias, falta de sueño o comida, etc.) informa las observaciones del personal y les ayuda a anticipar el comportamiento de los niños. El

personal que sabe qué esperar está en mejores condiciones de proteger a los niños de daños.

Engage y redirigir

El personal usa lo que sabe sobre las necesidades individuales y el desarrollo de cada niño para ofrecer apoyo. El personal espera hasta que los niños no puedan resolver los problemas por su cuenta para involucrarse. Pueden ofrecer diferentes niveles de asistencia o redirección dependiendo de las necesidades de cada niño. [41]

tres niños pequeños y maestra en la mesa sensorial de i-t cf

Figura 2.2 — Esta maestra está cerca y observando cuidadosamente a los niños. [42]

Tack de uñas	¿Qué aspecto tiene la supervisión activa? Para entender cómo podría ser la supervisión activa en su programa, considere el siguiente ejemplo: María y Yasmin han llevado su salón de clases de tres años al patio de recreo para jugar al aire libre. El patio de juegos cuadrado de 15 pies tiene un escalador de plástico, una mesa de agua/arena y un columpio. María y Yasmin se paran en esquinas opuestas del patio de recreo para poder trasladarse rápidamente a un niño que podría necesitar asistencia. Los niños se dispersan por el área de juegos a diversas áreas. Algunos prefieren al escalador, mientras que a otros les gustan los columpios. Muchos de los niños juegan con la mesa de arena porque es nueva. María y Yasmin han acordado un plan de supervisión para el cual los niños observarán y siempre están contando a los niños en las zonas más cercanas a ellos, ocasionalmente levantando los dedos para mostrarse cuántos niños están cerca de ellos. Esto les ayuda a realizar un seguimiento de dónde están los niños, y a asegurarse de que no falte nadie. Si un niño se muda a una zona diferente del patio de recreo, se señalizan entre sí para que ambos estén al tanto del cambio de ubicación del niño. María se ha dado cuenta de que a Felicity le encanta jugar en la mesa de arena. Ella escucha a niños regañándose entre sí y nota que Felicity tira los juguetes sin mirar. Mientras María ve a Felicity y Ahmed jugando en la mesa de arena, María se para detrás de Felicity y sugiere que vuelva a poner el juguete en la canasta cuando termine con él. Al permanecer cerca, también es capaz de redirigir a Ahmed que nunca antes había visto una mesa de arena y arroja arena a sus compañeros de clase. Kellan ha estado experimentando con algunos de los equipos de escalada y está tratando de saltar del tercer escalón al suelo. Si bien es capaz de hacer esto, algunos de los otros niños cuyas habilidades motoras no son tan avanzadas también intentan hacerlo. Para ayudarlos a construir estas habilidades, Yasmin se para cerca de los escalones en la estructura de escalada. Ella ofrece una mano o sugiere un paso más bajo a quienes no están preparados para el desarrollo. María y Yasmin se señalan entre sí cinco minutos antes de que termine el tiempo de juego, luego les dicen a los niños que les quedan 5 minutos para jugar. Cuando a los niños les queda un minuto, María comienza a repartir colores que coinciden con los cuadrados de colores que han pintado en el suelo. Ella le pide a Beto, una niña que tiene problemas para entrar de la hora de jugar, que la ayude. Cuando a los niños se les entrega un círculo de colores, se mueven para pararse en la mancha de color en el patio de recreo. A medida que los niños se mueven a la línea, María los guía hacia el lugar correcto. Cuando todos los niños están en fila, tanto María como Yasmin vuelven a contar a los niños. Escanean el patio de recreo para asegurarse de que todos estén en su lugar, luego trasladan a los niños de nuevo al aula. También escuchan para estar seguros de que no escuchan a ninguno de los niños que aún están en el patio de recreo. Yasmin encabeza la línea y María toma la parte de atrás, sosteniendo la mano de Beto. Cuando regresan al aula, hay manchas en el piso con los mismos colores que estaban en el patio de recreo. Los niños se mueven para pararse en su color a juego en el aula. María y Yasmin toman un conteo final, luego recogen los círculos y comienzan la siguiente actividad. Tanto Yasmin como María están activamente comprometidos con los niños y entre ellos, apoyando el aprendizaje y crecimiento de los niños al tiempo que garantizan su seguridad. Utilizan sistemas y estrategias para asegurarse de saber dónde están los niños en todo momento, y que apoyan la toma de riesgos y el aprendizaje de los niños apropiados para el desarrollo. [43]

Signo de interrogación	Pausa para reflexionar Retrocede por el ejemplo y encuentra las estrategias de supervisión activa que Yasmin y María utilizaron

Supervisión activa para bebés y niños pequeños

El cuidado del bebé/niño pequeño es un cuidado receptivo e individualizado. Y es importante pensar en bebés y niños pequeños que son atendidos en grupos pequeños con un sistema de atención de cuidador primario y también pensar en el flujo del día como receptivo a las necesidades individualizadas de los niños. El personal trabaja muy de cerca con los niños durante todo el día guiándolos a través de rutinas y experiencias individuales o de grupos pequeños. El personal está brindando atención receptiva e individualizada, y conocerán bien a cada niño. Esa es una pieza importante tanto de atención individualizada como de supervisión activa y receptiva. Tienen un buen sentido de cómo cada niño pasa el día, cuáles son sus habilidades, cuál es su temperamento. Incluso a medida que crecen y cambian día a día, son capaces de seguir a cada niño a su cuidado con una comprensión de cómo es que están creciendo.

maestro con tres infantes de i-t cf

Figura 2.3 — Conocer bien a los niños es la base de la atención receptiva y la supervisión activa. [44]

En programas basados en centros o hogares familiares de cuidado infantil más grandes, más de un cuidador está trabajando en equipo. Y la otra cosa que es importante recordar es el tipo de comunicación que se desarrolla entre los dos maestros en un aula o un proveedor de cuidado infantil familiar y un asistente, una comunicación que apoya el movimiento seguro de un niño a lo largo del día, así como su capacidad para explorar y crecer en un ambiente nutritivo.

Los adultos se apoyan mutuamente, particularmente en momentos clave del día, como las transiciones. Todas esas rutinas importantes e individualizadas requieren que tanto los adultos trabajen juntos, como los horarios individuales para dormir, ir al interior y al aire libre, tiempos de cambio, tiempos de alimentación y alimentación para bebés y niños pequeños, y otros momentos durante el día en los que puede haber un niño en particular que necesita atención individualizada . Es tan importante que el personal que trabaja con ellos esté trabajando en conjunto para apoyar la continuidad de la atención.

El entorno en sí puede ser un socio en el cuidado de bebés y niños pequeños, particularmente cuando se trata de mantener seguros a los niños. Queremos crear ambientes que brinden lugares para que los niños jueguen y estén juntos y separados pero siempre a la vista y al alcance de un adulto cariñoso y atento. [45]

Creando un Ambiente de ¡Sí!

Un ambiente de “sí” significa que todo lo que los bebés y niños pequeños pueden tener en sus manos es seguro y aceptable para ellos. Una forma de garantizar esto es que los adultos realicen controles de seguridad continuos en los espacios de atención grupal y brinden a las familias información sobre cómo hacer sus propios controles de seguridad. El maestro, el visitador domiciliario y la familia del niño juegan un papel vital para asegurarse de que todo esté seguro y luego retrocedan para permitir la exploración.

¡A veces los bebés y niños pequeños usarán materiales de formas creativas que nos sorprenden! Cuando los maestros se sienten incómodos con una actividad, deben detenerse y hacerse dos preguntas:

- ¿Es peligroso?
- ¿Qué están aprendiendo los niños de esta experiencia?

Si se decide que la actividad es segura con supervisión, deben permanecer cerca. Deben ser reflexivos y abiertos a lo que los niños puedan estar aprendiendo. Si la actividad no es segura, deben considerar qué más podría abordar de la misma manera la curiosidad de los bebés y niños pequeños. Por ejemplo, si los niños pequeños están encantados de descubrir que al sacudir sus vasos para sorber, sale líquido; un maestro puede estar preocupado de que esta agua en el piso provoque un accidente resbaladizo. En cambio, podrían proporcionar botellas exprimibles afuera o en la mesa freática. El adulto es responsable de mantener seguros a los niños *y* fomentar el aprendizaje a través de la curiosidad.

Decir “no” a los bebés y niños pequeños o pedirles que “compartan” es una estrategia que rara vez funciona. Una forma de

prevenir conflictos es reflexionar sobre, y luego establecer, el espacio donde los niños juegan de maneras que promuevan el "¡sí!"

- ¿Qué áreas generan más "no" o requieren la mayor orientación de adultos?
- ¿Qué necesitan los niños y disfrutan más a la hora de jugar?
- ¿Tienes múltiplos de juguetes favoritos?
- ¿Tienes suficientes lugares donde los niños pequeños puedan jugar solos o con algunos amigos?
- ¿Tienes espacio adecuado para el juego activo?
- ¿La habitación está debidamente a prueba de niños? [46]

niño pequeño con bebé en cochecito 2 en i-t cf

Figura 2.4 — ¿Cómo podría responder un maestro a este niño pequeño empujando la carriola aquí arriba? ¿Esto es seguro? ¿Por qué podría tener curiosidad? [47]

Supervisión activa para preescolares

Es importante no volverse complaciente con las prácticas de seguridad. Los maestros necesitan mantenerlo fresco, reflexivo e intencional. Esto comienza con la configuración del entorno. Las aulas tendrán factores únicos a considerar. Pero algunas consideraciones generales incluyen asegurarse de que haya un maestro responsable de cada parte del espacio en el que se encuentren los niños, lo que puede denominarse zonificación, y para cada parte del día (incluidas las transiciones).

La manera en que los maestros posicionan sus cuerpos es realmente importante. Deberían ver a todos los niños a su cuidado desde cualquier posición de la habitación. Y cuando están en áreas de juego, su espalda no debe estar al centro de la habitación, sino hacia la pared. También es importante acercarse a los niños según sea necesario (en lugar de quedarse en un lugar y potencialmente perderse los problemas que puedan surgir).

Los maestros también necesitan hablar entre ellos, utilizando la comunicación de ida y vuelta, para que la información de seguridad se propague fácilmente por la sala. Puede parecer extraño al principio, a veces, que los maestros hablen entre ellos; pero, es increíblemente útil para la supervisión activa, cuando hay cambios en el personal o las rutinas de los niños, cambios en los roles, cambios durante las transiciones.

Y uno de los principales propósitos de la zonificación se creó para ayudar a todos los niños a participar y minimizar los tiempos de espera innecesarios. Cuando todo el personal conoce sus roles en el aula con la zonificación y las tareas se están manejando, los niños se involucran y el tiempo de espera sin supervisión se minimiza realmente.

Durante las transiciones o cambios de rutina, los maestros necesitan tener una mayor conciencia. Las transiciones son tiempos desafiantes tanto para los niños como para sus maestros, por lo que aumenta el riesgo para la seguridad. Una cosa en la que los maestros pueden pensar es en cómo pueden minimizar el número de cambios para que no haya tantas transiciones sucediendo en el aula. Debe haber planes de lo que harán los adultos, antes, durante y después de los tiempos de transición. [48]

Creando una Cultura de Seguridad

El tema de mantener seguros a los niños es solo en parte sobre políticas y reglas, y supervisión. Esas cosas son importantes. Pero lo más importante de todo, se trata del personal, de las personas que trabajan directamente con niños y familias. Esas personas deben ser apoyadas con oportunidades de reflexión, desarrollo profesional, posibilidades de pensar en el trabajo que realizan y por qué ese trabajo es tan importante. Qué es lo que es desafiante en ese trabajo, y lo que les llega fácilmente. Es la capacidad de los programas para reconocer y analizar condiciones desafiantes y poder realizar mejoras.

Los programas deben asegurarse de que el personal tenga ese sentido de compromiso y responsabilidad, y que tenga la capacidad de asegurar que los niños prosperen es fundamental. Tienen que ayudar a que el personal recuerde por qué hacemos el trabajo, tener curiosidad por los intereses, necesidades e ideas de los niños, tener la oportunidad de ser creativos, disfrutar de los niños y el humor de los demás todos los días. Estas cosas, además de las políticas y procedimientos, permitirán que el personal esté plenamente presente con los niños. Los adultos que pueden estar completamente presentes mantendrán a los niños física y emocionalmente seguros y prósperos.

maestro mirando a un niño frente a una mesa de juego dramática

Figura 2.5 — Estar completamente presente con los niños protege su seguridad. [49]

El primer paso para hacer esto es crear una cultura de seguridad. En este contexto, la cultura significa el conjunto de actitudes, valores, metas y prácticas compartidas que caracterizan a un programa; la forma en que funcionan las cosas en ese programa y en esa comunidad. Expertos e investigadores han demostrado que la cultura de una organización juega un papel clave en todas las iniciativas de seguridad exitosas.

Esto se hace involucrando a cada miembro del personal y comprometiéndose con la seguridad en todos los niveles. Los programas no deben asumir que nunca nada saldrá mal. De hecho, deberían planear que algo va a salir mal. El objetivo es crear entornos donde no haya ningún daño, haciendo lo más difícil posible que las cosas salgan mal.

Directores, gerentes, personal y familias deben abrazar la creencia de que los niños tienen derecho a estar seguros. Todos los adultos del programa, los líderes del programa y el personal, saben que son responsables de cada niño, todo el día, todos los días. Las personas entienden sus roles y responsabilidades para mantener seguros a los niños y abrazan cada una de las 10 acciones descritas en la Tabla 2.1, que en conjunto apoyan una cultura de seguridad. Este enfoque es holístico. Está integrado y centrado en la comunidad. No es un complemento. No es una carga. Es una forma de hacer negocios para que los niños no salgan lastimados. [50]

Cuadro 2.1

10 Acciones para una Cultura de Seguridad [51]
1. **Usar datos para tomar decisiones**: Los datos del programa y los incidentes sirven como un recurso importante para ayudar a los gerentes y al personal a evaluar la seguridad de los niños.
2. **Supervisar activamente**: Los niños nunca están solos o sin supervisión. El personal se posiciona para que pueda observar, contar y escuchar en todo momento.
3. **Mantenga los entornos seguros**: los programas crean, monitorean y mantienen espacios libres de peligros.
4. **Haga que los parques infantiles sean seguros**: Los espacios de juego al aire libre inspeccionados regularmente, bien mantenidos, apropiados para su edad y supervisados activamente permiten a los niños participar en juegos activos, explorar el aire libre y desarrollar hábitos saludables.
5. **Transportar a los niños de manera segura**: Los programas implementan y hacen cumplir políticas y procedimientos para conductores, monitores, niños y familias que usan autobuses escolares, conducen hacia y desde el programa, o caminan.
6. **Transportar a los niños de manera segura**: Los programas implementan y hacen cumplir políticas y procedimientos para conductores, monitores, niños y familias que usan autobuses escolares, conducen hacia y desde el programa, o caminan.
7. **Tenga en cuenta los cambios que impactan la seguridad**: El personal anticipa y se prepara para las reacciones de los niños a las transiciones y cambios en la rutina diaria, dentro y fuera del programa.
8. **Comportamientos seguros modelo**: El personal establece relaciones nutritivas y positivas al demostrar comportamientos seguros y alentar a otros adultos y niños a probarlos.

9. **Enseñe a las familias sobre la seguridad**: El personal involucra a las familias sobre los problemas de seguridad y se asocia con ellas sobre cómo reducir los riesgos para prevenir lesiones que ocurren en el hogar.
10. **Conozca a sus hijos y familias**: El personal planifica actividades con una comprensión del nivel de desarrollo y habilidades de cada niño, y las preferencias, cultura y tradiciones de sus familias. Esto incluye todo, desde mantener la información actual de contacto de emergencia hasta comprender las percepciones de las familias sobre la seguridad y la prevención de

Riesgos específicos para lesiones

Las lesiones infantiles son prevenibles, sin embargo, 8,110 niños (de 0 a 19 años) murieron a causa de lesiones en Estados Unidos en 2017. [52] Choques automovilísticos, asfixia, ahogamiento, envenenamiento, incendios y caídas son algunas de las formas más comunes en que los niños resultan heridos o muertos. El número de niños que murieron por lesiones disminuyó casi 30% en la última década. No obstante, la lesión sigue siendo la causa número 1 de muerte entre los niños. [53]

Los niños durante la primera infancia corren mayor riesgo de sufrir ciertas lesiones. Utilizando datos de 2000-2006, los CDC determinaron que:

- Para niños menores de 1 año de edad, dos tercios de las muertes por lesiones se debieron a asfixia.
- El ahogamiento fue la principal causa de muerte por lesiones entre 1 y 4 años de edad.
- Las caídas fueron la principal causa de lesiones no mortales para todos los grupos de edad menores de 15 años de edad.
- Para niños de 0 a 9 años, las siguientes dos causas principales fueron ser golpeadas por o contra un objeto y picaduras de animales o picaduras de insectos.
- Las tasas de incendios o quemaduras y ahogamiento fueron más altas para niños de 4 años y menores. [54]

Lesiones en Atención y Educación Temprana/Cuidado Infantil

Las familias “están naturalmente preocupadas por la seguridad de sus hijos, particularmente cuando son atendidos fuera del hogar. Sin embargo, los niños que pasan más tiempo en el cuidado infantil no parental tienen un riesgo reducido de lesiones (no intencionales). Esto puede deberse a que los centros de cuidado infantil y las casas de día familiares brindan más supervisión y/o equipo de juego más seguro. Sin embargo, las lesiones en entornos de cuidado infantil siguen siendo un problema de atención de salud grave, pero prevenible”. [55]

En los dos capítulos siguientes, examinaremos la creación de ambientes seguros en interiores y exteriores que reduzcan específicamente los riesgos de lesiones, incluidos los introducidos en la Tabla 2.2.

Cuadro 2.2 — Prevención de lesiones

Tipo de lesión	Consejos de Prevención
Muerte súbita del lactante	• Siempre ponga a los bebés a dormir boca arriba • Las cunas, los moisés y los patios de juego deben cumplir con los estándares de seguridad y estar cubiertos con una sábana ajustada • No debe haber mantas mullidas, almohadas, juguetes u objetos blandos en el área para dormir • No permita que los niños se sobrecalienten [56]

Asfixia	• Mantener los objetos de menos de 1½ pulgadas fuera del alcance de bebés, niños pequeños y niños pequeños. • Haga que los niños permanezcan sentados mientras comen • Cortar los alimentos en pequeños bocados • Garantizar que los niños solo tengan acceso a juguetes y materiales apropiados para su edad [57, 58]
Ahogamiento	• Asegúrese de que los cuidadores estén capacitados en RCP • Cerca de las piscinas; las compuertas deben ser de cierre automático y de cierre automático • Supervisar a los niños en o cerca del agua [59] • Inspeccione si hay agua estancada en interiores o exteriores que sea de una pulgada o más profunda. • Enseñar a los niños comportamientos de seguridad en el [60]
Quemaduras	• Tener alarmas de humo que funcionen • Practicar simulacros • Nunca deje los alimentos cocinados en la estufa desatendidos; supervise cualquier uso del microondas • Asegúrese de que el calentador de agua esté ajustado a 120 grados o menos [61] • Mantenga los productos químicos, limpiadores, encendedores y fósforos bien bloqueados y fuera del alcance de los niños. • Use enchufes a prueba de niños en tomacorrientes y supervise todo el uso de electrodomésticos. [62]
Caídas	• Asegúrese de que las superficies del patio de recreo sean seguras, suaves y estén hechas de material que absorba los impactos (como astillas de madera o arena) a una profundidad adecuada y estén bien mantenidas • Use dispositivos de seguridad (como portones para bloquear escaleras y protectores de ventanas) • Asegúrese de que los niños usen equipo de protección durante los deportes y la recreación (como cascos de bicicleta) • Supervisar a los niños alrededor de peligros de caídas en todo momento [63] • Use correas y arneses en equipos infantiles. [64]
Envenenamiento	• Bloquear todos los medicamentos y productos tóxicos (como soluciones de limpieza y detergentes) en el embalaje original fuera de la vista y del alcance de los niños • Conocer el número para el control de intoxicaciones (1-800-222-1222) • Leer y seguir las etiquetas de todos los medicamentos • Deseche de manera segura los medicamentos recetados no utilizados, innecesarios o caducados y los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos [65] • Utilizar prácticas alimentarias seguras.

Peatonal	• No permita que niños menores de 10 años caminen cerca del tránsito sin un adulto • Aumentar el número de adultos supervisores al caminar cerca del tráfico • Enseñe a los niños sobre seguridad, incluyendo: • Caminando por la acera • No asumiendo que los vehículos te vean o se detendrán • Cruce solo en pasos de peatones • Mirando en ambos sentidos antes de cruzar • Nunca jugar en la carretera • No cruzar una carretera sin un adulto • Supervisar a los niños cerca de todas las carreteras y modelar un comportamiento seguro [66]
Vehículo de motor	• Los niños aún deben estar sujetos de manera segura en un asiento de seguridad con cinco puntos • Los niños deben estar en el asiento trasero • Los niños no deben sentarse frente a una bolsa de aire [67]

Creación de un plan de seguridad

Los programas de atención y educación temprana tienen la obligación de garantizar que los niños a su cuidado se encuentren en entornos saludables y seguros y que se implementen políticas y procedimientos que protejan a los niños. Mediante una herramienta de detección, los programas pueden identificar dónde necesitan realizar cambios y mejoras para garantizar que los niños estén sanos y seguros mientras están bajo su cuidado. Para este propósito se puede utilizar una lista de verificación como la modificada del Screener de Salud y Seguridad de Head Start en el Apéndice C. [68]

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ reunión de personal 2 de ella pg2.JPG

Figura 2.6 — Los programas para la primera infancia pueden hacer un plan de seguridad. [69]

Los programas deben familiarizarse con los peligros para los niños que son específicos de su población y ubicación. Las consideraciones para este plan incluyen el tipo de programa de educación temprana, las edades de los niños atendidos, la comunidad circundante y los entornos familiares.

Si se encuentra algún peligro después de la detección, los programas pueden hacer modificaciones para eliminar los peligros o usar dispositivos de seguridad para proteger a los niños de los peligros. Se debe tener cuidado para que las modificaciones incluyan a niños con discapacidad y necesidades especiales.

También será importante utilizar una orientación positiva para ayudar a modificar comportamientos que pongan en riesgo la seguridad de los niños. Los maestros pueden usar el modelado de roles y la comunicación para enseñar a los niños a responder a situaciones, incluidas las emergencias, que ponen en riesgo su seguridad.

Los programas de la primera infancia deben continuar monitoreando la seguridad. Esto incluye exámenes regulares de seguridad y análisis de los datos que rodean las lesiones. Los maestros deben vigilar continuamente las condiciones que puedan llevar a que los niños se lesionen y examinar tanto los comportamientos de niños como de adultos en el ambiente. [70]

Documentación de Lesiones y Prevención de Lesiones

Cuando un niño se lesiona, es importante documentar la lesión. Esta documentación se entrega a las familias, normalmente en forma de reporte de lesiones o incidentes. Consulte el Apéndice D para un ejemplo de formulario de reporte de lesiones/incidentes. Estos deben documentar:

- ¿Quién estuvo involucrado en cada lesión? (niño/niños; personal, voluntarios, familiares)
- ¿Dónde ocurrió la lesión?

- ¿Qué pasó? (¿Cuál fue la causa?)
- ¿Cuál fue la gravedad de cada lesión?
- ¿Cuándo ocurrió cada lesión?
- ¿Quiénes — por ejemplo, qué personal estaba presente y dónde estaban al momento de cada lesión?
- ¿Qué tratamiento se brindó? ¿Cómo manejó el incidente el personal?
- ¿Cómo se pudo prevenir cada lesión? ¿Qué se hará en el futuro para prevenir lesiones similares?
- ¿A quién se le notificó en la familia del niño? ¿Cuándo? ¿Cómo?

Es importante mantener estos informes para analizarlos para:

- identificar la (s) ubicación (es) de alto riesgo de lesiones.
- identificar los sistemas y servicios que necesitan ser fortalecidos.
- desarrollar planes de acción correctiva
- incorporar la seguridad y la prevención de lesiones en las actividades de monitoreo en curso. [71]

Mapeo de Peligros

Uno de esos procesos para hacer esto es el mapeo de peligros, que es un enfoque para prevenir lesiones mediante el estudio de patrones de incidentes.

Paso uno: identificar ubicaciones de lesiones de alto riesgo

1. Crea un mapa del aula, centro o área de juegos infantiles. Etiquetar los diversos lugares y/o equipos en la (s) ubicación (es) que se está mapeando. Haz que el mapa sea lo más preciso posible.
2. Coloque un “punto” o “marcador” en el mapa para indicar dónde ocurrió cada incidente específico y/o lesión en los últimos 3-6 meses (o antes, si surgen preocupaciones).
3. Observa la gravedad de las lesiones.
4. Identificar dónde ocurren la mayoría de los incidentes.

Paso dos: Identificar los sistemas y servicios que necesitan ser fortalecidos

1. Revisar la información de los reportes de lesiones/incidentes para áreas con múltiples puntos.
2. Considere qué políticas y prácticas están contribuyendo a las lesiones/incidentes.

Paso Tres — Desarrollar un Plan de Acción Correctiva

1. Priorizar y seleccionar actividades/estrategias específicas para resolver áreas problemáticas.
2. Elaborar un plan de acción para corregir las áreas problemáticas que identificaste. Incluir cada una de las actividades/estrategias seleccionadas en este plan de acción correctiva. Identificar los pasos, los responsables y las fechas de finalización.
3. Crear un plan para compartir el plan de acción correctiva con el personal y las familias.

Paso Cuatro: Incorporar el Mapeo de Peligros en el Monitoreo

1. Determine si se deben agregar preguntas adicionales a los formularios de reporte de lesiones/incidentes para obtener esta información faltante.
2. Al elaborar planes de acción correctiva, considere priorizar lesiones más graves, aunque hayan ocurrido con menos frecuencia.
3. Asegurarse de que haya reducción de lesiones y/o incidentes y la gravedad de las lesiones con un plan correctivo. [72]

Enseñar a los niños sobre seguridad

Si bien es responsabilidad del adulto mantener a los niños seguros y no debe esperarse que los niños se protejan activamente, los maestros deben ayudar a los niños a desarrollar conciencia de seguridad y a darse cuenta de que pueden controlar algunos aspectos de su seguridad a través de ciertas acciones. Cuanto antes aprendan los niños sobre la seguridad, más naturalmente desarrollarán las actitudes y el respeto que conducen a patrones de conducta segura de por vida.

La educación sobre seguridad implica enseñar acciones seguras mientras ayuda a los niños a comprender las posibles consecuencias de un comportamiento inseguro. Los preescolares aprenden a través de rutinas y práctica diaria y participando en guiones de lenguaje y siguiendo reglas simples. Estos guiones y reglas pueden comunicarse a través de voz, imágenes o letreros. Los niños aprenden conceptos y desarrollan habilidades a través de la repetición, luego construyen sobre estos a medida que los conceptos y habilidades se vuelven más complejos.

Los niños en edad preescolar necesitan ayuda para reconocer que el juego seguro puede prevenir lesiones. Los maestros pueden promover la independencia y las habilidades de toma de decisiones mientras los niños aprenden comportamientos seguros Los maestros pueden explicar que los niños pueden tomar decisiones para mantenerse seguros, así como se lavan las manos para prevenir enfermedades, cepillarse los dientes para prevenir caries y comer una variedad de alimentos para ayudarlos a crecer fuertes y saludables.

Los niños en edad preescolar pueden aprender a aplicar algunas reglas simples y consistentes, como viajar en un asiento para el automóvil y usar cinturones de seguridad, aunque sean demasiado jóvenes para entender las razones de tales reglas. Por ejemplo, Morgan, de cuatro años, dice “¡Abróchate el cinturón!” cuando se mete en un vehículo. Aunque Morgan carece de la habilidad necesaria para abrocharse la hebilla del asiento del automóvil y no entiende las consecuencias de no estar abrochado de manera segura en su asiento para el automóvil, está desarrollando un hábito positivo. La educación sobre seguridad en preescolar se enfoca en comportamientos que los niños pueden hacer para mantenerse seguros. Se trata de prácticas simples y concretas que los niños puedan entender.

Figura 2.7 — Los niños pequeños pueden desarrollar hábitos que los mantengan seguros. [73]

El propósito de las normas de seguridad y orientación es promover la conciencia y fomentar comportamientos apropiados para el desarrollo para prevenir lesiones. Los maestros pueden incluir reglas separadas para el aula, patio de recreo, pasillos, autobuses o simulacros de emergencia. Limite el número de reglas o pautas, pero fomente la consistencia (por ejemplo, tres reglas de interior, tres reglas de juegos infantiles) y basarlas en los mayores peligros, amenazas y necesidades en su programa preescolar y comunidad.

La guía de seguridad es más efectiva cuando los maestros tienen expectativas adecuadas y las reglas de seguridad se establecen de manera positiva. Por ejemplo, se podría afirmar una regla de seguridad adecuada en interiores, “Caminamos en el interior”, en lugar de la negativa, “No corra en interiores”. En el patio de recreo, una regla podría afirmar: “Baja por el tobogán de tu trasero, los pies primero”. A medida que los niños siguen estas reglas, reconócelos por acciones específicas con elogios descriptivos (por ejemplo, “Kevin, ¡te sentaste en el tobogán y bajaste muy rápido! ¡Eso parecía divertido!”).

El estado gobierna claramente, en términos simples, y en los idiomas del hogar de los niños; incluya imágenes o iconos con reglas publicadas para ayudar a la comprensión de todos los niños. Los niños suelen estar más dispuestos a aceptar una regla cuando se les da una breve explicación de por qué es necesaria. Recuérdele suavemente a los niños durante situaciones reales; con un refuerzo positivo, comenzarán a seguir las reglas de seguridad de manera más consistente. A medida que los niños desarrollan una mayor comprensión de las reglas de seguridad, comienzan a desarrollar el autocontrol y se sienten más seguros.

Los adultos son totalmente responsables de la seguridad de los niños y el cumplimiento de las normas de seguridad y procedimientos de emergencia. La educación de seguridad para niños, que incluye reglas y refuerzo de los guiones verbales e ilustrados en las lenguas del hogar de los niños (incluida la lengua de señas), es esencial para manejar situaciones de emergencia A través de la práctica y las rutinas, los niños son más capaces de seguir la instrucción y orientación del maestro. Es esencial que los maestros evalúen los conocimientos y habilidades de cada niño en esta área, y brinden actividades de aprendizaje adicionales según sea necesario para garantizar que todos los niños puedan seguir rutinas de emergencia.

Aquí hay algunas estrategias que los maestros pueden usar para ayudar a los niños a aprender sobre la seguridad:

- Incorporar la seguridad a la rutina diaria.
- Involucrar a niños en la creación
- Proporcione entrenamiento y recordatorios suaves para ayudar a los niños a seguir las reglas de seguridad.
- Reconocer las acciones autoiniciadas por los niños para mantenerse seguros a sí mismos y a los demás (como meter sillas y limpiar los derrames)
- Proporcionar tiempo para que los niños practiquen habilidades de seguridad (como abrochar los cinturones de seguridad)
- Introducir conceptos y comportamientos de seguridad en sencillos pasos.
- Ayudantes de seguridad para juegos de rol.
- Definir la emergencia y practicar lo que los niños deben hacer en situaciones de emergencia.

- Introducir señales de seguridad.
- Incorporar actividades musicales y canciones de seguridad.

Debido a su nivel de desarrollo cognitivo, muchos niños pequeños no pueden identificar de manera consistente situaciones peligrosas. Pueden entender algunas consecuencias de seguridad y pueden aprender algunos guiones. Pero los adultos deben ser responsables de su seguridad. Los niños suelen actuar impulsivamente, sin detenerse a considerar el peligro. Al aprender y seguir reglas de seguridad simples (por ejemplo, turnarse, usar casco) y practicar guiones verbales, visuales o en lenguaje de señas, los niños establecen una base de hábitos de seguridad de por vida. [74]

casa, o, hogar, vector, icono	**Involucrar familias** • Compartir mensajes escritos y visuales de seguridad con las familias a través de boletines, folletos, tablones de anuncios, páginas web y actividades para llevar a casa en los idiomas del hogar de las familias del programa. Enfatice los temas de seguridad que se relacionan con su programa preescolar y comunidad. • Integrar la información de los padres con el aprendizaje de los niños sobre temas como prevención de intoxicaciones y seguridad vial. • Proporcionar información de seguridad a través de talleres y durante las reuniones de padres; incluir información sobre una variedad de temas, especialmente aquellos que involucran un mayor riesgo en comunidades específicas, como la seguridad del agua, seguridad con armas de fuego o envenenamiento por plomo. • Invitar al personal de seguridad comunitaria a participar en talleres y compartir recursos e información sobre cómo acceder a los servicios comunitarios. • Abordar problemas específicos de seguridad, como la seguridad del vehículo y la seguridad de los peatones, a través de una guía individual durante los horarios de recogida • Durante las conferencias familiares, averigua qué mensajes a los miembros de la familia les gustaría que los maestros refuercen en la escuela. • Durante las visitas domiciliarias, ofrezca ayudar a las familias a identificar peligros potenciales en su entorno familiar y formas de reducir posibles lesiones. • Publique planes de emergencia en los tablones de anuncios familiares y proporcione a las familias una copia escrita del plan de emergencia del programa preescolar. Incluya respuestas a diferentes escenarios (por ejemplo, evacuación, refugios), ubicación del refugio de evacuación designado y un número para llamar si los miembros de la familia no pueden llegar al preescolar. • Actualizar rutinariamente la información de contacto de emergencia de las familias. • Alentar a las familias a planificar y practicar simulacros de emergencia para incendios, sismos, inundaciones, encuentros violentos u otras situaciones que puedan ocurrir en su hogar o comunidad. Proporcionar a las familias recursos para desarrollar un plan de evacuación domiciliaria y realizar simulacros. • Invitar a los familiares a asistir al preescolar o a servir como oradores invitados mientras los niños aprenden sobre las personas que pueden ayudar en situaciones de emergencia. Los invitados pueden incluir personal médico o de seguridad (por ejemplo, bomberos, paramédicos) o trabajadores en profesiones relacionadas (por ejemplo, trabajadores de la construcción, electricistas, meteorólogos, negocios de limpieza). [75]

Tack de uñas	**Juego arriesgado y seguridad infantil: equilibrio entre prioridades para un desarrollo infantil óptimo** La prevención de lesiones juega un papel clave en la promoción de la seguridad de los niños, lo que se considera que implica mantener a los niños libres de la ocurrencia o riesgo de lesiones. Sin embargo, investigaciones emergentes sugieren que imponer demasiadas restricciones al juego arriesgado al aire libre de los niños puede estar obstaculizando su desarrollo. Al igual que la seguridad, el juego se considera tan crítico para el desarrollo infantil y su salud física y mental que está incluido en el artículo 31 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Así, las limitaciones en las oportunidades de juego de los niños pueden estar obstaculizando fundamentalmente su salud y bienestar. Ansioso y Poco describen a un niño privado de riesgo como más propenso a problemas como la obesidad, problemas de salud mental, falta de independencia, y una disminución en las habilidades de aprendizaje, percepción y juicio, creadas cuando se elimina el riesgo del juego y las restricciones son demasiado altas. Los hallazgos de disciplinas como la psicología, la sociología, la arquitectura del paisaje y los estudios de ocio cuestionan la noción de que la seguridad infantil es primordial y que los esfuerzos para optimizar la seguridad infantil en todas las circunstancias son el mejor enfoque para el desarrollo infantil. Y las familias, la cultura popular, los medios de comunicación y los investigadores de otras disciplinas han expresado su opinión de que los esfuerzos de seguridad infantil promueven la sobreprotección de los niños. Estos tienen el potencial de desencadenar una reacción contra estrategias comprobadas de promoción de la seguridad, como los asientos de seguridad para niños o la supervisión necesaria, posiblemente revirtiendo los avances significativos que se han logrado en la reducción de lesiones infantiles. Las familias, los cuidadores y los educadores pueden trabajar para crear un equilibrio fomentando oportunidades para participar en juegos arriesgados al aire libre que se alineen con los esfuerzos de seguridad. Podría usarse un enfoque que se centre en eliminar peligros, que tienen potencial oculto de lesionar, como una barandilla rota, pero que no elimina todos los riesgos. Esto permite al niño reconocer y evaluar el desafío y decidir sobre un curso de acción que no es peligroso pero que aún puede implicar un elemento de riesgo. Los adultos también pueden proporcionar a los niños materiales de juego no estructurados (abiertos) que pueden manipularse libremente en parques infantiles convencionales aventura playground natural imagen gratis Figura 2.8 — Este es un ejemplo de un patio de recreo de aventuras. [76] Este enfoque es un componente central del movimiento Adventure Playground. Notablemente, organizaciones e investigadores europeos y australianos parecen estar intentando poner en práctica esta idea, con los esfuerzos norteamericanos rezagados. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica en el Reino Unido dio a conocer pautas de prevención de lesiones que pedían políticas que contrarresten la “aversión excesiva al riesgo” y promuevan la necesidad de los niños “de desarrollar habilidades para evaluar y manejar los riesgos, de acuerdo a su edad y capacidad”. Tanto las organizaciones de lesiones como de juego, como la Royal Society for the Prevention of Accident and Play Safety Forum del Reino Unido promueven la idea de mantener a los niños *lo más seguros que sea necesario, no lo más seguros posible*. La colaboración internacional se beneficiaría de traducir esto a la práctica de una manera que sea sensible a las preocupaciones por la seguridad infantil y las necesidades de desarrollo de los niños para jugar de riesgo. [77]

Signo de interrogación	**Pausa para reflexionar** ¿Qué opinas? ¿Qué opina de mantener a los niños lo más seguros que sea necesario, no lo más seguros posible? ¿Cuáles son las formas adecuadas para que los niños aprendan a manejar el riesgo?

Resumen

La supervisión activa es fundamental para mantener seguros a los niños pequeños. Cuando los programas crean una cultura de seguridad, van más allá de seguir regulaciones y políticas, al comprometerse a proteger la seguridad para que los niños no salgan heridos. Hay algunos riesgos comunes para la seguridad que los educadores deben conocer o (y que se cubrirán con más profundidad en los próximos dos capítulos). Cuando los programas de cuidado y educación temprana crean un plan de seguridad utilizando datos que han recopilado al documentar y analizar las lesiones que sufren los niños, pueden hacer cambios para ayudar a proteger la seguridad de los niños.

Si bien los adultos tienen la responsabilidad final de la seguridad, se puede enseñar a los niños y las familias pueden participar en la protección de la seguridad de los niños. Los maestros también deben considerar el valor del juego de riesgo a la hora de tomar decisiones sobre qué acciones tomar para mantener seguros a los niños.

icono de la computadora portátil	**Recursos para una mayor exploración** • Cuidando a Nuestros Niños: Normas Nacionales de Desempeño en Salud y Seguridad - Lineamientos para Programas de Atención y Educación Temprana: https://nrckids.org/files/CFOC4%20pdf-%20FINAL.pdf • Prácticas de seguridad de Head Start en el Centro de Aprendizaje y Conocimiento de la Primera Infancia: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/safety-practices • Guía del administrador del programa para evaluar las prácticas de supervisión infantil: https://www.naeyc.org/sites/default/...Resource_0.pdf • Supervisar a Niños en Centros de Cuidado Infantil (Licencias video): https://ccld.childcarevideos.org/chi... -centros de cuidado/ • Dominio de la salud en el Marco Curricular Preescolar de California Volumen 2: https://www.cde.ca.gov/sp/cd/re/docu...meworkvol2.pdf • CDC: Centro Nacional de Prevención y Control de Lesiones: www.cdc.gov/injury/index.htm • Alianza de Estados Seguros: www.safestates.org/default.aspx

This page titled 1: Prevención de lesiones y protección de la seguridad de los niños is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 2: Preventing Injury and Protecting Children's Safety by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

2: Creación de ambientes interiores seguros

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Conectar el diseño del aula con la seguridad y la prevención de lesiones.
- Discutir formas de manejar el comportamiento inseguro mediante la comprensión de la función de los comportamientos.
- Describir cómo los maestros pueden garantizar que los juguetes y materiales que ofrecen a los niños no presenten riesgos de lesiones y no sean tóxicos.
- Explicar formas en que los adultos pueden apoyar el uso seguro y apropiado para el desarrollo de la tecnología
- Enumera formas de proteger a los niños de asfixia, envenenamiento, quemaduras, ahogamiento y caídas.
- Identificar cómo implementar prácticas de sueño seguro para proteger contra el Síndrome de Muerte Súbita Infantil.

icono de gavel

Reglamento de Licencias

Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen:

101171 ABORAMIENTO DE FUEG

- Todos los Centros de Cuidado Infantil deberán asegurar y mantener una autorización contra incendios.

101238 EDIFICIOS Y TERROS

- El centro deberá estar limpio, seguro, sanitario y en buen estado en todo momento.
- Todos los niños serán protegidos contra peligros.
- Desinfectantes, soluciones de limpieza, venenos y artículos que puedan representar un peligro para los niños se almacenarán donde sean inaccesibles para los niños
- Se cerrarán con llave las áreas de almacenamiento de venenos.
- No se permiten armas de fuego y otras armas en las instalaciones.

101538.3 ESPACIO DE ACTIVIDADES INTERIOR

- Habrá al menos 35 pies cuadrados de espacio interior para actividades por niño en función de la capacidad total con licencia.
- Los pisos de todas las habitaciones deberán tener una superficie que sea segura y limpia.
- (de **101438.3** y **101538.3**) Los espacios para infantes y los espacios para niños en edad escolar deben estar físicamente separados del espacio de actividad interior

101239 FIJACIONES, MUEBLES, EQUIPOS Y SUMINIS

- Todas las mamparas de ventana deberán estar en buen estado y libres de insectos y escombros.
- Las chimeneas y los calentadores abiertos serán inaccesibles.
- Se deben proporcionar mesas y sillas escaladas al tamaño de los niños.
- Todo el equipo de juego y los materiales utilizados por los niños deben ser apropiados para su edad.
- Los muebles y equipos deben mantenerse en buenas condiciones.
- No se permitirá la entrada de un andador en las instalaciones.

101439 Accesorios para centros de cuidado infantil, EQU IPMENT Y SUMINISTROS

- Además de la Sección 101239, se aplicará lo siguiente:

- Habrá mobiliario y equipo apropiado como cunas, cunas o colchonetas, cambiadores y sillas de alimentación.
- Las sillas altas o mesas de alimentación con ruedas bajas o cualquier equipo utilizado para sentar a un bebé deberán tener patas de base ancha.
- No se permitirá que ningún bebé se ponga de pie en silla alta.
- Los cambiadores para bebés deberán tener una superficie acolchada de no menos de 1 pulgada de grosor; lados elevados de al menos 3 pulgadas de alto; mantenerse en buen estado, al alcance de un brazo de un fregadero.
- Los contenedores de almacenamiento de juguetes deben ser seguros y mantenerse en buenas condiciones y no deben ser bloqueables
- Los juguetes deben ser seguros y no tener bordes afilados, ni piezas pequeñas.
- Los accesorios, muebles, equipos o suministros no deberán estar hechos ni contener sustancias tóxicas.

101239.1 EQUIPO DE NAPPING

- Las cunas deben mantenerse en condiciones seguras.

101439.1 CENTRO DE CUIDADO INFANTIL EQUIPO DE

- Además de la Sección 101239.1, se aplicará lo siguiente:

- Se proporcionará una cuna o porta-cuna de tamaño estándar de seis años por cada bebé que no pueda salir de una cuna.
- Las cunas no limitarán la capacidad del personal para ver al infante.
- Las cunas no limitarán la capacidad del bebé para mantenerse erguido.
- Los colchones de cuna estarán cubiertos con vinilo o material similar resistente a la humedad; se limpiarán y desinfectarán diariamente y cuando estén mojados o sucios.
- Las cunas se mantendrán en condiciones seguras.
- Las cunas, colchonetas o cunas se dispondrán de manera que proporcionen una pasarela y espacio de trabajo entre las cunas, colchonetas o cunas suficientes para permitir que el personal llegue a cada bebé sin pisar a ningún otro bebé

Introducción

Diseñar un ambiente de aula efectivo y atractivo requiere un pensamiento y una planificación cuidadosos, pero es importante. Un aula bien organizada que sea interesante, ordenada y atractiva contribuye a la participación y compromiso de los niños con los materiales y actividades de aprendizaje. Este compromiso, a su vez, contribuye al aprendizaje de los niños.

Vamos a verlo desde la perspectiva de un niño. Queremos que los niños se sientan seguros y cómodos en el aula. Queremos que se interesen por las actividades de aprendizaje y que aprovechen al máximo estar en la escuela y que aprovechen al máximo las actividades que has planeado y los materiales que has seleccionado. Puede ser útil bajar a nivel de un niño y echar un vistazo al aula. ¿Se siente acogedor y acogedor? ¿Hay suficiente espacio para moverse, tomar decisiones y mantenerse involucrado con un juguete o actividad o proyecto? ¿Y la habitación ayuda al niño a saber qué hacer y qué se espera?

C:\Users\paris_j\Pictures\ECE Imágenes a Opnely License\ 20191105_170827.jpg

Figura 3.1 — Esta área de lectura está instalada por lo que queda claro qué deben hacer los niños en este espacio. [78]

Diseñar un ambiente de aula eficaz y seguro

Hay todo tipo de aulas. Se diferencian por tamaño y forma, cantidad de luz y espacio en la pared, colocación de lavabos y mostradores, y cantidad de almacenamiento. Descubrir cómo diseñar el espacio físico y maximizar las interacciones de los niños dentro del espacio llevará algún tiempo. Hacer un plano de planta. Mueve las cosas por ahí. Echa un vistazo a otras aulas y mira qué funciona.

Aquí hay algunas cosas en las que pensar al diseñar su espacio y hacerlo lo más viable posible. Piensa en la cantidad de áreas o centros de interés que deseas o necesitas para el grupo de niños. Organice el espacio para que las áreas ruidosas estén separadas de las áreas tranquilas. Localice centros junto al almacenamiento o equipo necesario. Use muebles u otros artículos para proporcionar límites. Pero, asegúrate de que los adultos puedan ver todas las áreas de la habitación. [79]

Factores a considerar

Espacio y límites:

- ¿Los centros están claramente definidos con muebles, tapetes o estantes?
- ¿Hay suficiente espacio para que todos los niños se muevan fácilmente por la habitación?
- En cada área definida, ¿hay espacio adecuado para el número de niños que la utilizan?

Proximidad y distancia:

- ¿Están las zonas tranquilas y ruidosas en las proximidades o separadas?
- ¿Los centros están ubicados cerca de cosas que los niños necesitan para completar proyectos (centro de arte cerca del fregadero, rompecabezas o estantes de juegos al alcance de las mesas, etc.)?
- ¿Los maestros son capaces de ver a los niños en todos los centros?

Hogar y cultura:

- ¿Qué características hogareñas se incluyen en el aula?
- ¿Cómo se refleja (n) la (s) cultura (s) de la comunidad local en el aula?

Flexibilidad y permanencia:

- ¿Cómo acomoda el espacio la actividad motora bruta?
- ¿Qué aspectos del espacio físico no se pueden cambiar (costos o problemas estructurales) y son desafiantes de superar (por ejemplo, acceso limitado a la luz natural, cubículos engorrosos, etc.)?

Compromiso y comportamientos desafiantes:

- ¿Hay áreas del aula donde es más probable que ocurran comportamientos desafiantes?
- ¿Hay áreas en las que normalmente los niños participan positivamente en las actividades del aula?

Patrones de tráfico:

- ¿Pueden los niños moverse fácilmente de un espacio a otro?
- ¿Se desalienta correr y vagar?

Selección de material:

- ¿Se eligen materiales para apoyar el desarrollo y el aprendizaje?
- ¿Son culturalmente relevantes y significativos para los niños?
- ¿Hay una variedad y cantidad suficientes (sin agobiar a los niños)? [80]

signo de interrogación	**Pausa para reflexionar** Hasta el momento, no hemos llamado específicamente mucho a la seguridad en nuestra discusión sobre el diseño ambiental. Mira algunos de los elementos enumerados y haz una lluvia de ideas sobre cómo cada uno podría estar relacionado con la seguridad. Por ejemplo, ¿por qué mirar áreas del aula donde los comportamientos desafiantes tienen más probabilidades de ocurrir una consideración de seguridad?

Tack de uñas	Consejos para el diseño ambiental • Los patrones de tránsito necesitan desincentivar la carrera. • Use muebles, tapetes y artículos similares para definir límites. • Asegurar que los maestros puedan ver lo que sucede en todas las áreas del aula. • Las características culturales y hogareñas están presentes en la habitación. • Utilice los espacios con la mayor flexibilidad posible. • Los centros silenciosos y ruidosos están espaciados adecuadamente. • Asegurar que la selección interesante del contenido del aula esté equilibrada con la estimulación adecuada versus sobreestimulación. • Cada centro proporciona suficiente información sobre qué hacer allí y cómo jugar. [81] C:\Users\paris_j\Pictures\ECE Imágenes a Opnely License\ 20191105_170851.jpg Figura 3.2 — Este gran espacio se transformó con esta alfombra y disposición de materiales y muebles. [82]

Agrupación de niños

Los maestros quieren ser intencionales sobre cómo agrupan a los niños, ya sea una decisión tomada en el momento o como parte de la planificación de lecciones. Coincidir el tamaño del grupo con el propósito de la actividad. Piensa en los niños que estarán en el grupo. Los niños pequeños necesitan oportunidades para participar y aprender con todo el grupo, grupos pequeños,

y prosperarán con un poco de tiempo uno a uno con un adulto. [83]

Los grupos grandes son buenos para:

- Introduciendo conceptos
- Construyendo comunidad
- Realización de actividades rutinarias

Los grupos pequeños son buenos para:

- Maximizar las interacciones de ida y vuelta
- Modelado de habilidades por pares
- Instrucción de guía

Las interacciones uno a uno son buenas para:

- Tareas que requieren habilidades complejas
- Instancia cuando un niño necesita dirección y asistencia específicas [84]

signo de interrogación	**Pausa para reflexionar** ¿Cómo se relaciona con la seguridad considerar el tamaño del grupo? ¿Qué podrían necesitar observar los maestros para determinar si los tamaños de grupo están funcionando bien para los niños?

Cada ambiente de la primera infancia está lleno de pros y contras; es como trabajan los educadores con las muchas características de un aula lo que puede marcar una tremenda diferencia. Los maestros pueden sorprenderse con los resultados cuando:

- Evaluar los espacios tanto para limitaciones como para fortalezas.
- Diseñar estrategias para optimizar lo que tienen que trabajar en sus aulas.
- Pruebe un arreglo diferente, vea qué sucede, y luego modifique en función de lo que está funcionando y lo que no.

C:\Users\paris_j\Pictures\ECE Imágenes a Opnely License\ 20160928_085201.jpg

Figura 3.3 — Estas repisas están en un aula para niños de 3 años. Qué ajustes

podría ser necesario hacer para satisfacer las necesidades de los niños y mantenerlos a salvo? [85]

En ocasiones una modificación puede ser menor (subir o bajar una repisa, señales de “stop” sobre áreas no disponibles, cinta adhesiva para definir mejor un espacio, etc.). Esto pone de relieve la naturaleza de “trabajo en progreso” de los entornos de la primera infancia. A medida que cambian las necesidades de los niños, la habitación puede necesitar cambios menores o tener que reorganizarse completamente para satisfacer esas necesidades. [86]

Tack de uñas	Algunas consideraciones más para el diseño ambiental A la hora de diseñar ambientes de aula, hay algunas otras consideraciones a tener en cuenta: Rotaciones: • Evite agrupar a los mismos niños todo el tiempo, especialmente cuando se empareja con niños calificados con niños menos calificados. • Considera limitar el número de niños por centro y crear un sistema para rotar a los niños a través de las áreas favoritas. • Rotar regularmente algunos de los juguetes y materiales para generar una sensación de novedad. • La instrucción se puede adaptar dentro de grupos pequeños para cumplir con los objetivos educativos. Por ejemplo, un grupo de niños que está trabajando en aprender números puede leer un libro de conteo; otro grupo que trabaja en habilidades motoras finas puede hacer cuentas; otro grupo más de niños que trabajan en habilidades sociales puede practicar unirse al juego. • Enfatice la cooperación eligiendo juguetes y actividades que lo requieran (por ejemplo, cajas grandes de electrodomésticos, juegos que necesiten dos o más jugadores, pelotas para lanzar de un lado a otro, etc.). • Siempre que sea posible, mantenga los elementos de diseño simples (tanto por el bien del maestro como porque lo simple tiende a ser más duradero). Además, algunos aspectos del diseño se pueden hacer de forma espontánea y rápida (estímulo del momento) y aún así ser efectivos. [87]

Seguridad interpersonal

Los niños pueden comportarse de manera que se lastiman a sí mismos o a otros, por lo que los maestros deben prepararse para manejar comportamientos inseguros en su deber de proteger a Una manera importante de pensar sobre el comportamiento es como una forma de comunicación. Los niños pequeños nos hacen saber sus deseos y necesidades a través de su comportamiento mucho antes de que tengan o puedan usar palabras en el calor del momento. Nos dan señales para ayudarnos a entender lo que están tratando de comunicar.

Los educadores de la primera infancia pueden ayudar a los niños interpretando sus señales y respondiendo para satisfacer sus necesidades. El siguiente ejemplo ilustra la importancia de responder al posible significado detrás del comportamiento:

Javon muerde a Blair porque quiere el bloqueo con el que está jugando y sacamos a Javon de la situación. No sólo no estamos respondiendo a su deseo o necesidad, sino que lo estamos sacando del contexto donde pueda aprender a comunicar sus sentimientos de una manera que no lastime a los demás.

Formas y funciones del comportamiento

Hay muchas razones por las que un niño podría usar comportamientos específicos. Por eso es importante que los adultos observen cuidadosamente a los niños, presten atención a sus señales, los conozcan y sepan qué parte del horario les da dificultades para entender mejor lo que están tratando de decirnos a través de su comportamiento. [88]

Cada comportamiento tiene un:

FORMULARIO = el comportamiento que el niño está usando para comunicarse

Y UNA FUNCIÓN = la razón o propósito que el niño está usando ese comportamiento [89]

Tabla 3.1 — Formas y Funciones del Comportamiento [90]

Formas de Comunicación	Función de Comunicación

• Llorar • Arrugar • Alcanzar al cuidador • Patearles las piernas • Aversión a la mirada (mirar hacia otro lado) • Chirriar • Morder • Rabietas • Señalando • Sonriente • Tirando de adulto • Aplaudir • Palabras • Saltar	• Obtener un objeto, actividad, persona • Solicitar ayuda • Iniciar interacción social • Solicitar información • Buscar estimulación sensorial • Exigencias de escape • Escapar de la actividad • Evitar a una persona • Escapar de la estimulación sensorial • Expresar la emoción • Expresar dolor

Aquí hay algunos ejemplos de forma y funciones de bebés, niños pequeños y preescolares:

Tabla 3.2 — Ejemplos de Formas y Posibles Funciones de Comportamientos [91]

Forma de Comunicación	Posibles funciones de la comunicación
Morder para niños pequeños	• Quiero el dinosaurio con el que Joseph está jugando • Estoy en la dentición • Este es mi espacio, no te quiero en mi espacio • Estoy muy frustrado • Me acabas de decir “no” y no me gusta • Quiero jugar contigo
Pateando preescolar	• Me siento enojada y no se como expresarlo • No quiero dejar de jugar • No quiero compartir mi juguete favorito • Quiero jugar solo

La forma y la función también están conformadas por la cultura. Los niños son socializados para expresar sus sentimientos de manera culturalmente aceptable. Es importante platicar con las familias para que puedan buscar formas aceptables en que los niños se expresen de una manera culturalmente respetuosa.

Como probablemente ya hayas experimentado, no siempre es fácil entender el significado del comportamiento de un niño. Para agregar a la complejidad de entender el significado del comportamiento:

- Una sola forma de comportamiento puede servir a más de una función. Por ejemplo, un niño pequeño podría usar morder (forma) para diferentes funciones (“Quiero el juguete que tienes”. “Quiero jugar contigo pero no sé cómo hacértelo saber”. “Estoy cansado”. “Estoy frustrado porque no entiendes lo que estoy tratando de decirte”. “Quiero un poco de atención.”)
- Varias formas de comportamiento pueden servir a una función. Por ejemplo, el propósito (función) de un niño puede ser construir con sus bloques favoritos, pero utilizan diferentes formas de comportamiento (morder, gritar, agarrar, huir con los bloques, compartir) en función de cómo se sienten ese día, quién está jugando en el área del bloque, o en base a sus expectativas culturales.
- El significado del comportamiento está conformado por la cultura, la familia y la composición y experiencias únicas del niño individual. Por ejemplo, algunas culturas pueden expresar tristeza llorando o por tener una expresión facial despreocupada. Algunas culturas pueden expresar felicidad riendo y siendo exuberantes, mientras que otras pueden esperar comportamientos más moderados.

Algunas de estas funciones de comunicación se convierten en una preocupación por la seguridad de los niños (del niño que se comunica, los otros niños y otras personas del entorno). Los educadores de la primera infancia deben tomarse el tiempo para comprender el significado de un comportamiento para que puedan ayudar al niño a reemplazar las formas inseguras de comunicación por formas que no lastiman a otros ni dañen el medio ambiente. Hacer una pausa para tratar de averiguar el significado detrás del comportamiento de un niño, en lugar de simplemente reaccionar al comportamiento, puede cambiar la forma en que vemos a un niño, la forma en que respondemos a un niño y la forma en que enseñamos a un niño. Convertirse en un detective de “comportamiento tiene sentido” que siempre está al pendiente del significado del comportamiento te ayudará a mantener seguros a los niños. [92] Eche un vistazo al siguiente ejemplo de un comportamiento inseguro, lo que podría significar y lo que podría hacer un educador para mantener al niño.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Emilia y Sarae La maestra Emilia dice sobre un niño Sarae: “Tengo que vigilarla como un halcón o correrá por el pasillo o saldrá por la puerta, calle abajo, y no sé dónde”. **Lo que esto podría significar** Entonces, podríamos replantear esto para: Sarae es un niño activo. Naturalmente, puede ser una aprendiz cinestética, que necesita moverse y sacudir, tiene energía extra. **Lo que podría hacer el maestro** Una maestra puede darle a Sarae formas positivas de ejercitarse de la manera que le encanta ser. Entonces, ya sea durante el tiempo de elección, que hay una oportunidad para que ella baile, por ejemplo. O, hay una carrera de obstáculos preparada para que ella maniobrara. Resultado de imagen para chica corriendo por la puerta Figura 3.4 — Ayude a mantener a los niños seguros calculando fuera la función de su comportamiento/comunicación. [93] Cuando están al aire libre, la maestra puede crear oportunidades para el juego estructurado para que se ejecute con una intención; como ser parte de un juego con sus compañeros. Si es difícil volver a meterla, dale un papel de liderazgo. A lo mejor es ella la que tiene la campana que les indica a todos que es hora de hacer fila. Entonces ahora se va a asegurar de que encuentre a sus amigos y sea la encargada de reunir a todo el grupo para entrar. **El Resultado Potencial** Replantear el comportamiento y proporcionar salidas positivas no solo mantendrá a Sarae a salvo, sino que también le comunicará que cómo se siente está bien y que está siendo apoyada, reconocida y alentada. [94]

Echando un vistazo más de cerca al comportamiento

También puede resultarle valioso examinar el comportamiento de la manera en que lo haría con las lesiones y los patrones de tránsito. Recopilar datos sobre comportamientos inseguros:

- ¿Cuándo van a pasar? ¿Hay momentos específicos del día en los que a los niños les resulta más difícil comportarse o comunicarse de manera segura?
- ¿Dónde están pasando? ¿Hay puntos calientes para un comportamiento desafiante? ¿Cuál en el entorno podría ser el foco del comportamiento/comunicación insegura?
- ¿Por qué están sucediendo? ¿Qué pasó antes de los previos a la conducta? ¿Qué pasó después?
- ¿Quiénes son los comportamientos entre ellos? Todos los niños tendrán momentos en los que se comuniquen con conductas inseguras, pero algunos niños pueden necesitar más apoyo adulto en ciertos contextos (hora del día, actividad, agrupaciones de niños, etc.).

Busca patrones. Reflexione sobre lo que se puede cambiar en el entorno físico, el horario/rutina, las agrupaciones y la supervisión para ayudar a evitar que los niños se lastimen a sí mismos o a otros cuando intentan comunicar sus necesidades.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png

Morder

Morder es un comportamiento común pero perturbador de los niños pequeños. Aquí hay información y consejos para responder a las mordeduras:

Cuando un niño muerde a otro niño

Intervenir de inmediato entre el niño que mordió y el niño mordido. Mantén la calma, no reacciones de forma exagerada, grites o des una explicación larga.

Usa tu voz y expresión para demostrar que morder no es aceptable**.** Mírale a los ojos del niño y dile con calma pero firmeza: “No me gusta cuando muerdes a la gente”. Para un niño con un lenguaje más limitado, solo diga “No muerda a la gente”. Señalar cómo el comportamiento del mordedor afectó a la otra persona. “Le haces daño y está llorando”. Anima al niño que fue mordido a que le diga al mordedor “Me haces daño”. Anime al niño que mordió a ayudar al otro niño al obtener la bolsa de hielo, etc.

Ofrezca al niño mordido comodidad y primeros auxilios**.** Lave la piel rota con agua tibia y jabón. Observe las precauciones generales si hay sangrado. Aplica una bolsa de hielo o un paño frío para ayudar a prevenir la hinchazón. Si el niño mordido es un invitado, dígale a las familias lo que pasó. Sugiera que el niño mordido sea visto por un proveedor de atención médica si la piel está rota o si hay algún signo de infección (enrojecimiento o hinchazón).

Prevención de mordedura

Reforzar el comportamiento deseado**.** Observe y reconozca cuando le guste lo que está haciendo su hijo, especialmente por mostrar empatía o comportamiento social, como darle palmaditas a un niño que llora, ofreciéndole turnos con un juguete o abrazarse suavemente. No etiquetar, humillar ni aislar a un niño que muerde.

Desalentar el juego que implica “fingir” morder, o parece demasiado rudo y fuera de control. Ayudar al niño a establecer conexiones con otros.

¿Por qué muerden los niños y qué podemos hacer?

Los niños muerden por muchas razones diferentes, por lo que para responder de manera efectiva, lo mejor es tratar de averiguar por qué están mordiendo. Si un niño:

- experimentos al morder inmediatamente dicen “no” con voz firme, y le dan una variedad de juguetes para tocar, oler y saborear y fomentar la exploración sensorio-motora.
- tiene molestias en la dentición, proporciona juguetes para la dentición fríos o alimentos seguros y masticables.
- se independiza, brinda oportunidades para tomar decisiones apropiadas para la edad y tener cierto control (el pan o la galleta, la bola amarilla o azul), y notar y dar atención positiva a medida que se desarrollan nuevas habilidades de autoayuda e independencia.
- está usando los músculos de nuevas maneras, proporciona una variedad de materiales de juego (duro/suave, rugoso/liso, pesado/ligero) y planifica un montón de juego activo en interiores y exteriores.
- Es aprender a jugar con otros niños, tratar de guiar el comportamiento si le parece rudo (tomar la mano del niño y decir: “Tocar a Jorge gentilmente, le gusta eso”) y reforzar el comportamiento prosocial (como turnarse con juguetes o darle palmaditas a un niño que llora).
- se siente frustrada en expresar sus necesidades y deseos, declarar lo que está tratando de comunicar (“te sientes enojada cuando Ari toma tu camioneta” o “quieres que te preste atención”).
- se ve amenazada por situaciones nuevas o cambiantes, como un padre que regresa al trabajo, un nuevo bebé o padres o cuidadores que se separan, brindan una crianza especial y ser lo más cálido y tranquilizador posible, y ayudarlo a hablar sobre los sentimientos incluso cuando dice cosas como “Odio a mi nuevo bebé”. [95]

Juguetes, materiales y equipos seguros

El juego es una actividad natural para cada niño pequeño. El juego brinda muchas oportunidades para que los niños aprendan y crezcan, física, mentalmente y socialmente. Si el juego es el trabajo del niño, entonces los juguetes, materiales y equipos en el ambiente son los que permitirán a los niños hacer su trabajo bien y de manera segura. [96]

Juguetes seguros

Proteger a los niños de los juguetes inseguros es responsabilidad de todos. La selección cuidadosa de juguetes y la supervisión adecuada de los niños en el juego siguen siendo, y siempre lo serán, las mejores formas de proteger a los niños de las lesiones relacionadas con los juguetes. [97]

Es importante que los educadores consideren tanto la seguridad como la durabilidad a la hora de elegir juguetes para niños. Los juguetes deben construirse para soportar los usos y abusos de los niños en el rango de edad para el que el juguete sea apropiado.

La Comisión de Seguridad de Productos de Consumo (CPSC) de Estados Unidos tiene regulaciones de seguridad para ciertos juguetes. Los fabricantes deben diseñar y fabricar sus productos para cumplir con estas regulaciones para que no se vendan productos peligrosos (ver Tabla 3.3).

Cuadro 3.3 — Reglamento Obligatorio de Seguridad de los Juguetes [98]

Edad	Normativa
Para todas las edades	• Sin choques ni riesgos térmicos en los juguetes eléctricos • La cantidad de pintura con plomo está severamente limitada • No hay materiales tóxicos en o sobre los juguetes • Todos los materiales para niños menores de 12 años no son peligrosos • Los globos de látex y el producto con globos están etiquetados como peligro de asfixia y asfixia
Menores de 3 años	• Irrompible: resistirá el uso y el abuso • No hay piezas pequeñas o piezas que se alojen en la garganta • Sonajeros lo suficientemente grandes como para no quedar alojados en la garganta y no se separarán en trozos pequeños • Sin bolas con diámetros de 1.75 pulgadas o menos
De 3 a 6 años	• Todos los juguetes y juegos con piezas pequeñas deben estar etiquetados para advertir del peligro de asfixia para los niños pequeños
Para mayores de 3 años	• Pelota y juguetes con pelotas menores a 1.75 pulgadas de diámetro y canicas o juguetes con canicas deben estar etiquetados para advertir del peligro de asfixia
Menores de 8 años	• No hay juguetes accionados eléctricamente con elementos calefactores • Sin puntas o bordes afilados en los juguetes

Además de las normas obligatorias, muchos fabricantes de juguetes también se adhieren a las normas voluntarias de seguridad de la industria del juguete (ver Tabla 3.4). [99]

Tabla 3.4 — Normas voluntarias para la seguridad de los juguetes [100]

Normas voluntarias para la seguridad de los juguetes [101]
Pone etiquetas de edad y seguridad en los juguetes
Pone etiquetas de advertencia en los gimnasios de cuna anunciando que deben retirarse de las cunas cuando los bebés pueden empujar hacia arriba las manos y las rodillas para evitar el estrangulamiento
Hace que los juguetes exprimidores y los mordederos sean lo suficientemente grandes como para no quedar alojados en la garganta
Asegura que la tapa de un cofre de juguete permanecerá abierta en cualquier posición a la que se levante y no caiga inesperadamente sobre un niño
Limita la longitud de las cuerdas en los juguetes de cuna y parques infantiles para reducir el riesgo de estrangulación

Los juguetes deben elegirse con cuidado. Los maestros deben buscar diseño y construcción de calidad. Las etiquetas de seguridad a buscar incluyen “ignífugo/ignífugo” en los productos de tela y “Materiales lavables/higiénicos” en peluches y muñecas. Esté atento a los peligros enumerados en el Cuadro 3.5 [102].

Tabla 3.5 — Peligros a Evitar en los Juguetes [103]

Peligros	Descripción
Bordes afilados	Los juguetes nuevos destinados a niños menores de ocho años deben estar libres de vidrio afilado y bordes metálicos. Sin embargo, con el uso, los juguetes más viejos pueden romperse y exponer los bordes cortantes
Piezas Pequeñas	La ley prohíbe las piezas pequeñas en juguetes destinados a niños menores de tres años. Esto incluye pequeños ojos y narices removibles en peluches y muñecas y pequeños chillidos removibles en juguetes exprimibles.
Ruidos fuertes	Algunos juguetes que hacen ruido pueden producir sonidos a niveles de ruido que pueden dañar la audición.
Cordones Y Cuerdas	Los juguetes con cuerdas o cuerdas largas son peligrosos para bebés y niños muy pequeños. Los cordones pueden envolverse alrededor del cuello de un bebé, causando estrangulación. Nunca cuelgue juguetes con cuerdas largas, cordones, lazos o cintas en cunas o parques donde los niños puedan enredarse. Retire los gimnasios de cuna de la cuna cuando el niño pueda levantarse de manos y rodillas; algunos niños se han estrangulado al caer sobre gimnasios de cuna estirados sobre la cuna.

Puntos afilados	Los juguetes que se han roto pueden tener puntas o dientes peligrosos. Los juguetes de peluche pueden tener cables dentro del juguete que podrían cortarse o apuñalar si se exponen. Un reglamento de la CPSC prohíbe las puntas afiladas en los juguetes nuevos y otros artículos destinados al uso de niños menores de ocho años.
Objetos propulsados	Los proyectiles, misiles guiados y juguetes voladores similares, se pueden convertir en armas y pueden dañar los ojos en particular. Nunca se debe permitir que los niños jueguen con pasatiempos o equipo deportivo que tenga puntas afiladas.

Revise todos los juguetes periódicamente en busca de roturas y posibles peligros. Un juguete dañado o peligroso debe desecharse o repararse inmediatamente.

Juguetes apropiados para la edad

Los maestros deben tener en cuenta las edades de los niños para los que eligen juguetes, incluidos sus intereses típicos y niveles de habilidad. La recomendación de edad del fabricante es un buen punto de partida para garantizar que los juguetes sean apropiados para su edad. Deben seguirse advertencias como “No recomendado para niños menores de 3 años”. [104] Consulte la Tabla 3.6 para algunos juguetes apropiados para la edad a considerar. Tenga en cuenta que los juguetes aparecen en la lista cuando se vuelven apropiados y no se repiten en edades posteriores.

Cuadro 3.6 — Juguetes apropiados para la edad [105]

Edad	Algunos juguetes apropiados para la edad
De 6 semanas a alrededor de 4 meses estos juguetes se vuelven apropiados	• Sonajeros simples • Mordedores • Juguetes y muñecos ligeros y resistentes de tela • Juguetes Squeeze • Textura y bolas de compresión suave
Entre 4 y 6 meses estos juguetes se vuelven apropiados	• Bloques blandos • Llaves en anillos • Anillos de plástico entrelazados • Pequeños manipuladores de mano • Juguetes en ventosas

Entre 7 y 12 meses estos juguetes se vuelven apropiados	• Bloques de caucho o madera redondeada • Juguetes de empuje (autos simples, animales sobre ruedas, etc.) • Juguetes Squeeze-Squeak • Juguetes Roly-Poly • Cajas y cubos de actividad • Contenedores con objetos para vaciar y llenar • Bolas transparentes, campanas, aleteo y acción • Cuentas grandes de goma o plástico • Copas simples de anidar • Anillos apilables • Juguetes de espejo irrompibles agarrables • Juguetes flotantes simples • Papel y crayones grandes para garabatos • Libros de tela, plástico y cartón
Estos juguetes se vuelven apropiados para niños de 1 año	Además de lo anterior • Empuje juguetes con asas grandes • Juguetes para empujar en el piso • Carruajes y vagones para muñecas • Juguetes estables para montar sin pedales • Pequeños bloques apilables • Bloques de unidades • Bloques huecos • Ladrillos grandes de plástico para prensar juntos • Rompecabezas simples (a 1, 2-3 piezas y 1½, 3-5 piezas) • Tableros con clavijas grandes • Juguetes de objetos ocultos • Juguetes simples • Clasificadores de formas simples • Juguetes para golpetear y martillar • Juguetes simples a juego • Cajas y juguetes simples con cerradura • Cuentas grandes para encordar • Embudos y coladores • Pequeños juguetes de arena • Muñecas y accesorios sencillos • Instrumentos de ritmo operados por sacudidas y golpes • Ropa simple de vestir y juguetes de rol • Equipo de juego dramático de tamaño infantil • Libros con imágenes • Vehículos de juguete más detallados • Trenes con sistemas de acoplamiento simples

Estos juguetes se vuelven apropiados para niños de 2 años	• Juguetes de tracción • Carretillas pequeñas y ligeras • Juguetes de empuje que parecen equipos para adultos (cortadora de césped, aspiradora, etc.) • Triciclos pequeños • Rompecabezas de 4 a 5 y luego 6-12 piezas • Tableros magnéticos con formas, animales y personas • Encajar juguetes • Bolas grandes • Frascos olorosos • Bolsas de sensación • Tarjetas de cordones • Marcos para abotonar, faltar, enganchar y enganchar • Embarcaciones pequeñas • Molinos de agua/arena • Muñecas más realistas • Marionetas de mano pequeñas • Todos los instrumentos de ritmo • Pinturas no tóxicas • Arcilla • Marcadores • Tijeras de punta roma • Tiza y pizarra • Disfraces y ropa de vestir • Apoyos dramáticos realistas • Camiones y vehículos de construcción más grandes • Libros emergentes • Libros de imágenes ocultos
Estos juguetes se vuelven apropiados alrededor de los 3 años de edad	• Encajan en rompecabezas de marco de hasta 20 piezas • Rompecabezas simples • Tablas numéricas con clavijas más pequeñas • Marcos para atar • Herramientas grandes para sandbox • Muñecas realistas • Peluches con accesorios • Juguetes de caja de música • Calcetín simple, manopla y títeres de dedo • Teléfono de juguete, cámara, kit médico • Caja registradora y equipo para jugar tienda • Xilófono • Pinceles • Pasta y pegamento • Impresión simple en bloque • Juegos de mesa, lotería y cartas simples
Estos juguetes se vuelven apropiados alrededor de los 4 años de edad	• Tableros de mosaico • Tableros de fieltro • Juguetes a juego • Juguetes de concepto geométrico • Moldes de arena • Herramientas para trabajar la madera • Equipo de audio

Estos juguetes se vuelven apropiados alrededor de los 5 años de edad	• Telar simple • Kit de costura simple (con una aguja de punta roma) • Muñecas de papel • Equipo de juego dramático que funciona • Pintura acuarela • Materiales científicos • Máquina de escribir de juguete

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** Mira estos juguetes que se podrían dar a los niños. ¿Conoces lo suficiente de ellos para saber si son o no seguros? Si no, ¿qué necesitarías saber y hacer para asegurarte de que están a salvo? ¿Cómo determinaría para qué edad de los niños son seguros? Resultado de imagen para juguetes para niños Figura 3.7 — Juguete #3 [108]

Materiales de arte no tóxicos

La ley federal requiere que todos los materiales de arte ofrecidos a la venta a consumidores de todas las edades en los Estados Unidos se sometan a una revisión toxicológica de la formulación completa de cada producto para determinar el potencial del producto para producir efectos crónicos adversos para la salud. También requiere que los materiales de arte estén debidamente etiquetados para riesgos agudos y crónicos, como lo exige la Ley de Etiquetado de Materiales de Arte Peligrosos (LHAMA) y la Ley Federal de Sustancias Peligrosas (FHSA), respectivamente.

Además de los requisitos de LHAMA, también se requiere que los materiales artísticos —como pinceles y plantillas— que estén diseñados o destinados principalmente a niños de 12 años de edad o menores, como todos los productos infantiles, cumplan con los requisitos de la Ley de Mejoramiento de la Seguridad de los Productos de Consumo de 2008 (CPSIA). [109] Bajo la FHSA, la mayoría de los productos infantiles que contienen una sustancia peligrosa están prohibidos, ya sea que el peligro se base en toxicidad crónica, toxicidad aguda, inflamabilidad u otro peligro identificado en la ley.

Los productos para niños que cumplen con la definición de material artístico de la FHSA incluyen, pero no se limitan a, crayones, tiza, juegos de pintura, lápices de colores y arcilla para modelar. Suministros de arte y manualidades no tóxicos destinados a niños están fácilmente disponibles. Lee las etiquetas y compra solo materiales de arte y manualidades destinados a niños y que estén etiquetados con la declaración “Conforme a la norma ASTM D-4236”. [110]

Una de esas etiquetas vendrá del programa de certificación del Instituto de Arte y Materiales Creativos (ACMI). “Sellos de productos certificados por ACMI... indican que estos productos han sido evaluados por un toxicólogo calificado y están etiquetados de acuerdo con las leyes federales y estatales... El sello AP (Producto Aprobado) identifica materiales de arte que son seguros y que están certificados en una evaluación toxicológica por parte de un experto médico para no contener materiales en cantidades suficientes para ser tóxicos o perjudiciales para los humanos, incluidos los niños, o para causar problemas de salud agudos o crónicos.” [111]

Archivo:APSEAL R.png

Figura 3.8 — El sello AP de ACMI significa que un material de arte es seguro para los niños. [112]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** Mira cada una de las etiquetas de los suministros de arte. ¿Puedes encontrar la etiqueta o sello en cada uno? ¿Puedes encontrar la advertencia en uno de estos materiales a los que te gustaría prestar atención si lo compras para usarlo con niños pequeños?

C:\Users\paris_j\Pictures\ECE Imágenes a Opnely License\ finger paint.jpg

Figura 3.13 — Crayones, lápices de colores y marcadores [117]

Riesgos de seguridad de los materiales de arte

Para ciertos químicos y situaciones de exposición, los niños pueden ser especialmente susceptibles al riesgo de lesiones. Por ejemplo, dado que los niños son más pequeños que los adultos, la exposición de los niños a la misma cantidad de un químico puede resultar en efectos más severos. Además, los cuerpos en desarrollo de los niños, incluidos sus cerebros, sistemas nerviosos y pulmones, pueden hacerlos más susceptibles que los adultos. Las diferencias en el metabolismo también pueden afectar las respuestas de los niños a algunas sustancias químicas.

Los comportamientos y habilidades cognitivas de los niños también pueden influir en su riesgo. Por ejemplo, los niños menores de 12 años son menos capaces de recordar y seguir pasos complejos para los procedimientos de seguridad, y son más impulsivos, lo que hace que sean más propensos a ignorar las precauciones de seguridad. Los niños tienen una probabilidad mucho mayor de exposición tóxica que los adultos porque desconocen los peligros, no están tan preocupados por la limpieza y las precauciones de seguridad como los adultos, y a menudo son más curiosos y atraídos por nuevos olores, vistas o sonidos. Los niños necesitan recordatorios regulares y consistentes de las reglas de seguridad, y no hay sustituto para la supervisión directa.

Pautas para seleccionar materiales de arte y manualidades

Aquí hay algunos recordatorios útiles sobre cómo elegir materiales de arte para niños:

- Tenga en cuenta que incluso los productos etiquetados como 'no tóxicos' cuando se usan de manera involuntaria pueden tener efectos nocivos.
- Los productos con etiquetas de precaución o advertencia no deben usarse con niños menores de 12 años.
- Evite los solventes y los suministros a base de solventes, que incluyen trementina, diluyente de pintura, goma laca y algunos pegamentos, tintas y algunos marcadores permanentes que contienen solventes.
- Evite los productos o procesos que produzcan polvo en el aire que pueda inhalarse (incluida la pintura témpera en polvo).
- Evite los suministros viejos, los suministros sin etiqueta y tenga cuidado con los suministros donados con etiquetas de precaución y advertencia y que no contengan la declaración “Cumple con la norma ASTM D4236”.
- Busque productos que estén claramente etiquetados con información sobre los usos previstos.
- Dar especial atención a los estudiantes con asma o alergias, lo que puede elevar la sensibilidad de los estudiantes a los humos, polvo o productos que entran en contacto con la piel. [118]
- Reúna sus suministros de antemano para que pueda continuar supervisando su uso sin necesidad de alejarse.
- Instruya a los niños sobre las prácticas de seguridad antes de comenzar (por ejemplo, modelar cómo cortar de manera segura con tijeras).
- Realizar actividades en áreas bien ventiladas.
- Use equipo de protección (como ropa de cama).
- Supongamos que cualquier cosa que uses debe ser lo suficientemente segura como para que no dañe a los niños si se pone en contacto con la piel o en la boca y/o los ojos. [119]

Uso seguro de la tecnología y los medios

El uso apropiado de la tecnología para el desarrollo puede ayudar a los niños pequeños a crecer y aprender, especialmente cuando las familias y los educadores tempranos juegan un papel activo. Los alumnos tempranos pueden usar la tecnología para explorar nuevos mundos, hacer creer y participar activamente en actividades divertidas y desafiantes. Pueden aprender sobre tecnología y herramientas tecnológicas y utilizarlas para jugar, resolver problemas y juegos de roles. Pero la forma en que se

utiliza la tecnología es importante para proteger la salud y la seguridad de los niños.

La tecnología puede ser una herramienta de aprendizaje

¿Qué es exactamente lo apropiado para el desarrollo cuando se trata de tecnología para niños? En *Tecnología y Medios Interactivos como Herramientas en Programas de Primera Infancia que atienden a niños desde el nacimiento hasta los 8 años*, la Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC) y el Centro Fred Rogers afirman que "las experiencias apropiadas con la tecnología y los medios permiten a los niños controlar el medio y el resultado de la experiencia, para explorar la funcionalidad de estas herramientas, y pretender cómo podrían ser utilizadas en la vida real [120]".

Lisa Guernsey, autora de *Screen Time: How Electronic Media —From Baby Videos to Educational Software—Afecta a tu hijo pequeño*, también brinda orientación para familias y educadores tempranos. Por ejemplo, en lugar de aplicar límites de tiempo arbitrarios "de talla única", las familias y los educadores tempranos deben determinar cuándo y cómo usar diversas tecnologías basadas en las Tres C: el contenido, el contexto y las necesidades del niño individual. Deberían hacerse las siguientes preguntas:

- Contenido: ¿Cómo ayuda esto a los niños a aprender, participar, expresar, imaginar o explorar?
- Contexto: ¿qué tipo de interacciones sociales (como conversaciones con familias o compañeros) ocurren antes, durante y después del uso de la tecnología? ¿Complementa, y no interrumpe, las experiencias de aprendizaje de los niños y los patrones de juego naturales?
- El niño individual: ¿qué necesita este niño en este momento para mejorar su crecimiento y desarrollo? ¿Es esta tecnología una coincidencia apropiada con las necesidades, habilidades, intereses y etapa de desarrollo de este niño? [121]

Los educadores de la primera infancia deben tener en cuenta los niveles de desarrollo de los niños al usar la tecnología para el aprendizaje temprano. Es decir, primero deben considerar qué es lo mejor para el desarrollo saludable del niño y luego considerar cómo la tecnología puede ayudar a los alumnos tempranos a lograr resultados de aprendizaje. La tecnología nunca debe usarse por el bien de la tecnología. En cambio, solo debe usarse para aprender y cumplir con los objetivos de desarrollo, lo que puede incluir ser utilizado como una herramienta durante el juego.

Cuando la tecnología se usa en entornos de aprendizaje temprano, debe integrarse en el programa de aprendizaje y usarse en rotación con otras herramientas de aprendizaje como materiales de arte, materiales de escritura, materiales de juego y libros, y debe brindar a los alumnos tempranos una oportunidad de autoexpresión sin reemplazar otros materiales de aprendizaje en el aula. Hay consideraciones adicionales para los educadores cuando se usa la tecnología, como si un dispositivo en particular desplazará las interacciones con maestros o compañeros o si un dispositivo tiene características que distraerían del aprendizaje. Además, los educadores tempranos deben considerar el uso general de la tecnología a lo largo del día y la semana de un niño, y adherirse a las pautas recomendadas de la iniciativa Let's Move, en asociación con las familias. Además, si un niño tiene necesidades especiales, es posible que se requiera tecnología específica para satisfacer las necesidades educativas y de cuidado de ese niño. Y los estudiantes de dos idiomas pueden usar recursos digitales en varios idiomas o traducciones para apoyar tanto su idioma materno como el desarrollo del inglés.

Figura 3.14 — Estos niños y su maestro en un preescolar bilingüe

aula están usando una aplicación para crear una "historia" con fotos de su reciente viaje de campo. [122]

Para bebés y niños pequeños

Las investigaciones muestran que el tiempo de juego no estructurado es particularmente importante para los bebés y niños pequeños porque aprenden más rápidamente a través de las interacciones con el mundo real que a través del uso de los medios de comunicación y, a una edad tan temprana, tienen períodos limitados de tiempo despierto. A esta edad, los niños requieren "exploración práctica e interacción social con cuidadores confiables para desarrollar sus habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y socioemocionales".

Para los niños menores de 2 años, generalmente se desaconseja el uso de la tecnología en entornos de aprendizaje temprano. Pero si el equipo del IFSP determina apropiado bajo la Parte C de la IDEA, los niños con discapacidades en este rango de edad también pueden usar tecnología, por ejemplo, un dispositivo de tecnología de asistencia para ayudarlos a comunicarse con otros, acceder y participar en diferentes oportunidades de aprendizaje, o ayudarlos a obtener sus necesidades. se reunió.

Para niños en edad preescolar

Para niños de 2 a 5 años, las familias y los educadores tempranos deben tener en cuenta que la tecnología puede usarse en el hogar y en entornos de aprendizaje temprano. Las nuevas recomendaciones de la AAP 2016 Media and Young Minds Brief sugieren que una hora de uso de la tecnología es apropiada por día, incluido el tiempo que se pasa en casa y en entornos de aprendizaje temprano y en todos los dispositivos. [123] El Departamento de Salud y Servicios Humanos apoya un uso más limitado de la tecnología en entornos de atención temprana, y se puede encontrar más información sobre sus recomendaciones en *Cuidando a Nuestros Niños: Normas Nacionales de Desempeño en Salud y Seguridad*. [124] Sin embargo, el tiempo es solo una métrica que debe considerarse con el uso de tecnología para niños en este rango de edad. Los educadores tempranos también deben considerar la calidad del contenido, el contexto de uso y las oportunidades que brinda la tecnología para fortalecer o desarrollar relaciones.

Para niños en edad escolar

Para niños de 6 a 8 años en entornos escolares, la tecnología debe ser utilizada como una herramienta para que los niños exploren y se conviertan en creadores activos de contenido. Si los niños tienen más de un maestro, esos maestros deben ser conscientes de cuánto tiempo de pantalla se está utilizando en todas las áreas temáticas y en el hogar. Los estudiantes deben aprender a usar la tecnología como parte integrada de un plan de estudios diverso.

Compromiso activo versus pasivo

Los educadores de la primera infancia deben comprender las diferencias entre el uso pasivo y el uso activo de la tecnología. El uso pasivo de la tecnología generalmente ocurre cuando los niños consumen contenido, como ver un programa en televisión, una computadora o un dispositivo portátil sin acompañar la reflexión, la imaginación o la participación.

El uso activo ocurre cuando los niños usan tecnologías como computadoras, dispositivos y aplicaciones para participar en experiencias significativas de aprendizaje o narración de historias. Los ejemplos incluyen compartir sus experiencias documentándolas con fotos e historias, grabando su propia música, usando software de video chatear para comunicarse con sus seres queridos o usar una aplicación para guiar el juego físico. Este tipo de usos son capaces de involucrar profundamente al niño, especialmente cuando un adulto lo apoya. Si bien acciones como deslizar o presionar dispositivos pueden parecer interactivas, si el niño no aprende intencionalmente de la experiencia, no se considera que sea un uso activo. Para ser considerado uso activo, el contenido debe permitir un procesamiento cognitivo profundo y permitir el aprendizaje intencional y intencional a nivel de desarrollo del niño.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Estos niños parecen estar usando la tecnología activa o pasivamente? ¿Qué necesitas ver o saber para tomar con precisión esta determinación? C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ niños en la computadora desde ppg.JPG Figura 3.15 — Dos niños en una computadora [125]

Los educadores de la primera infancia también necesitan pensar en formas en que pueden reducir la naturaleza sedentaria de la mayoría del uso de la tecnología. La tecnología puede fomentar y complementar la actividad física, como hacer yoga con un video o aprender sobre las plantas al aire libre con una app de naturaleza.

La brecha digital

La investigación apunta a una creciente brecha de uso digital, que ocurre cuando algunos niños tienen la oportunidad de usar la tecnología activamente mientras que a otros se les pide principalmente que la usen pasivamente. La investigación mostró que los niños de familias con ingresos más bajos tienen más probabilidades de completar tareas pasivas en entornos de aprendizaje, mientras que sus compañeros más ricos tienen más probabilidades de usar la tecnología para completar tareas activas.

Para los niños de bajos ingresos que pueden no tener acceso a dispositivos o internet en casa, los entornos de la primera infancia brindan oportunidades para aprender a usar estas herramientas de manera más activa. Por ejemplo, la investigación muestra que los niños en edad preescolar de familias de bajos ingresos en un centro urbano de Head Start que recibieron acceso diario a computadoras y fueron apoyados por un mentor adulto mostraron actitudes más positivas hacia el aprendizaje, mejoraron la autoestima y la confianza en sí mismos, y aumentaron el kindergarten. habilidades de preparación que los niños que tenían acceso a la computadora pero que no contaban con el apoyo de un mentor.

Co-Visualización de Tecnología

La mayoría de las investigaciones sobre el uso de los medios de comunicación de los niños muestran que los niños aprenden más del contenido cuando los padres/cuidadores o los educadores tempranos ven e interactúan con los niños, alentándolos a hacer conexiones del mundo real con lo que están viendo tanto mientras están viendo como después.

maestro y dos niños trabajando en computadora

Figura 3.16 — Interactuar con niños y tecnología

es la mejor manera de hacer que el uso de la tecnología sea efectivo. [126]

Hay muchas maneras en que la participación de adultos puede hacer que el aprendizaje sea más efectivo para los niños pequeños que usan la tecnología. La orientación de adultos que puede aumentar el uso activo de tecnología más pasiva incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

- Antes de que el niño vea el contenido, un adulto puede hablar con el niño sobre el contenido y sugerir ciertos elementos a los que debe vigilar o prestar especial atención;
- Un adulto puede ver el contenido con el niño e interactuar con el niño en el momento;
- Después de que un niño vea el contenido, un adulto puede involucrar al niño en una actividad que amplíe el aprendizaje como cantar una canción que aprendió mientras ve el contenido o conecta el contenido con el mundo.

Involucrar: un adulto y un niño haciendo yoga a partir de un video; Comunicar: un adulto y un niño videollamadas a miembros de la familia; Aprende: un adulto y un niño usando una tableta; Crear: un adulto y un niño grabando su canto en una computadora

Figura 3.17 — Aquí hay algunas formas en que los adultos pueden usar la tecnología de manera efectiva con los niños. [127]

Riesgos de seguridad de la tecnología

Además de los riesgos para la salud de la actividad sedentaria (en lugar del juego activo), existen preocupaciones sobre la privacidad y la seguridad con cualquier tecnología. Los derechos de los niños menores de 13 años y la tecnología en la escuela se rigen por las leyes federales, pero mirar las políticas de privacidad es importante.

El software y las aplicaciones también pueden incluir publicidad y compras dentro de la aplicación (generalmente inapropiadas para niños pequeños). Entonces, los educadores de la primera infancia deben elegir software y aplicaciones que eviten la publicidad y las compras in-app.

G:\OER\ ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	¿Qué es la Ciudadanía Digital? En la Guía del Desarrollador Ed Tech, publicada por la Oficina de Tecnología Educativa en abril de 2015, la ciudadanía digital se define como “un conjunto de normas y prácticas con respecto al uso apropiado y responsable de la tecnología... y requiere un enfoque de toda la comunidad para pensar críticamente, comportarse con seguridad y participar responsablemente en línea”. [128] A medida que los alumnos tempranos alcanzan una edad apropiada para usar la tecnología de manera más independiente, se les debe enseñar sobre la seguridad cibernética, incluida la necesidad de proteger y no compartir información personal en Internet, los objetivos y la influencia de los anuncios, y la necesidad de precaución al hacer clic en los enlaces. Estas habilidades son particularmente importantes para los niños mayores que pueden estar usando el dispositivo de sus padres sin supervisión. Los educadores y administradores de la primera infancia deben asegurarse de que existan los filtros y cortafuegos adecuados para que los niños no puedan acceder a materiales que no estén aprobados para un entorno escolar. [129]

No toda la tecnología es apropiada para niños pequeños y no todas las experiencias basadas en la tecnología son buenas para el desarrollo de los niños pequeños. Para garantizar que la tecnología tenga un impacto positivo, los adultos que usan la tecnología con niños deben actualizar continuamente sus conocimientos y equiparse para tomar decisiones sofisticadas sobre cómo aprovechar mejor estas herramientas tecnológicas para mejorar el aprendizaje y las relaciones interpersonales de los niños pequeños.

El acceso a la tecnología para los niños es necesario en el siglo XXI pero no suficiente. Para tener efectos benéficos, debe ir acompañada de un fuerte apoyo adulto. [130]

Prevención de lesiones en interiores

Algunas lesiones que los educadores de la primera infancia deben conocer y actuar intencionalmente para prevenir en el último capítulo fueron presentadas en el capítulo anterior y anteriormente en este capítulo durante la discusión sobre juguetes seguros y materiales artísticos. Aquí hay más información sobre las lesiones que tienen más probabilidades de ocurrir en interiores.

Asfixia

La asfixia ocurre cuando un objeto bloquea las vías respiratorias, impidiendo la respiración. [131] Los infantes tienen las tasas más altas de asfixia (140 por 100,000). Ese riesgo disminuye a medida que envejecen y su vía aérea aumenta de tamaño, con 90% de asfixia fatal ocurriendo en niños menores de 4 años de edad. [132]

Reducir los riesgos de asfixia

La principal manera de prevenir la asfixia es reconocer que los objetos de 1½ pulgadas o menos de diámetro tienen mayor riesgo. [133] Los alimentos son la causa más común de asfixia. Hacer que los niños se sienten durante los refrigerios y las comidas a un ritmo sin prisas, dar tiempo a los niños para masticar adecuadamente sus alimentos ayuda a evitar que se ahoguen con los alimentos. La comida es más segura cuando se corta en trozos pequeños o se sirve en pequeñas cantidades. Consulte el Cuadro 3.7 para los alimentos que comúnmente causan asfixia.

Cuadro 3.7 — Riesgos comunes de asfixia [134]

Alimentos	Otros artículos

• Queso en cubos • Frutas (especialmente cuando se deja la piel puesta) • Manteca de maní • Palomitas • Pretzels • Pasas • Verduras (especialmente cuando están crudas) • Cubitos de hielo • Caramelo	• Globos • Baterías • Monedas • Tapones para botellas • Bolas pequeñas • Suministros de oficina

Los juguetes y otros artículos con los que los niños pueden jugar son otra fuente común de riesgos de asfixia. Asegurar que los niños solo tengan acceso a juguetes apropiados para su edad es un paso importante. Consulte el Cuadro 3.7 para los artículos que deben mantenerse fuera del alcance de los niños pequeños.

Los maestros pueden usar un probador de piezas pequeñas, un producto comercial comúnmente conocido como tubo de estrangulación, para probar si un objeto es o no un peligro de asfixia. Reconocer y responder a la asfixia se abordará en el Capítulo 5. [135]

probador de piezas pequeñas

Figura 3.18 — Este es un probador de piezas pequeñas (o tubo estrangulador). Si un artículo/juguete cabe dentro, es un peligro de asfixia. [136]

Envenenamiento

Hay muchos peligros que ponen a los niños en riesgo de intoxicación accidental, tanto en interiores como en exteriores. El envenenamiento puede ocurrir en cualquier momento una sustancia nociva es ingerida intencional o involuntariamente. Los venenos vienen en muchas formas, incluyendo plantas, suministros de limpieza, alimentos estropeados y medicamentos. Los niños, que son naturalmente curiosos y les gusta explorar, están en particular en riesgo de intoxicarse.

Resultado de imagen para gabinete cerrado

Figura 3.19 —Encierra sustancias nocivas en los gabinetes que están fuera del alcance de los niños para prevenir intoxicaciones. [137]

Pautas para prevenir el envenenamiento

- Mantenga todos los suministros de limpieza y productos químicos bloqueados.
- Todos los medicamentos deben mantenerse en un área de almacenamiento cerrada, fuera de su alcance.
- Revise los medicamentos periódicamente para conocer las fechas de vencimiento y deseche adecuadamente los medicamentos vencidos. Algunos medicamentos se vuelven tóxicos cuando pasan su fecha de vencimiento.
- No les digas a los niños que la medicación es “dulce” ya que esto hace que se vea más atractiva para ellos.
- Asegúrese de que todos los medicamentos y productos químicos estén debidamente etiquetados. Las tapas a prueba de niños deben estar en los frascos de medicamentos.
- Utilizar prácticas alimentarias seguras. (ver Capítulo 15)
- Nunca use latas que tengan bultos o abolladuras profundas en ellas.
- Mantenga las plantas venenosas fuera del alcance de niños y mascotas. (ver Tabla 3.8)
- Conserve el número de Control de Envenenamientos cerca de un teléfono. [138]

Signo de exclamación, Advertencia, Peligro, Atención, Negro	Control de Envenenos 1-800-222-1222

Cuadro 3.8 Plantas Venenosas [139]

Nombre común	Nombre botánico
Azalea, rododendro	Rododendro
Caladium	Caladium
Castor	Ricinis communis
Narciso	Narciso
Solanáceas mortal	Atropa belladona
Dumbcane	Dieffenbachia
Oreja de elefante	Colocasia esculenta
Dedalera	Digitalis purpurea
Frutales y semillas	contienen glucósidos cianogénicos
Holly	Ilex
Iris	Iris
Cereza de Jerusalén	Solanum pseudocapsicum
Malezas Jimson	Estramonio Datura
Lantana	Lantana camara
Lirio de los valles	Convalleria majalis

Mayapple	Podophyllum peltatum
Muérdago	Álbum Viscum
Gloria de la mañana	Ipomoea
Laurel de montaña	Kalmia iatifolia
Nightshade	Salanum spp.
Oleander	Nerium adelfa
Lirio de la paz	Spathiphyllum
Filodendro	Filodendro
Pokeweed	Phytolacca americana
Pothos	Epipremnum aureum
Tejo	Taxus

Quemaduras

Todos los días, más de 300 niños de 0 a 19 años son atendidos en salas de emergencia por lesiones relacionadas con quemaduras y dos niños mueren a consecuencia de ser quemados.

Los niños más pequeños tienen más probabilidades de sufrir lesiones por quemaduras por quemaduras causadas por líquidos calientes o vapor, mientras que los niños mayores tienen más probabilidades de sufrir lesiones por quemaduras por llamas causadas por el contacto directo con el fuego. [140]

Causas de las quemaduras

Las quemaduras pueden ser causadas por calor seco o húmedo, productos químicos o electricidad (tanto en interiores como en exteriores).

- Las quemaduras por calor seco pueden ocurrir por fuego, planchas, secadores de pelo, rizadores y estufas (Instituto Americano de Medicina Preventiva, 2012; Leahy, Fuzy & Grafe, 2013).
- Las quemaduras por calor húmedo o húmedo ocurren a partir de líquidos calientes, como agua caliente o vapor (Instituto Americano de Medicina Preventiva; Leahy, Fuzy & Grafe). Este tipo de quemaduras se llaman escaldaduras. Los escaldaduras pueden ocurrir en segundos y causar lesiones graves.
- Las quemaduras químicas ocurren de fuentes químicas y también pueden causar quemaduras graves cuando se exponen a

la piel, o si se ingieren, ya sea intencional o involuntariamente.
- Las quemaduras eléctricas pueden causar lesiones muy graves ya que pueden quemar tanto el exterior como el interior del cuerpo de la persona, provocando lesiones que no se pueden ver, y que pueden poner en peligro la vida.
- Las quemaduras por radiación también pueden ocurrir a partir de fuentes de radiación como la luz solar (Instituto Americano de Medicina Preventiva). [141]

Tipos de Quemaduras

Las quemaduras se dividen en quemaduras de primer, segundo y tercer grado.

Las quemaduras de primer grado afectan solo a la capa externa de la piel (epidermis). Este tipo de quemaduras son las menos graves ya que solo se encuentran en la superficie de la piel. Las quemaduras de primer grado suelen aparecer rojas, secas y ligeramente inflamadas (MedlinePlus, 2014). Las ampollas no ocurren con este tipo de quemadura. Deben curarse dentro de un par de días (Instituto Americano de Medicina Preventiva, 2012). Una quemadura de primer grado se representa en la parte inferior izquierda de la Figura 3.20.

Las quemaduras de segundo grado afectan la capa superior de la piel y la segunda capa de piel debajo (dermis). Estas son más graves que las quemaduras de primer grado. La piel puede aparecer muy hinchada, roja, húmeda (MedlinePlus, 2014) y puede tener ampollas o parecer acuosa y llorosa (Instituto Americano de Medicina Preventiva, 2012). Una quemadura de segundo grado se representa en la parte inferior media de la Figura 3.20.

Las quemaduras de tercer grado son las quemaduras más graves. Una quemadura de tercer grado afecta todas las capas de la piel y puede afectar a los órganos debajo de la superficie de la piel. La piel puede aparecer blanca o negra y carbonizada (MedlinePlus, 2014). La persona puede negar el dolor porque las terminaciones nerviosas en su piel se han quemado (Instituto Americano de Medicina Preventiva, 2012). Las quemaduras de tercer grado requieren tratamiento médico inmediato. Si los maestros sospechan que un niño tiene una quemadura de tercer grado, deben llamar inmediatamente al 911. Una quemadura de tercer grado se representa en la parte inferior derecha de la Figura 3.20. [142]

Figura 3.20 — Esta imagen muestra quemaduras de primer, segundo y tercer grado. [143]

Las quemaduras químicas pueden ocurrir cada vez que un químico líquido o en polvo entra en contacto con la piel o las membranas mucosas que recubren los ojos, la nariz o la garganta. También pueden ocurrir quemaduras químicas si se ingiere un químico. Estas quemaduras pueden ocasionar lesiones graves y se debe contactar a los servicios de emergencia. Si una persona recibe una quemadura química, el químico debe eliminarse de la piel usando una mano enguantada para cepillarlo y luego lavar el área con abundante agua fría. Las quemaduras eléctricas pueden ocurrir si una persona ha estado usando un aparato eléctrico y está expuesta al agua o si ocurre un cortocircuito eléctrico mientras usa el aparato eléctrico. El uso de cables defectuosos o deshilachados en los aparatos eléctricos puede provocar quemaduras eléctricas. Las quemaduras eléctricas son una lesión grave. Los servicios médicos de emergencia (EMS) deben activarse de inmediato.

Nunca use aceites como mantequilla o aceite vegetal en ningún tipo de quemadura ya que esto puede causar más lesiones. Para quemaduras de primer o segundo grado, enjuague la zona con abundante agua fría (no helada) durante aproximadamente 15 minutos o hasta que el dolor disminuya y cubra con una venda limpia y seca. El uso de agua helada o helada puede causar congelación (Instituto Americano de Medicina Preventiva, 2012). Para quemaduras mayores, quítese cualquier ropa que no esté pegada a la piel, cubra el área quemada con un paño seco y limpio y busque asistencia de emergencia. [144]

Pautas para Prevenir Quemaduras

- Instale y pruebe regularmente alarmas de humo.
- Practica simulacros contra incendios. [145]
- Capacitar al personal para el uso de extintores.
- Enseñe a los niños a detenerse, caer y rodar. [146]
- Nunca permita que los niños usen aparatos eléctricos sin supervisión.
- Nunca use electrodomésticos cerca de fuentes de agua.
- Nunca use aparatos eléctricos en los que el cable parezca estar dañado o deshilachado.
- Nunca tire de un enchufe del cable. Siempre retire un cable de una toma de corriente sujetando la base del enchufe.
- Cubra enchufes eléctricos con enchufes a prueba de niños. Nunca permita que los niños pongan nada dentro de una toma de corriente eléctrica.
- Asegúrese de que las estufas y otros electrodomésticos estén apagados cuando terminen con ellos.

- Gire las asas de la olla hacia adentro para que una persona no pueda chocar accidentalmente un mango y derramar líquidos calientes.
- No utilice calentadores de espacio y otros calentadores personales.
- Verifique para asegurarse de que el calentador de agua caliente no esté demasiado alto. Para evitar escaldaduras del agua caliente del grifo, los calentadores de agua caliente deben ajustarse a 120 grados o menos (MedlinePlus, 2014).
- Mantenga los productos químicos, las soluciones de limpieza y los fósforos y encendedores asegurados y fuera del alcance de los niños. [147]

Dormir seguro

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) se identifica cuando la muerte de un lactante sano ocurre repentina e inesperadamente, y los hallazgos de investigaciones médicas y forenses (incluida una autopsia) no son concluyentes. El SIDS es la principal causa de muerte en infantes de 1 a 12 meses de edad, y aproximadamente 1,500 infantes murieron de SIDS en 2013 (CDC, 2015). Debido a que el SIDS se diagnostica cuando no se puede determinar otra causa de muerte, se investigan regularmente las posibles causas del SMIS. Una hipótesis principal sugiere que los bebés que mueren por SMSL tienen anomalías en el área del tronco encefálico responsables de regular la respiración (Weekes-Shackelford y Shackelford, 2005). [148]

Este es un tema muy importante para los educadores de la primera infancia ya que un estudio encontró que si bien los datos sugieren que solo 7% de los incidentes de SIDS deben ocurrir mientras los niños están en el cuidado infantil, 20.4% realmente lo hizo. [149]

Bebé durmiendo

Figura 3.21— Un bebé durmiendo seguro. [150]

Factores de riesgo para el SIDS

Los bebés tienen un mayor riesgo de SMSL si:

- Dormir sobre sus estómagos
- Dormir en superficies blandas, como un colchón, sofá o silla para adultos o bajo cubiertas blandas
- Duerme sobre o debajo de ropa de cama suave o suelta
- Ponerse demasiado caliente durante el sueño
- Están expuestos al humo del cigarrillo en el útero o en su entorno, como en el hogar, en el automóvil, en el dormitorio u otras áreas
- Dormir en una cama de adulto con padres/cuidadores, otros niños o mascotas; esta situación es especialmente peligrosa si:

- El adulto fuma, recientemente ha consumido alcohol, o está cansado.
- El bebé está cubierto por una manta o colcha.
- El bebé duerme con más de un repartidor de cama.
- El bebé es menor de 11 a 14 semanas de edad.

Datos importantes sobre los SIDS

- El SIDS ocurre en familias de todos los grupos sociales, económicos y étnicos.
- La mayoría de las muertes por SIDS ocurren entre uno y cuatro meses de edad.
- El SMSL ocurre en niños más que en niñas.
- La muerte es repentina e inesperada, a menudo ocurre durante el sueño. En la mayoría de los casos, el bebé parece sano.
- Si bien no se sabe exactamente qué causa el SMSL, los investigadores saben que no es causado por asfixia, asfixia, escupir, vómitos o inmunizaciones.
- El SIDS no es contagioso. [151]

Reducción de los riesgos

Aunque no se puede predecir ni prevenir la muerte súbita e inesperada de un lactante, las investigaciones muestran que ciertas prácticas de cuidado infantil pueden ayudar a reducir el riesgo de que un bebé muera repentina e inesperadamente. Los educadores de la primera infancia pueden ayudar a reducir el riesgo de SUID para bebés menores de un año de edad siguiendo estas pautas de reducción de riesgos.

Posición para dormir

La probabilidad de que un bebé muera repentina e inesperadamente en el cuidado de niños es mayor cuando un bebé inicia por primera vez la transición del hogar al cuidado. La investigación muestra que si un bebé ha sido colocado boca arriba por las familias, y el proveedor de cuidado infantil coloca al bebé para dormir boca abajo, existe un mayor riesgo de muerte en las primeras semanas de cuidado infantil. Una de las cosas más importantes que puedes hacer para reducir el riesgo de muerte súbita inesperada es colocar a los bebés a dormir boca arriba.

Los bebés sanos no se ahogan cuando se les pone a dormir boca arriba. Por reflejo, los bebés tragan o tosen líquidos para mantener despejadas las vías respiratorias. Dado que la tráquea se coloca en la parte superior del esófago, no es probable que los fluidos ingresen a la vía aérea. (Ver Figura 3.21)

comparación de tráquea y esófogo de bebés que duermen boca arriba y boca abajo mostrando constricción de la traquea (vía aérea) cuando están boca abajo

Figura 3.22 — Posicionamiento de la vía aérea cuando los bebés duermen boca arriba (izquierda) y sobre el estómago (derecha) [152]

Los bebés que puedan rodar de un lado a otro entre la espalda y la barriga deben colocarse boca arriba para dormir y se les debe permitir que asuman su posición de sueño de elección. Cuando los bebés se duerman mientras juegan boca abajo, mueva al bebé a una cuna sobre su espalda para continuar durmiendo.

Cunas, superficie para dormir y ropa de cama

Los bebés deben dormir en una cuna, moisés, cuna portátil o patio de juegos que cumpla con los estándares de seguridad de la Comisión de Seguridad de Productos de Consumo (CPSC). El colchón debe ser firme, ajustarse firmemente y cubrirse con una sábana ajustada. Los bebés no deben dormir en camas de adultos, camas de agua, sofás, sillas puf u otras superficies blandas. No use mantas o edredones esponjosos debajo del bebé, ni ponga al bebé a dormir sobre una piel de oveja, almohada u otros materiales blandos. Mantenga fuera de la cuna los peluches, las almohadillas para el parachoques, la ropa de cama suelta y otros juguetes y objetos blandos.

Temperatura

Los bebés deben mantenerse calientes, no calientes. Los bebés deben estar vestidos con una sola capa adicional de la que llevas para abrigarte. En las zonas donde duermen los bebés, mantén la temperatura para que te sienta cómoda. Si es necesario, los bebés pueden ser vestidos con cobijas durmientes para mayor calidez. Esto asegura que la cabeza del bebé se destapará durante el sueño.

Libre de Humo

Nadie debe fumar alrededor de los niños. El Reglamento de Licencias de Cuidado Infantil de California prohíbe fumar en las guarderías. El humo en el ambiente de los bebés es un factor de riesgo importante para el SIDS.

Chupetes

Si la familia proporciona un chupete, se lo debe ofrecer al lactante. Si se usa un chupete, nunca debe sujetarse a una cuerda. Los bebés no deben ser obligados a tomar un chupete y si se cae durante el sueño no es necesario que se lo devuelva al lactante.

Lactancia

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el bebé, incluido un riesgo reducido de SMSL. Los programas de guardería deben ser amigables con la lactancia [153]

G:\OER\ ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Otras cosas que los cuidadores y los maestros pueden hacer para reducir los riesgos • Se debe preguntar a las familias sobre la posición habitual de sueño de su bebé. Los maestros deben discutir la posición recomendada para dormir en la espalda con las familias y compartir la política del programa es colocar a los bebés boca arriba para dormir. • Se deben desarrollar políticas para abordar la posición del sueño. Si una familia insiste en que su bebé duerma de costado o estómago, debe ser referido a su proveedor de atención médica para mayor información. Los programas deben solicitar que un profesional de atención médica proporcione una declaración firmada para los bebés que tienen una razón médica para no ser colocados a dormir boca arriba. • Los maestros pueden asistir a programas educativos para conocer más sobre las muertes súbitas inesperadas de infantes. La capacitación y educación para los proveedores de cuidado infantil puede estar disponible a través de la agencia local de recursos y derivación de salud pública o el Departamento de Salud Pública sin costo alguno • Los programas deben estar al tanto de los recursos para apoyo adicional y ponerlos a disposición de las familias según corresponda. Es vital mantenerse al día con las últimas recomendaciones para un sueño infantil seguro. • Para materiales educativos e informativos, comuníquese con el Programa SIDS de California: 800-369-SIDS (7437). [154]

Cataratas Indoor

Si bien la mayoría de las caídas ocurren al aire libre, y este tema se aborda en el Capítulo 4, también pueden ocurrir en interiores. Los maestros (y los adultos en el hogar) pueden prevenir caídas en interiores al

- Instalar topes en las ventanas que impidan que se abran más de cuatro pulgadas o instalar protectores de ventana en las partes inferiores de las ventanas. Quitar muebles de ventanas cercanas. No se debe confiar en las pantallas para evitar una caída.
- Instalación de puertas de seguridad en la parte superior e inferior de las escaleras. Instalar rieles inferiores en escaleras que los niños puedan alcanzar y usar. Asegurándose de que la superficie de las escaleras se mantenga clara.
- Uso de correas y arneses de seguridad en equipos y muebles para bebés. No se debe dejar a los niños desatendidos en tronas o en cambiadores.
- No se deben usar andadores para bebés (la licencia los prohíbe).
- Enseñar a los niños a caminar donde las superficies pueden ser resbaladizas. Prevenir estas superficies tanto como sea posible, como limpiar derrames. [155]

Seguridad en el agua en interiores

Los niños pequeños son pesados en la parte superior; tienden a caer hacia adelante y de cabeza cuando pierden el equilibrio. No tienen suficiente desarrollo muscular en la parte superior de su cuerpo para sacarse de una cubeta, inodoro o bañera, o para el caso, de cualquier cuerpo de agua. Incluso un cubo que contenga solo unas pocas pulgadas de agua puede ser peligroso para un niño pequeño.

Es importante que los educadores de la primera infancia sigan las prácticas de seguridad descritas en el Capítulo 4 para la seguridad del agua tanto en interiores como en exteriores, mantengan a los niños bajo supervisión activa y estén muy al tanto de los recipientes de agua. [156]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Cuáles son sus cinco consejos principales para proteger a los niños de los peligros de seguridad en interiores? Estos pueden relacionarse con la seguridad de los juguetes, materiales de arte seguros, prevenir intoxicaciones, prevenir asfixia, prevenir quemaduras, dormir seguro, proteger contra caídas en interiores, seguridad en el agua o cualquier otro peligro/área de seguridad.

Resumen

Los maestros necesitan crear entornos interiores seguros en los que los niños participen, exploren e interactúen. Al reconocer que el comportamiento es comunicación, pueden ayudar a los niños a usar comportamientos seguros para satisfacer sus necesidades. Los maestros deben elegir juguetes y materiales apropiados para su edad que estén bien construidos, libres de peligros y no tóxicos. Con apoyo de adultos, los niños pueden navegar por los medios y la tecnología de manera segura Los maestros deben trabajar para prevenir lesiones que puedan ocurrir en interiores, como asfixia, envenenamiento, quemaduras, ahogamiento y caídas. Y los maestros que atienden a infantes deben seguir prácticas para reducir el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita Infantil.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Comisión de Seguridad de Productos de Consumo de Estados Unidos: https://www.cpsc.gov/ • Centro de Fundamentos Sociales y Emocionales para el Aprendizaje Temprano: http://csefel.vanderbilt.edu/ • Centro de Asistencia Técnica en Intervención Social Emocional para Niños Pequeños: http://www.challengingbehavior.org/ • Principios Rectores para el Uso de la Tecnología con Aprendices Tempranos: https://tech.ed.gov/earlylearning/principles/ • Medios de sentido común: https://www.commonsensemedia.org/ • Prevención de lesiones infantiles: https://www.cdc.gov/safechild/index.html • Qué proveedores de cuidado infantil y otros cuidadores deben saber: Muertes súbitas inesperadas del lactante: https://cchealth.org/sids/pdf/Child-...DS-Booklet.pdf • Programa del síndrome de muerte súbita infantil (SMSL): https://www.cdph.ca.gov/Programs/CFH...s/default.aspx

This page titled 2: Creación de ambientes interiores seguros is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 3: Creating Safe Indoor Environments by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

3: Creación de ambientes seguros al aire libre

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Ilustra por qué el juego al aire libre es esencial para la salud y el bienestar
- Describir elementos de un espacio de juego seguro al aire libre.
- Reconocer la importancia de absorber impactos en la superficie debajo del equipo.
- Explica qué son las zonas de uso.
- Enumere el equipo de juego al aire libre apropiado para cada grupo de edad.
- Identificar peligros en equipos de juego al aire libre
- Desarrollar una lista de verificación de seguridad para monitorear la seguridad del espacio exterior.
- Describa formas de proteger a los niños del clima, el sol, los insectos, el ahogamiento y el envenenamiento.
- Discuta cómo mantener a los niños seguros como peatones, en vehículos motorizados y mientras realizan excursiones.

martillo, icono	**Reglamento de Licencias** Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: 101238 EDIFICIOS Y TERRENOS • Los licenciatarios garantizarán la inaccesibilidad de las albercas y de todos los cuerpos de agua. **101238.2 ESPACIO EXTERIOR ACT IVITY** • Habrá al menos 75 pies cuadrados por niño de espacio para actividades al aire libre. El espacio al aire libre proporcionará un área de descanso sombreada y permitirá que los niños lleguen al espacio de actividades de manera segura. • La superficie del espacio de actividades deberá estar en condiciones de seguridad y libre de peligros. • Las áreas alrededor y debajo del equipo de escalada, columpios, toboganes y equipo similar deberán estar acolchadas con material que absorba las caídas. • Las cajas de arena se inspeccionarán diariamente y se mantendrán libres de materiales extraños. • El patio de recreo estará encerrado por una barda de al menos cuatro pies de altura. • El equipo peligroso, como una caja de fusibles, será inaccesible. • (de 101538.2 y 101438.2) Los espacios para infantes y los espacios para niños en edad escolar deben estar físicamente separados del espacio provisto para otros niños 101239 ACCESORIO, MUEBLES, EQUIPOS Y SUMINISTROS • Todo el equipo de juego y los materiales utilizados por los niños deben ser apropiados para su edad. • Los muebles y equipos deben mantenerse en buenas condiciones. • El equipo permanente del patio de recreo debe estar firmemente anclado al suelo 101239.2 AGUA POTABLE • El agua potable debe estar fácilmente disponible tanto en interiores como en exteriores. • Los niños deben ser libres de beber como deseen. **101416.8 EQUIPAMIENTO PARA AGUA INFANTIL ACTIVIT IES** • Se requerirá una proporción de un adulto a dos infantes durante las actividades cerca de una piscina o cualquier cuerpo de agua. 101225 TRANSPORTE • Sólo se permitirá el transporte de niños a los conductores con licencia para el tipo de vehículo operado. • Los vehículos de motor utilizados para el transporte de niños se mantendrán en condiciones de funcionamiento seguro. • Todos los ocupantes del vehículo deberán estar asegurados en un sistema de retención apropiado. No se dejará a los niños en vehículos estacionados.

Introducción

Hay innumerables beneficios para jugar al aire libre para niños. Las investigaciones muestran que los niños que juegan al aire libre regularmente tienen un peso corporal más saludable, mejor visión y función inmune, reducción del estrés, mejor sueño, mejores habilidades motoras. Hay consecuencias sustanciales para la salud inmediatas y a largo plazo para los niños que no pueden jugar al aire libre o realizar suficiente actividad física como aumento de la obesidad y enfermedades crónicas. La investigación también nos muestra que los niños que juegan al aire libre han aumentado la preparación escolar porque el juego al aire libre contribuye a mejores habilidades sociales como la cooperación, mayor capacidad de atención, mejora la asistencia

escolar y mejora el desarrollo cerebral y la cognición. La actividad física juega un papel fundamental en el apoyo a la salud y el aprendizaje.

Ser conscientes de los beneficios del aprendizaje al aire libre ya que se relacionan con la salud general y la preparación escolar es importante para que los maestros recuerden que el ambiente al aire libre es una extensión esencial del ambiente interior. Todo el aprendizaje que se lleva a cabo en interiores también puede tener lugar al aire libre. Cualquier cosa que hagan los programas en interiores puede tener un componente exterior.

Considera por un momento cómo un programa puede aumentar los beneficios del juego al aire libre al tiempo que minimiza las lesiones. Reducir el riesgo no significa limitar el equipo de juego o hacer cumplir reglas que restrinjan la capacidad de los niños para moverse y explorar su entorno. Un patio de recreo ideal es aquel que anima a los niños a desafiarse a sí mismos al tiempo que previene poco riesgo de lesiones. De hecho, los estudios muestran que los parques infantiles que son de alto desafío pero de bajo riesgo son los mejores para promover los objetivos del aprendizaje al aire libre. Los niños realizan más actividad física, desarrollan mejores habilidades físicas, cognitivas y sociales y son más felices y resistentes cuando su entorno de juego al aire libre es desafiante *y* seguro. [157]

Figura 4.1 — El juego seguro al aire libre es muy beneficioso para los niños. [158]

Seguridad para juegos infantiles

Al diseñar un espacio al aire libre para niños, es fundamental reducir el riesgo de lesiones y aumentar el desafío. El primer paso es saber qué aspectos del entorno de aprendizaje real tienen más probabilidades de causar lesiones.

Las caídas desde, dentro o sobre el equipo son la causa más común de lesiones. Es más probable que se produzcan caídas en equipos que no sean apropiados para la edad y el desarrollo de los niños. Y es más probable que las lesiones ocurran cuando la superficie sobre la que cae un niño no es lo suficientemente amortiguadora. Las piezas de equipo que están asociadas con la mayor cantidad de lesiones incluyen escaladores, como barras de mono o escaleras superiores, columpios y toboganes. Alrededor del 85% de todas las lesiones en el patio de recreo ocurren en estos tres equipos. Y la causa más común de muerte en parques infantiles es el estrangulamiento, esa es una lesión que ahoga al niño.

Es importante entender que las lesiones no son accidentes. La mayoría de las lesiones son predecibles y prevenibles. Los programas pueden tomar medidas para prevenir lesiones graves al

- elegir equipos de juego apropiados para el desarrollo para garantizar que los niños no caigan de un nivel alto y que los desafíos en el patio de recreo coincidan con su capacidad.
- instalar una superficie adecuada para minimizar la gravedad de una lesión si un niño se cae.
- proporcionar supervisión intencional y activa al mantener una proximidad cercana a los niños, especialmente en lugares de alto riesgo de lesiones por una caída como el tobogán o barras de mono).
- fomentar conductas seguras mediante la introducción de hábitos de seguridad a los niños.

Reforzar estos comportamientos seguros en un programa de cuidado y educación temprana brinda lecciones de por vida sobre seguridad y prevención de lesiones. Como consultores, puedes trabajar con tu programa y maestros para predecir y prevenir muchas lesiones y permitir que los niños jueguen.

Diseñando para la Seguridad

El espacio de juego seguro al aire libre comienza con la selección e instalación correcta de estructuras seguras y de edad y apropiadas para el desarrollo. El diseño del espacio de juego no debe ser un peligro y debe separar las áreas de juego activas como columpios y toboganes de actividades más silenciosas como la caja de arena, el aprendizaje basado en la naturaleza y las áreas de juego dramático. Solo se debe usar el equipo que se fabrique para parques infantiles públicos o instalaciones de cuidado infantil. Entonces, los equipos de juegos para el hogar como la marca Little Tykes o los juegos de plástico que usan en las tiendas locales no son apropiados.

Para evaluar si el equipo es seguro, debe buscar estas etiquetas. Los equipos deben cumplir con las recomendaciones de la Comisión de Seguridad de Productos de Consumo o de la CPSC y las normas de la Sociedad Americana de Pruebas y Materiales, o ASTM Estas son dos organizaciones que establecen estándares para el diseño y la fabricación que aseguran que el equipo

sea seguro. Estos logotipos pueden darte cierta tranquilidad y saber que el equipo ha sido desarrollado con los más altos estándares de seguridad. Y por supuesto, también necesita instalarse de acuerdo a las instrucciones del fabricante y mantenerse adecuadamente.

Logotipos ASTM y CPSC

Figura 4.2 — Los logotipos que denotan equipos de juegos cumplen con las normas de seguridad.

Una vez instalados los parques infantiles, deben ser inspeccionados al menos una vez al año por un inspector o agencia reguladora local y siempre que se realicen cambios en el equipo o los usuarios previstos cambien. La inspección identificará los peligros, verificará el equipo, la instalación y el mantenimiento adecuados, y proporcionará un informe que identifique y priorizará las acciones correctivas a tomar para abordar cualquier inquietud. Junto con un programa, el consultor puede revisar, discutir y hacer un plan para abordar las preocupaciones del inspector que son inmediatas en este momento, así como cómo planificar para prevenir cualquier problema en el futuro. [159]

Importancia de las superficies absorbentes de impactos

La superficie del patio de recreo es el material que se encuentra debajo y alrededor del equipo del patio. El material de la superficie debajo del equipo debe ser capaz de amortiguar la caída de un niño. Las lesiones por caídas ocurren no porque los niños caigan, sino porque la superficie sobre la que caen no es capaz de absorber adecuadamente el impacto de su caída. El revestimiento adecuado es la prevención de lesiones predecibles.

No hay una sola *mejor* superficie para usar en los parques infantiles. La mejor superficie es la que:

- el programa puede permitirse
- el programa es capaz de mantener adecuadamente
- satisface las necesidades de los niños en función de su edad
- es viable dado el clima donde se encuentra el programa
- cumple consistentemente con el estándar de profundidad que se basa en la altura del equipo en el patio de recreo.

Superficies como asfalto, cemento, tierra y pasto, sin embargo, no son superficies aceptables. El pasto no es una superficie que absorba impactos. Si un niño cae sobre el pasto, es mucho más probable que se lastime que si cae sobre una superficie apropiada que absorbe impactos.

Hay dos tipos de superficies de juegos apropiadas que absorben impactos, unitarias y sueltas. Echemos un vistazo a cada uno.

El material unitario, como baldosas, tapetes o una superficie de goma, está diseñado para que absorba suficientemente los golpes. [160] Hay muchas opciones. Si un programa quiere usar una superficie unitaria, es importante que se elija una para la altura adecuada del equipo y que se sigan de cerca las instrucciones del fabricante (y algunas requieren una instalación profesional). [161] En el Cuadro 4.1 se muestran algunos ejemplos de materiales de superficie unitarios.

Tabla 4.1 - Ejemplos de materiales de superficie unitarios

Ejemplos de materiales de superficie unitarios	
baldosas de goma	textura, neumático, superficie, caucho, patio de recreo, suelo, azul, fotos gratis, fotos gratis, imágenes gratis, libre de derechos, ilustraciones gratis, dominio público
Azulejos [162]	Superficie sólida vertida [163]

Las superficies de relleno sueltas, como arena, grava de guisantes, caucho triturado o fibra de madera y mantillo diseñados, cuando se instalan correctamente, también amortiguarán de manera segura la caída de un niño. [164] El Cuadro 4.2 muestra ejemplos de cada uno de estos y el Cuadro 4.3 detalla la profundidad y protección que brindan estos materiales.

Tabla 4.2 — Materiales de Superficie de Relleno Suelto

Materiales de superficie de relleno holgado	
Resultado de imagen para astillas de madera Fibra de madera de ingeniería [165]	mantillo de goma Mantillo de goma [166]
Resultado de imagen para arena Arena [167]	Resultado de imagen para grava de guisante Grava de guisante [168]

Tabla 4.3 — Profundidades Mínimas Comprimidas de Superficie de Relleno Suelto [169]

Profundidad de la superficie	Material de Relleno Loose-Relleno	Protege hasta la Altura de Caída
6 pulgadas	Caucho triturado/reciclado	10 pies
9 pulgadas	Arena	4 pies
9 pulgadas	Grava Guiante	5 pies
9 pulgadas	Mantillo de madera	7 pies
9 pulgadas	Astillados de madera	10 pies

Los programas deben considerar cómo los datos pueden ayudar a informar una decisión sobre qué superficie es la mejor para un patio de recreo en particular. Es importante pensar en quién va a estar usando el espacio y para qué.

- Algunas superficies como la grava de guisantes no son una opción apropiada para bebés y niños pequeños que podrían ponérsela en la boca ya que puede ser un peligro de asfixia.
- Pocos de los materiales de relleno sueltos son accesibles para usuarios de sillas de ruedas sin alojamiento significativo, como una silla de ruedas especial. Las fibras de madera de ingeniería proporcionan un poco mejor acceso, pero los materiales sólidos o unitarios son los mejores si tienes niños en el área de juegos con discapacidades de movilidad.
- ¿Podrá el personal mantener la superficie del patio de recreo? Toda la superficie de relleno suelto requería rastrillar diariamente para mantener la profundidad.
- Considera qué tan alto es el equipo porque la arena y la grava de guisantes no se pueden usar en alturas de caída que sean mayores de cuatro a cinco pies.
- El clima también es una consideración importante. Tenga en cuenta la temperatura, las condiciones del viento y la precipitación, ya que todos impactan en los materiales de superficie que elija.

- La arena puede endurecerse cuando se congela.
- Las superficies artificiales pueden calentarse mucho, de hecho, lo suficientemente calientes como para causar quemaduras cuando están expuestas a la luz solar directa.
- El material de relleno suelto, con la excepción del mantillo de goma, se comprime aproximadamente un 25 por ciento con el

tiempo debido al uso y a la intemperie.

La superficie protectora tiene que extenderse por la zona de uso completo, que es el área debajo y alrededor del equipo donde los niños pueden caer ya que la superficie de un patio de recreo no puede proteger a un niño que cae sobre un objeto duro como un triciclo en lugar de sobre la superficie protectora. [170]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Piensas en un patio de recreo local o parques infantiles en los que jugabas cuando eras niño? ¿Qué tipo de superficie había debajo del equipo? ¿Estaba bien cuidada? ¿Protegió a los niños de lesiones por caídas? ¿Los materiales utilizados causaron algún otro peligro (como arena desbordante que causó resbalones o una superficie que se calentaba demasiado para tocar la piel de manera segura)?

Zonas de Uso

La zona de uso es el espacio que abarca la actividad/pieza de equipo y el área alrededor de esa actividad/equipo que evitará que los niños colisionen y proporcione suficiente separación entre diferentes piezas de equipo y tipos de juego. También se le conoce a veces como zona de caída. La zona de uso debe estar libre de peligros móviles como triciclos y juguetes, rocas y grupos de niños que puedan agruparse y fijar peligros tales bancos.

Las zonas de uso varían según el tamaño y el tipo de equipo. Para la mayoría de los equipos estacionarios en el patio de recreo, la zona de uso debe extenderse seis pies en todas las direcciones (ver Figura 4.3). [171] El equipo que sea más alto que 30 pulgadas debe estar al menos a nueve pies de otros equipos. Y la zona de uso para columpios debe extenderse desde la parte delantera y trasera de los columpios el doble de la altura del columpio (ver Figura 4.4). [172]

zona de uso de una estructura trepadora que muestra el contorno de la superficie protectora con un radio de 6 pies desde el equipo

Figura 4.3 - La zona de uso alrededor de una estructura de patio de recreo. [173]

zona de uso de columpios que muestra la superficie protectora el doble de la altura de los columpios a la parte delantera y trasera de los columpios y 6 pies a los lados

Figura 4.4 — la zona de uso alrededor de los columpios. [174]

Apropiación por edad

El equipo apropiado para su edad brinda a los niños la oportunidad de practicar con seguridad las habilidades motoras gruesas sin ponerlos en riesgo de lesiones innecesarias. Esto nos lleva de nuevo a la noción de crear parques infantiles que son de alto desafío pero de bajo riesgo.

Los niños tienen menos probabilidades de caerse cuando el equipo solo se usa con el grupo de edad para el que está diseñado. El equipo que se haga de acuerdo a las normas ASPM o CPSC se marcará claramente con el grupo de edad al que se destina. Y eso suele ser de 6 a 23 meses de edad, de 2 a 5 años de edad, y de 5 a 12 años de edad. Entonces, cualquier equipo que esté marcado para 5 a 12 años de edad no es aceptable en un área de juegos preescolar. [175]

Cuadro 4.4 — Equipo apropiado para la edad [176]

	Edad	Equipo apropiado para la edad

infantil en columpio de cubo	6 a 23 meses	• equipo bajo 32 pulgadas de alto • rampas • Escaleras de tija de una sola lima • balancines de primavera • diapositivas • columpios de cubo
preescolar en la parte superior de la deslizadera. colgando de la barra	2 a 5 años	• escaladores de hasta 60 pulgadas de altura • Escaleras de peldaño • columpios de cinturón y neumático • vigas de equilibrio
niño en edad escolar de pie sobre una estructura de escalada	5 a 12 años	• escaladores de arco • escaladores flexibles • anillos superiores y escaleras • polos
Resultado de imagen para ningún símbolo	No apropiado para ninguna edad	• trampolines • puertas batientes • cuerdas de escalada que no están aseguradas en ambos extremos • columpios de figura animal • columpios de ocupación múltiple • columpios de cuerda • barras de trapecio

Peligros en parques infantiles

Los huecos en los equipos, como el espacio entre la plataforma y la parte superior de la corredera o los ganchos, pueden enredar la ropa o atrapar partes del cuerpo, causando tropiezos, caídas o estrangulación. El atrapamiento de la cabeza en huecos que son lo suficientemente grandes como para que el cuerpo de un niño pase (más de 3.5 pulgadas) pero demasiado pequeños para que la cabeza de un niño pase (más pequeños de 9 pulgadas) puede lesionar el cuello de un niño o estrangularlo.

El equipo que gira y se mueve, como volantes o resortes en balancines, puede pellizcar, cortar o aplastar dedos u otras partes del cuerpo. Entonces, quieres asegurarte de que cualquier equipo que gire o se mueva no sea accesible para los dedos mequitos. Las piezas rotas o el equipo instalado incorrectamente pueden causar lesiones si el equipo se inclina, se rompe durante el uso o tiene partes afiladas o sueltas que pueden cortar o atrapar a un niño. Y las barandas para evitar caídas pueden romperse si los pernos están sueltos. Consulte la Tabla 4.5 para ver ejemplos de peligros a tener en cuenta en los parques infantiles.

Mesa 4.5 — Riesgos de juegos [177]

Riesgos de juegos [178]

perno que muestra peligro de enredo y empalamiento Ejemplo de una proyección peligrosa que aumenta de diámetro desde el plano de la superficie inicial y forma un peligro de enredo y también puede ser un peligro de empalamiento.	perno que muestra peligro de empalamiento y laceración y posible peligro de enredo Ejemplo de una proyección peligrosa que se extiende más de 2 roscas más allá de la tuerca y forma un peligro de empalamiento/laceración y también puede ser un peligro de enredo.
cabeza atrapada entre la parte inferior de la barandilla y la superficie de la plataforma Si la distancia entre la plataforma y la parte inferior de la barandilla es de entre 3.5 y 9 pulgadas, es un peligro de atrapamiento.	cabeza atrapada entre rieles Si la distancia entre una abertura (como esta barandilla) es de entre 3.5 y 9 pulgadas, es un peligro de atrapamiento.
red de carga en estructura de escalada Peligro de atrapamiento: cuando el perímetro de las aberturas de la red está entre 17 pulgadas y 28 pulgadas	chaqueta sin símbolos sobre cordón y mitones conectados Las cuerdas en la ropa de los niños pueden crear peligros de enredo y los cordones de la capucha pueden crear riesgos de estrangulación.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** Piensa en ese patio de recreo otra vez. ¿Ofrecía zonas de uso adecuadas alrededor de los diferentes equipos? ¿El equipo utilizado por los grupos de edad apropiados (o los niños mayores jugaron con equipos diseñados para niños pequeños o viceversa)? ¿Qué tan bien protegió a los niños de los peligros mencionados (tropiezos y caídas, atrapamiento, empalamiento, enredo o estrangulación)?

Juguetes de Equitación

Todos los niños mayores de 1 años deben usar cascos debidamente ajustados y aprobados cuando estén montando juguetes con ruedas o usando cualquier equipo con ruedas. Los cascos deben quitarse tan pronto como los niños dejen de montar los juguetes con ruedas o usar el equipo. Los cascos aprobados deben cumplir con los estándares de la Comisión de Seguridad de Productos de Consumo de Estados Unidos (CPSC) [179] y deben pasar la verificación de tres puntos para un ajuste adecuado como se muestra en la Tabla 4.6.

Tabla 4.6 — Comprobación de tres puntos para un ajuste adecuado del casco

Comprobación de tres puntos para un ajuste adecuado del casco	
1. El casco está nivelado en la cabeza, de 1 a 2 anchos de dedos alrededor de las cejas. 2. Las correas son uniformes y crean una “Y” debajo de cada oreja con correas colocadas planas contra la cabeza. 3. La barbija está abrochada lo suficientemente suelta como para caber un dedo entre la hebilla y la barbilla, pero lo suficientemente apretada como para abrir la boca debería tirar del casco hacia abajo.	diagrama que muestra el ajuste correcto y incorrecto del casco Figura 4.5 — El posicionamiento del casco es importante. [180]

“Los cascos brindan la mejor protección contra lesiones en la cabeza y el cerebro, ya sea que [el] niño esté montando una bicicleta, scooter o monopatín, o usando patines. No obstante, un casco sólo protegerá cuando le quede bien”. [181]

Mantener a los niños seguros mediante monitoreo

Los programas de cuidado y educación temprana necesitan desarrollar un proceso de inspección de rutina para identificar y prevenir peligros. Los espacios de juego al aire libre están sujetos a mucho desgaste por el uso, a veces mal uso, por las condiciones climáticas. Entonces, incluso si un programa tiene correctamente instalado equipo seguro y envejecido y apropiado para el desarrollo, aún requiere inspecciones y mantenimiento regulares.

El espacio al aire libre, incluyendo el patio de recreo, debe ser inspeccionado usando listas de verificación como las del Apéndice E. Debe ser inspeccionado a la entrega inicial.

Figura 4.6 — Las listas de verificación se utilizan para monitorear la seguridad al aire libre. [182]

También debe ser inspeccionado diariamente para identificar peligros que puedan haber aparecido repentinamente. También alertará al personal sobre cualquier pieza de equipo que pueda haberse roto o desgastado desde la última vez que se utilizó. Algunos elementos generales para incluir en una inspección diaria pueden incluir asegurarse de que

- cualquier equipo roto se retira del acceso de los niños o se repara
- el patio de recreo está libre de

- vidrio, agujas, colillas de cigarrillos, heces de animales y basura
- agua estancada
- peligros de viaje

- las zonas de uso están libres de obstáculos que puedan haber sido movidos hacia ellas, como triciclos o bancos móviles
- la superficie de relleno suelto desplazada está rastrillada
- las plataformas y las almohadillas están libres de arena y escombros en la superficie y cualquier peligro de tropiezo
- el área se escanea para

- insectos o nidos de insectos
- equipo roto
- peligros relacionados con la intemperie, como superficies o equipos calientes, hielo u otros daños causados por el clima

Una inspección mensual incluiría:

- comprobación de hardware suelto o faltante, comprobación
- inspeccionar el equipo en busca de piezas rotas, astillas, óxido o bordes afilados,
- reponer la superficie de relleno suelto si es necesario, y
- examinar la vegetación en busca de plantas peligrosas o venenosas.

Tiene que existir un sistema para realizar inspecciones y luego responder oportunamente cuando se identifica algo. Es muy común que alguien note un peligro pero que se olvide de denunciarlo o que alguien reporte un peligro pero luego la gente se olvida de seguirlo para corregirlo. Muchas listas de verificación incluyen espacio para escribir un plan de acción correctiva. Una vez identificado el peligro, la persona que complete el formulario anotará qué pasos se deben tomar para corregir el problema, incluida la identificación de quién lo solucionará, qué hay que hacer y cuándo se hará. El proceso también debe incluir un sistema para verificar que el problema se solucionó de manera oportuna.

Un registro de cualquier lesión reportada que haya ocurrido en el patio de recreo también debe desencadenar una inspección adicional de ese equipo (esto se discutió previamente en el Capítulo 2). Esto ayudará a identificar peligros potenciales o características de diseño peligrosas que deben corregirse.

Supervisión Activa

La herramienta más importante para reducir las lesiones del patio de recreo es la supervisión activa (que también se aborda

en el Capítulo 2). El educador de la primera infancia debe estar supervisando activamente a los niños en todo momento. La supervisión activa es una técnica específica de supervisión infantil que requiere atención enfocada y observación intencional de los niños en todo momento. La supervisión activa incluye seis estrategias básicas.

1. Planifique y establezca el entorno para garantizar líneas de visión claras y un fácil acceso a los niños y al equipo en todo momento mientras están en el patio de recreo.
2. Los maestros se posicionan entre los niños a su cuidado, cambiando de posición según sea necesario para que puedan vigilar a los niños.
3. Están comunicando sobre qué niños están observando y cualquier tema que desvíe su atención para que sepan que otros maestros están tomando el relevo y vigilando a los otros niños.
4. Los maestros están vigilando, contando y escuchando a los niños en todo momento
5. También utilizan sus conocimientos sobre el desarrollo y las habilidades de cada niño para anticipar lo que un niño podría hacer o para anticipar áreas en el patio de recreo donde un niño podría necesitar algún apoyo adicional.
6. Y si es necesario, se involucran y redirigen a los niños cuando es necesario o brindan ese apoyo adicional si es necesario. [183]

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ sandbox de ella pg2.JPG

Figura 4.7: Si esta maestra se involucra con estos dos niños, ella lo comunicaría para que los otros maestros se aseguren de que están supervisando efectivamente a los otros niños afuera.

Otras consideraciones de seguridad para el exterior

Además de diseñar y mantener un área de juegos segura para niños, también es necesario monitorear factores ambientales como el clima, el sol, insectos, animales, plantas o materiales venenosos, y agua. [184]

Seguridad Solar

Los niños necesitan protección de los dañinos rayos ultravioleta (UV) del sol siempre que estén al aire libre. La sombra y el protector solar protegen a los niños de la exposición al sol y pueden ayudar a reducir el riesgo de algunos cánceres de piel.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), incluso algunas quemaduras solares importantes pueden aumentar el riesgo de cáncer de piel más adelante en la vida. La Academia Americana de Pediatría recomienda las siguientes pautas con respecto a la seguridad solar y la selección y aplicación de protector solar:

- Si es posible, use áreas de juego que brinden algo de sombra para ayudar a los niños a mantenerse frescos.
- Proteja a los bebés menores de 6 meses de la luz solar directa manteniéndolos en un lugar sombreado bajo el dosel de un árbol, paraguas o cochecito.
- Limite la exposición solar de los niños entre las 10 a.m. y las 4 p.m. cuando los rayos UV sean los más fuertes.
- Anime a las familias a vestir a los niños con ropa fresca como pantalones ligeros de algodón y camisas de manga larga. Un sombrero les protegerá la cara, las orejas y la nuca.
- Obtener permiso por escrito de los padres/tutores de los niños para usar un protector solar con un factor de protección solar (SPF) de al menos 15. Eso es protector solar de “amplio espectro” para eliminar los rayos UVB y UVA.
- Aplicar protector solar al menos 30 minutos antes de salir al aire libre para que sea absorbido por la piel. Será necesario volver a aplicar cada dos horas si los niños están afuera por más de una hora, y con mayor frecuencia si están jugando en el agua.
- Cada niño debe tener su propio biberón etiquetado de protector solar.
- Para niños mayores de 6 meses, aplique protector solar en todas las áreas expuestas, incluidas las orejas de los niños, si llevan gorra en lugar de sombrero.
- Para niños menores de 6 meses, use protector solar en áreas pequeñas del cuerpo, como la cara y el dorso de las manos si no hay ropa protectora y sombra disponibles.

Resultado de imagen para niños a la sombra

Figura 4.9 — Sombra sobre estructuras de escalada ayuda a proteger a los niños

del sol y del calor cuando la temperatura es alta.

Hidratación

Los niños pequeños y preescolares no pueden regular bien su temperatura corporal y necesitan agua adicional cuando hace calor. Proporcione descansos de agua programados regularmente para alentar a todos los niños a beber durante el juego activo, incluso si no sienten sed. El agua fluorada (embotellada o del grifo) puede reducir el riesgo de caries en la primera infancia, y es la mejor opción de bebida para niños pequeños entre comidas. A cada niño se le debe proporcionar su propia taza o biberón. El personal puede ofrecer leche materna adicional o fórmula a los bebés ya que no se recomienda el agua, especialmente para bebés menores de seis meses de edad. [185]

Clima

Los maestros deben estar al tanto de las condiciones climáticas locales y monitorear la temperatura, la humedad y la calidad del aire. Para mantenerse al día en las condiciones actuales:

- Verifique el Índice de Calidad del Aire y limite el juego al aire libre cuando hay mala calidad del aire.
- Consulta el pronóstico del Índice UV para limitar la exposición al sol en los días en que el Índice es alto.
- Verifique el clima actual y pronosticado para estar al tanto de la temperatura y otras condiciones climáticas que pueden hacer que el aire libre sea peligroso para la salud de los niños.

Los gráficos de la Figura 4.8 son del Child Care Weather Watch del Departamento de Salud Pública de Iowa que lo ayudará a proteger a los niños de temperaturas extremas.

gráficos de índice de calor y factor de enfriamiento del viento

Figura 4.8 Gráficas de índice de calor y factor de enfriamiento del viento [186]

Protección de los niños de enfermedades relacionadas con el calor

Los cuerpos de los niños se calientan de tres a cinco veces más rápido que los adultos. [187] Es importante ayudar a los niños durante el clima caluroso. Estos son algunos consejos de la Academia Americana de Pediatría.

- Se debe proporcionar aire acondicionado cuando las temperaturas son altas.
- Los niños necesitan mantenerse hidratados.
- Los niños sudan menos que los adultos, por lo que deben usar ropa ligera en no más de una capa.
- Se debe proporcionar tiempo de inactividad adicional para descansar y recuperarse del calor
- Se pueden planificar actividades que ayuden a los niños a refrescarse (como juegos acuáticos). [188]

Proteger a los niños del clima frío

No hay un tiempo establecido que sea seguro para que los niños jueguen de manera segura cuando hace frío. Los maestros tendrán que usar su mejor juicio. Utilice la tabla de la Figura 4.8 para asegurarse de que es seguro salir al exterior.

Al jugar al aire libre en el frío es importante que los niños se abran. Tienen mayor riesgo de congelarse que los adultos. Deberían vestirse en capas. Se debe quitar la ropa mojada. Las bufandas deben estar metidas en los abrigos para evitar que se conviertan en un peligro de estrangulación. Los guantes/mitones y calcetines deben permanecer secos para proteger los dedos de manos y pies de la congelación. Los niños deben venir periódicamente para calentarse. Y a pesar de que hace frío, el protector solar y la hidratación siguen siendo importantes. [189]

Proteger a los niños de insectos

Niños y adultos pueden ser protegidos de las picaduras de insectos

- Comprobando y quitando nidos de insectos y arañas debajo de toboganes, en arbustos y en el suelo.
- Asegurarse de que no haya agua estancada cerca de las áreas de juego para que los mosquitos pongan sus huevos.
- Comprobación de garrapatas después de jugar al aire libre. El Centro para el Control de Enfermedades proporciona instrucciones sobre la eliminación de garrapatas (ver Figura 4.10).

- Consultar con el departamento de salud local, el Comité Asesor de Servicios de Salud o un asesor de salud de cuidado infantil sobre si usar repelente de insectos cuando es probable que los insectos locales sean portadores de enfermedades.

Proceso de eliminación de garrapatas: usar pinzas para quitar la garrapata y luego lavarse las manos

Figura 4.10 — Retira una garrapata agarrándola con unas pinzas lo más cerca posible de la piel, tirando hacia arriba con presión constante. Después de retirarlo, limpie el área de la mordida y sus manos con desinfectante o agua y deseche la garrapata poniéndola en alcohol, colocándola en una bolsa/recipiente sellado, envolviéndola firmemente con cinta adhesiva o descargándola por el inodoro. [190]

Seguridad en el Agua

El ahogamiento es una de las principales causas de muerte entre los niños menores de 5 años en California. La seguridad en el agua presenta un desafío particular para los proveedores de cuidado infantil. La mayoría de los ahogamientos en este grupo de edad ocurren en piscinas domésticas. Las bañeras llenas de agua, las piscinas para vadear, los inodoros, los baldes u otros contenedores también son lugares donde los niños pequeños con mucho peso pueden ahogarse. La seguridad del agua presenta su propio conjunto de desafíos para el entorno de cuidado infantil.

Los niños de entre 1 y 4 años tienen mayor riesgo de ahogarse. Estos niños solo están aprendiendo a caminar y explorar. Sobresalen en salir de bajo la atenta mirada del proveedor.

Vadear en cuerpos de agua dulce puede conllevar el riesgo adicional de lesiones por cortes, heridas punzantes e infecciones. Los cuerpos de agua parados como piscinas, piscinas para niños pequeños y jacuzzis también tienen el potencial de propagar enfermedades, por lo que no se recomiendan para su uso con niños pequeños. En su lugar, se recomienda el uso de aspersores.

Figura 4.11 A los niños les encanta jugar en el agua. [191]

Reducción del riesgo de ahogamiento

Reducir los peligros de agua y evitar el acceso al agua

- Se deben tomar precauciones de seguridad para mantener cualquier agua en el ambiente de cuidado infantil lo más libre de riesgos posible.
- Cualquier masa de agua representa una amenaza y los niños pequeños pueden ahogarse en tan solo una pulgada de agua,
- Los ambientes interiores y exteriores deben ser examinados minuciosamente para detectar peligros que puedan conducir al riesgo de ahogamiento

Promover comportamientos seguros

- Debido a que los niños se mueven rápidamente, son curiosos y no entienden sus habilidades físicas, deben ser vigilados cuidadosamente alrededor incluso de pequeños cuerpos de agua.
- La mayoría de los ahogamientos ocurren en un período sorprendentemente corto de tiempo.
- Nunca, nunca, dejar a un niño solo, ni siquiera por un momento, cuando hay un cuerpo de agua en el ambiente.
- Cuando esté cerca del agua, refuerce siempre la seguridad para los niños.
- Planee jugar en el agua cuando los niños estén menos cansados y más alertas.
- Enseñar a los niños prácticas seguras para nadar y jugar en el agua.
- Tener un teléfono al alcance de la mano en todo momento.

Aprenda una respuesta adecuada si hay una emergencia de agua y actúe de inmediato

- Saque al niño del agua y colóquelo boca arriba.
- Verifique la respiración y limpie la boca y la nariz de cualquier obstrucción.
- Consiga que otro adulto llame para pedir ayuda de emergencia.
- Comience la respiración de rescate o la RCP según sea necesario hasta que el niño sea revivido o llegue la ayuda.

Prevención de Ahogamientos

- Nunca deje a un niño solo en o cerca de cualquier cuerpo de agua (tina, piscinas para niños, regadera, alberca, mesa de agua o incluso un balde).
- Siempre brindar una supervisión cuidadosa, directa y constante de los niños pequeños si hay un cuerpo de agua presente

en el ambiente.

- Nunca esperes instrucción de natación para eliminar el riesgo de ahogarse en los niños.
- Supervisar a los niños en el agua aunque estén usando dispositivos de flotación. Estos dispositivos no son sustitutos de la supervisión constante.
- Cualquier peligro debe estar encerrado con una cerca que tenga al menos cinco pies de altura y que no sea fácil de escalar. Una puerta o puerta corrediza de vidrio no es un sustituto seguro de una cerca.
- Las puertas deben tener cerraduras de al menos 55 pulgadas de alto y cierre automático. Mantenga las llaves de la puerta en un lugar seguro lejos del alcance de los niños.
- Nunca deje las cubiertas de las piscinas parcialmente en su lugar porque los niños pueden quedar atrapados debajo de ellas. Las cubiertas para albercas no sustituyen a las cercas.
- Mantenga las sillas, mesas y equipo de escalada lejos de las cercas de la piscina para evitar que los niños trepen por encima de la cerca hacia la piscina.
- Aprenda RCP y mantenga el equipo de rescate junto a la piscina, incluido un salvavidas, un delincuente de pastor y un teléfono inalámbrico para llamar al 9-1-1.
- Si se usa una piscina infantil portátil en el cuidado de niños (aunque no se recomienda), debe llenarse con agua, usarse de inmediato, drenarse y guardarse en cuanto los niños salgan de la piscina.
- Nunca deje a los bebés o niños desatendidos alrededor de cubos de cinco galones que contengan incluso una pequeña cantidad de líquido. Vacíe los cubos cuando no estén en uso.
- Los niños con trastornos convulsivos son particularmente vulnerables al ahogamiento. Conoce la historia clínica de tus hijos.
- Enseñe a los niños comportamientos de seguridad del agua

- No corras, empujes ni juegues alrededor de las áreas de baño.
- No nade con nada en la boca.
- No nadar en aguas muy frías porque aumenta el riesgo de ahogarse.
- Esté atento a otros niños que podrían estar en peligro.
- No se acerque a una piscina a menos que esté supervisado.
- No grites pidiendo ayuda a menos que lo digas en serio.
- No se deshaga en el agua. [192]

Prevención de envenenamiento al aire libre

Este tema fue tratado en el Capítulo 3, pero es importante señalar que los materiales venenosos también se encuentran al aire libre, incluyendo algunas de las plantas en el Cuadro 3.8.

Almacenamiento de juguetes, materiales y equipos de forma segura

Para proteger los juguetes, los materiales y el equipo de los elementos, deben almacenarse de manera segura cuando no estén en uso. Mantenga las áreas de almacenamiento limpias y secas para evitar moho e infestaciones de insectos, arañas, roedores u otras plagas.

Seguridad Peatonal

Cada año desde hace más de una década, más de 700 niños han muerto por lesiones sufridas al caminar, más de 500 de estos en tránsito. Si bien la tasa de letalidad ha disminuido algo durante este periodo, podría ser atribuible a mejoras en la atención médica prehospitalaria y de emergencia o a una disminución en la marcha como medio de transporte. Como queremos que los niños (y sus educadores y familias) salgan y caminen tanto por razones de salud como por oportunidades para explorar y aprender sobre sus comunidades, debemos asegurarnos de que tengan un ambiente seguro en el que hacerlo. Los niños menores de 10 años siempre deben tener supervisión de un adulto. [193]

Figura 4.12 — Si estos niños fueran más pequeños, ¿necesitarían consideraciones adicionales de seguridad? [194]

Enseñar a los niños sobre la seguridad peatonal

Antes de salir a caminar, los maestros deben hablar con los niños sobre las prácticas de seguridad que van a utilizar (ver

Tabla 4.7). Los niños necesitan una estrecha supervisión de un adulto y proximidad mientras caminan porque pueden hacer lo inesperado (como lanzarse repentinamente por la acera). [195]

Cuadro 4.7 — Prácticas de seguridad al caminar [196, 197]

Prácticas de Seguridad al Caminar [198, 199]
Siempre camina por la acera (si la hay).
Si no hay acera, camine frente al tráfico.
Estar seguro y ser visto (ropa brillante durante el día, luces y reflectores por la noche).
Camine con seguridad. No corras, no empujes ni rudas. Ten cuidado y no dejes que los juguetes te distraigan.
Esté atento a los autos que entran y salen de las entradas. Asegúrese de que los conductores hagan contacto visual con usted.

Cuando llegue el momento de cruzar la calle, muéstrele a los niños un buen lugar para cruzar la calle de manera segura. Explique cómo cruzar la calle de manera segura (ver Figura 4.13). Si hay un botón en el paso de peatones, haz que lo presionen. [200]

diagrama que describe los pasos para cruzar una calle: 1. Deténgase en la acera o al borde de la carretera 2. Mira a la izquierda, luego a la derecha, luego a la izquierda nuevamente para mover autos 3. Si ves un auto, espera a que pase. Entonces mira a la izquierda, a la derecha, a la izquierda otra vez hasta que no vienen autos 4. Si un auto está estacionado donde estás cruzando, busca asegurarte de que no haya conductor y que el auto no esté funcionando 5. Ve al borde del auto y mira de izquierda a derecha a izquierda para ver si vienen autos 6. Cuando no vienen autos, camine —no corra— cruzando la carretera; sigue buscando de izquierda a derecha a izquierda para ver autos mientras cruzas

Figura 4.13 — Pasos para cruzar la carretera de manera segura [201]

Seguridad de Vehículos Motorizados

Las lesiones en vehículos motorizados son una de las principales causas de muerte entre niños en Estados Unidos. Pero muchas de estas muertes se pueden prevenir.

- En Estados Unidos, 723 niños de 12 años o menos murieron como ocupantes en choques de vehículos motorizados durante 2016, y más de 128 mil resultaron heridos en 2016.
- Un estudio de los CDC encontró que, en un año, más de 618,000 niños de 0 a 12 años viajaron en vehículos sin el uso de un asiento de seguridad para niños o un asiento elevador o un cinturón de seguridad al menos parte del tiempo.
- De los niños de 12 años y menores que murieron en un choque en 2016 (por lo que se conocía el uso de restricción), 35% no estaban abrochados. [202]

Transportar niños de manera segura

Cualquier conductor con licencia que transporte niños debe ser entrenado en prácticas de seguridad y si está solo, tener capacitación en RCP y primeros auxilios. Deben tener un historial de manejo seguro y su licencia debe autorizarles a conducir el tipo de vehículo que se está manejando. [203]

conductor conduciendo un tráfico de automóviles foto gratis

Figura 4.14 — Los conductores deben tener licencia, estar capacitados y tener un historial de manejo limpio. [204]

El interior de los vehículos utilizados para transportar a niños para viajes de campo y actividades fuera del programa debe mantenerse a una temperatura cómoda para los niños. Todos los vehículos deben estar bloqueados cuando no estén en uso, los recuentos de los niños deben tomarse antes y después del transporte para evitar que un niño sea dejado en un vehículo, y los niños nunca deben ser dejados en un vehículo desatendidos. [205]

Signo de exclamación, Advertencia, Peligro, Atención, Negro	¡Advertencia de auto caliente! “Nunca deje a los niños en un automóvil o en otro vehículo motorizado cerrado. La temperatura dentro del automóvil puede llegar a ser rápidamente mucho más alta que la temperatura exterior: un automóvil puede calentarse unos 19 grados en tan solo 10 minutos y continuar subiendo a temperaturas que causan la muerte”. [206]

Seguridad de Pasajeros en Vehículos Motorizados

Cuando los niños son conducidos en un vehículo motorizado que no sea un autobús, todos los niños deben ser transportados solo si están sujetos en un asiento de seguridad para el automóvil apropiado para el desarrollo, un asiento elevador, un cinturón de seguridad o un arnés que sea adecuado para el peso y la edad del niño de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales. El niño debe estar bien sujeto, de acuerdo con las instrucciones del fabricante. El sistema de retención infantil para pasajeros debe cumplir con los estándares federales de seguridad de vehículos motorizados y llevar aviso de cumplimiento. Los sistemas de retención infantil para pasajeros deben instalarse y usarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante y deben asegurarse solo en los asientos traseros.

Los asientos de seguridad para automóviles deben reemplazarse si han sido retirados del mercado, han pasado la fecha de vencimiento de la “fecha de uso” del fabricante o han estado involucrados en un accidente que cumpla con los criterios de gravedad del accidente del Departamento de Transporte de los Estados Unidos o los criterios del fabricante para reemplazar los asientos después de un accidente. [207]

Al abrochar a los niños en asientos de seguridad, asientos elevados y cinturones de seguridad apropiados para su edad y tamaño, reduce el riesgo de lesiones graves y fatales:

- El uso del asiento para el automóvil reduce el riesgo de lesiones en un accidente en un 71-82% para los niños en comparación con el uso del cinturón de seguridad solo.
- El uso del asiento elevador reduce el riesgo de lesiones graves en 45% para niños de 4 a 8 años en comparación con el uso del cinturón de seguridad solo.
- Para niños mayores y adultos, el uso del cinturón de seguridad reduce aproximadamente a la mitad el riesgo de muerte y lesiones graves. [208]

Una ilustración que muestra los diferentes tipos de asiento para el automóvil que un niño debe tener en función de su edad.

Figura 4.15 — Los diferentes tipos de asientos para el automóvil según la edad. [209]

Consejos para viajes de campo seguros

Los programas de cuidado y educación temprana se pueden enriquecer a través de excursiones cuidadosamente planificadas. Es importante que el destino sea apropiado para la edad y nivel de desarrollo de cada niño que va a asistir. Cualquier arreglo especial necesario para asegurarse de que todos los niños puedan ser incluidos de manera segura deben hacerse con anticipación.

Todo el personal y los voluntarios verificados de antecedentes que asistirán deben familiarizarse con los planes de viaje, la ubicación de la excursión, las reglas y sus responsabilidades. Los niños también deben estar preparados para el viaje. Los maestros pueden revisar y practicar las precauciones de seguridad y los procedimientos de emergencia.

Las familias deben estar al tanto de la excursión y dar su consentimiento para que su hijo asista. La información de emergencia para cada niño debe mantenerse con el personal fuera del sitio en todo momento. También se debe mantener una lista precisa de todos los niños asistentes (en el destino de la excursión y en la escuela/centro).

A los adultos se les debe asignar grupos pequeños de niños. Todos los adultos deben ser conscientes de la ubicación de reagrupación elegida y los puntos de control. También se proporciona información en el Capítulo 6 sobre la prevención de niños perdidos en viajes de campo. [210]

Resumen

El juego seguro al aire libre es vital para la salud y el bienestar de los niños. Los entornos que están bien diseñados, con equipos apropiados para la edad, libres de peligros, superficies que absorben impactos y zonas de uso alrededor del equipo protegerán a los niños de muchas lesiones. Supervisar a los niños y monitorear activamente el espacio al aire libre también son clave para prevenir lesiones. Tener conocimientos sobre el clima, implementar prácticas de seguridad solar, proteger a los niños de los insectos, seguir prácticas seguras alrededor del juego acuático y almacenar juguetes de manera segura también son importantes para la seguridad de los niños. Al salir del sitio (y durante los horarios de entrega y recogida), es importante recordar la seguridad de los peatones y cómo transportar de manera segura a los niños en vehículos motorizados.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Niños seguros en todo el mundo: https://www.safekids.org/ • Asociación Nacional de Recreación y Parques: https://www.nrpa.org/ • Programa Nacional de Seguridad en el Área de Juegos: https://playgroundsafety.org/ • Manual de seguridad de juegos públicos por la Comisión de Seguridad de Productos de Consumo: https://www.cpsc.gov/s3fs-public/325.pdf • Cuidado de Niños Reloj Meteorológico: https://idph.iowa.gov/Portals/1/File...atherwatch.pdf • Seguridad Solar para Escuelas: https://www.cdc.gov/cancer/skin/basi...ps-schools.htm • Planeación de sombra para las escuelas de Estados Unidos: https://www.cdc.gov/cancer/skin/pdf/...e_planning.pdf • Seguridad de los Pasajeros Infantiles: https://www.cdc.gov/motorvehiclesafe...ety/index.html

This page titled 3: Creación de ambientes seguros al aire libre is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 4: Creating Safe Outdoor Environments by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

4: Atención de lesiones menores y preparación y manejo de emergencias

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Enumere elementos para incluir en botiquines de primeros auxilios y emergencias.
- Describa las respuestas a cortes y raspaduras menores, quemaduras, huesos rotos, lesiones en la cabeza, mordeduras y objetos extraños en el cuerpo.
- Describir las respuestas que salvan vidas al sangrado severo, asfixia y no respirar o estar sin pulso.
- Discutir la prevención y respuesta de niños perdidos o desaparecidos.
- Explicar respuesta a personas no autorizadas en las instalaciones.
- Identificar posibles desastres y emergencias para los que deben prepararse los programas de atención y educación temprana.
- Resumir las tres fases del manejo de emergencias (preparación, respuesta y recuperación).
- Distinguir cuándo usar cada tipo de respuesta de emergencia (evacuación, refugio en el lugar y encierro).

icono de gavel	**Reglamento de Licencias** Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: 101174 PLAN DE DESASTRES Y Masivas • Cada licenciatario deberá contar con un plan de acción para casos de desastre por escrito. • Los simulacros de desastre se documentarán y realizarán cada seis meses. 101216.1 CALIFICACIONES PROFESOR • El docente deberá completar 15 horas de capacitación en salud y seguridad, en su caso, conforme al código de Salud y Seguridad, Sección 1596.866. 101224 TELÉFONOS • Todos los Centros de Cuidado Infantil deberán tener servicio telefónico de trabajo en el lugar. 101229.1 Iniciar sesión y cerrar sesión • El licenciatario desarrollará, mantendrá e implementará un procedimiento escrito para firmar la entrada y salida del niño del centro. La persona que firme la entrada y salida del niño utilizará su firma legal completa y registrará la hora del día. Todas las hojas de registro de entrada/salida se conservarán durante un mes.

Introducción

Una emergencia es una situación que plantea un riesgo inmediato para la salud, la vida, la propiedad o el medio ambiente. La mayoría de las emergencias requieren una intervención urgente para evitar un empeoramiento de la situación. Algunas emergencias serán obvias (como los desastres naturales), pero otras requerirán que los educadores de la primera infancia decidan si realmente es una emergencia. [211]

Una vez que se ha identificado una emergencia, es importante saber qué hacer. Este capítulo presenta diferentes respuestas

médicas de primeros auxilios y emergencias, las fases de un desastre y más información sobre algunos tipos diferentes de emergencias.

Primeros Auxilios Básicos

“Los accidentes menores y las lesiones infantiles no intencionales no son inusuales en el ámbito del cuidado infantil. Incluso con una supervisión cuidadosa, los niños suelen sufrir rasguños, moretones, cortes, mordeduras y caídas en el curso normal de su día. Con menos frecuencia, las urgencias médicas... pueden requerir intervención y tratamiento inmediatos”. [212]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**Botiquines** Aquí hay una lista recomendada de suministros para el botiquín de primeros auxilios (modificado de las Pautas de Primeros Auxilios de Emergencia para Escuelas de California): • Actual Manual Nacional de Primeros Auxilios de la Cruz Roja Americana o equivalente. • Cuadro de Primeros Auxilios de la Academia Americana de Pediatría. • Máscara de bolsillo/protector facial para RCP • Guantes desechables (incluidos guantes sin látex para personas alérgicas al látex) • Jabón (liso) • Aplicadores con punta de algodón, empaquetados individualmente • Surtido de tiritas (1” x3”) • Cuadrados de gasa (2” x2” '; 4” x4”), empaquetados individualmente • Cinta adhesiva (1” de ancho) • Rollos de vendaje de gasa (anchos de 2” y 4”) • Vendaje Ace (anchos de 2” y 4”) • Férulas (largas y cortas) • Paquetes frios • Vendajes triangulares para cabestrillo y imperdibles • Cuchillas de lengua • Pañuelos faciales desechables • Toallas de papel • Servilletas sanitarias [213]

Cortes y raspaduras menores

Antes de realizar primeros auxilios para cortes y rasguños menores, los educadores de la primera infancia deben lavarse las manos y aplicar guantes. El corte o raspado se debe lavar luego con agua fría. El área circundante se puede lavar con jabón, pero el jabón no debe entrar en la herida. El agua fría lavará cualquier resto que pueda haber en la herida y ayudará a que los vasos sanguíneos se contraigan (se vuelvan más estrechos), lo que ayuda a detener el sangrado. Una vez que el área esté limpia y la sangre haya disminuido, aplique una presión suave sobre la herida con una gasa limpia y estéril. Si la primera gasa se satura de sangre, agregue almohadillas de gasa adicionales. No se deben quitar las almohadillas de gasa, ya que esto podría provocar que se eliminen los coágulos que hayan comenzado a formarse y que continúe el sangrado. Cuando la herida ha dejado de sangrar, el corte o raspado puede cubrirse con una venda limpia. Asegúrese de documentar la lesión y comunicar lo ocurrido con las familias. [214, 215]

agua corriente en la mano quemada

Figura 5.1 — Se puede cuidar una quemadura menor haciéndola pasar bajo agua fría. [216]

Quemaduras

El tratamiento de las quemaduras depende del tipo de quemadura (consultar la Figura 3.20). El primer paso para cualquier quemadura es eliminar la fuente de calor. Para quemaduras menores que se limitan a un área pequeña, se puede aplicar una toalla o un paño limpio y fresco sobre la piel o se puede lavar con agua fría. No usar hielo. Una pieza de gasa estéril limpia y seca se puede pegar sobre el área cuando la quemadura se enfría y es solo de primer grado. Los ungüentos, la grasa y los aceites nunca se deben poner en una quemadura. Y las ampollas no deben romperse. Los niños con quemaduras de segundo grado deben ser referidos para atención médica. Se debe buscar atención de emergencia (llame al 911) cada vez que un niño reciba una quemadura de tercer grado. [217, 218]

Huesos Rotos

Si un niño se rompe un hueso, requerirá tratamiento médico. El niño debe ser consolado y no ser movido más de lo necesario. Cualquier sangrado debe ser detenido (aplicar presión con un vendaje estéril o un paño limpio), el área debe ser inmovilizada, y la familia debe ser contactada para buscar atención médica. Si el niño no está consciente, hay sangrado abundante, el hueso ha perforado la piel, o se sospecha que la rotura en la espalda, el cuello o la cabeza, se debe buscar atención médica de emergencia. [219]

Lesiones en la cabeza

La mayoría de los traumatismos en la cabeza son menores y no requerirán primeros auxilios. Pero el trauma que se asocia con síntomas de una conmoción cerebral (como náuseas, inconstancia, dolores de cabeza) necesita ser evaluado por un profesional médico. Lesión más grave señalada por la siguiente orden que pide atención médica de emergencia (911). Mantenga la habilidad del niño, detenga cualquier sangrado y monitoree los signos vitales (y comience la RCP si es necesario).

Síntomas de lesión grave en la cabeza:

- Sangrado severo o sangrado de la nariz o los oídos
- Cambio en la conciencia
- No respirar
- Confusión o respuesta lenta a las preguntas
- Mareos, problemas de equilibrio o dificultad para caminar
- Tamaño desigual de la pupila
- Discurso persistente
- Convulsiones
- Lloro persistente
- Rehusarse a comer
- Vómitos repetidos
- Abultamiento en el punto blando de un lactante [220, 221]

Lesiones en la Boca

Las lesiones en la cabeza, la cara y la boca son comunes en niños pequeños. Incluso cuando las familias hacen todo lo posible para mantener a los niños seguros, pueden ocurrir lesiones bucales. La mayoría de las lesiones bucales ocurren cuando los niños pequeños están aprendiendo a caminar. Los dientes frontales superiores se lesionan con mayor frecuencia.

Si se lesiona la lengua o el labio del niño, se debe limpiar el área. Se puede colocar hielo envuelto en un paño limpio en el área para reducir la hinchazón. Si el sangrado no se detiene después de 30 minutos, se debe buscar atención médica.

Si un niño tiene una lesión en un diente, las familias deben comunicarse con un odontólogo para obtener asesoramiento. Los dientes que se noquean no deben volver a colocarse en la boca. [222]

Lesiones en la Nariz y hemorragias nasales

Las hemorragias nasales no son inusuales y no suelen ser un problema de salud. Si a un niño le sangra la nariz se le debe

tranquilizar. Deben sentarse erguidos y pellizcar suavemente la parte blanda de la nariz durante unos 10 minutos (o el sangrado puede comenzar de nuevo). Desaliente soplar la nariz, picar o frotar. [223]

Si una hemorragia nasal es pesada y no se detiene después de 30 minutos, el niño se siente mareado, o la hemorragia nasal es el resultado de una lesión que puede indicar una fractura en la nariz se debe buscar atención médica de emergencia. [224]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Qué experiencias tienes con los primeros auxilios (dar o recibir)? ¿Cómo podría afectar esto la forma en que respondes a que un niño se lesione? Además de brindar tratamiento para la lesión, ¿qué más podría necesitar un niño lesionado de un adulto cariñoso para sentirse emocionalmente seguro?

Envenenamiento

Si un niño ingiere una sustancia potencialmente venenosa, debe comunicarse con Control de Envenenamientos al 1-800-222-1222. Aconsejarán sobre los efectos de la sustancia que se ha ingerido y cuál debe ser la respuesta adecuada.

Mordeduras

La forma en que responderá a las picaduras depende de qué mordió (o picó) el niño y qué tan grave sea la lesión. En el Cuadro 5.1 se proporciona más información.

Cuadro 5.1 — Primeros auxilios para picaduras y picaduras

Tipo de picado/picadura	Respuesta de primeros auxilios
Picaduras y picaduras de insectos [225]	Para reacciones leves: • Mover aguijón (si es necesario) • Lavar con agua y jabón • Se puede aplicar una compresa fría Para reacciones graves: • Use epi-pen (si el niño tiene uno) • Llama al 911 • Ser RCP si es necesario
Mordeduras de animales [226, 227]	• Lavar la herida con agua y jabón • Aplicar ungüento antibiótico y vendaje • Si no está seguro de si la piel fue perforada, haga que la familia consulte a un médico

Mordeduras de serpiente venenosas [228]	• Retirar al niño del área de la serpiente • Obtener una buena descripción de la serpiente • Elevar el área de mordedura de serpiente y mantener la calma del niño • Llama al 911
Mordeduras humanas [229]	Si la picadura no rompe la piel: • Lavar con agua y jabón Si la piel está rota: • Detener cualquier sangrado • Lavar con agua y jabón • Aplicar vendaje limpio • Hacer que la familia consulte a un médico

Objetos extraños en el cuerpo

Los objetos extraños pueden terminar en el interior del cuerpo de un niño. La Tabla 5.2 enumera formas de responder de manera segura cuando esto sucede.

Cuadro 5.2 — Primeros Auxilios para Objetos Extraños en Cuerpo

Ubicación de Objeto Extranjero	Respuesta de primeros auxilios
Objeto extraño ingerido [230]	• La mayoría de los artículos tragados pasarán por el tracto digestivo • Si el objeto es una batería, imán u objeto punzante, se debe buscar atención médica • Si bloquea la vía aérea, trátelo de acuerdo con primeros auxilios por asfixia
Objeto extraño en la nariz [231]	• Haga que el niño se suene la nariz suavemente (no duro o repetidamente) • NO sondear ni hacer que el niño lo inhale • Si es fácilmente visible y agarrable, retírelo con pinzas • El niño necesitará atención médica si el objeto permanece en la nariz
Objeto extraño en el oído [232]	• Si el objeto es visible y agarrable, retírelo con pinzas • NO sondear el oído • Intente usar la gravedad volcando la cabeza hacia el lado afectado • Si los que no logran desalojar el objeto, se refieren a la familia para métodos adicionales de remoción o para que busquen asistencia médica
Objeto extraño en el ojo [233]	• Enjuague los ojos con un chorro limpio de agua tibia • No intentes eliminar un objeto incrustado • No permita que el niño se frote el ojo • Si no se puede quitar con irrigación tienen familia buscar atención médica

Objeto extraño en la piel [234]	Si el objeto es pequeño, tal astilla o espina justo debajo de la superficie de la piel • Lavarse las manos • Usa pinzas para quitar el objeto Si el objeto está más profundamente incrustado en la piel o el músculo • No intentes quitarlo • Vendar la herida envolviéndola con gasa sin aplicar presión extra

Primeros Auxilios Salvavidas

En ocasiones los niños experimentan incidentes o lesiones que son una amenaza para su vida. Es importante que los educadores de la primera infancia sepan cómo responder ante estas situaciones. Se recomienda que toda persona que trabaje con niños se certifique en respuesta a emergencias a través de una agencia como la Cruz Roja (la licencia requiere un miembro del personal que esté certificado para estar en el lugar en todo momento).

Situaciones como las siguientes se consideran emergencias médicas y los educadores de la primera infancia deben comunicarse con los servicios médicos de emergencia (911) si un niño presenta estos síntomas:

- Sangrado que no va a parar
- Problemas respiratorios (dificultad para respirar, dificultad para respirar)
- Cambio en el estado mental (como comportamiento inusual, confusión, dificultad para despertar)
- Asfixia
- Toser o vomitar sangre
- Pérdida del conocimiento
- Mareos repentinos, debilidad o cambio en la visión
- Tragar una sustancia venenosa [235]

Mientras esperan a los paramédicos, los educadores de la primera infancia deberán seguir los procedimientos adecuados para salvar vidas. Tres de esas respuestas se presentan a continuación (pero no sustituyen a la certificación de RCP y Primeros Auxilios)

Signo de exclamación, Advertencia, Peligro, Atención, Negro	Estas instrucciones no pretenden ser un sustituto para obtener la certificación en primeros auxilios y RCP.

Respuesta a Sangrado Grave

El sangrado de la mayoría de las lesiones se puede detener aplicando presión directa a la lesión. Esto evita cortar el suministro de sangre a la extremidad afectada. Este procedimiento se introdujo anteriormente en el apartado sobre la respuesta a cortes y raspaduras menores. [236]

Detener el sangrado con presión directa

Figura 5.2 — Aplicar presión directa sobre heridas externas con un

tela o la mano enguantada, manteniendo la presión hasta que se detenga el sangrado [237]

Respondiendo a Asfixia

Si un niño no puede respirar, no puede llorar, hablar o hacer ruido, ponerse azul, o agarrarse la garganta, o toser y amordazar, el educador de la primera infancia debe llamar al 911. Si son capaces de toser o amordazar (lo que indica que están respirando), no

se necesita más respuesta. Si no están respirando, es importante una respuesta inmediata. [238] La respuesta a la asfixia se llama maniobra de Heimlich y varía en función de la edad de la persona que se está asfixiando. Si el niño pierde el conocimiento en algún momento inicia la RCP (que se cubre en la siguiente sección).

Responder a un lactante asfixiante (menor de 1 año de edad)

1. Coloca al bebé boca abajo, a lo largo del antebrazo. Usa tu muslo o regazo para apoyo. Sostenga el pecho del bebé en la mano y la mandíbula con los dedos. Apunte la cabeza del bebé hacia abajo, más abajo que el cuerpo.
2. Dar hasta 5 golpes rápidos y contundentes entre los omóplatos del bebé. Usa el talón de tu mano libre. [239]
3. Si el objeto no se desaloja, gire al infante boca arriba. Usa tu muslo o regazo para apoyo. Apoya la cabeza.
4. Coloca 2 dedos en la mitad de su esternón justo debajo de los pezones.
5. Da hasta 5 empujones rápidos hacia abajo, comprimiendo el cofre 1/3 a 1/2 la profundidad del cofre.
6. Continuar esta serie de 5 golpes en la espalda y 5 empujones en el pecho hasta que el objeto sea desalojado o el infante pierda el conocimiento. [240]

posición para golpes en la espalda

Figura 5.4 Posicionamiento para golpes de espalda [241]

posición para los empujones en el pecho

Figura 5.5 Posicionamiento para los empujones torácicos [242]

Responder a una asfixia en un niño (mayor de 1 año de edad)

1. Inclinar al niño hacia adelante y hacer 5 golpes en la espalda con el talón de tu mano.
2. Si esto no funciona, párese detrás del niño y envuelva sus brazos alrededor de la cintura del niño.
3. Hacer un puño con una mano. Coloca el lado del pulgar de tu puño justo por encima del ombligo del niño, muy por debajo del esternón. [243]
4. Agarra el puño con la mano.
5. Haz 5 empujones rápidos, hacia arriba y hacia adentro con tus puños.
6. Alterna entre 5 golpes en la espalda y 5 empujes hacia el abdomen hasta que el objeto sea desalojado y el niño respire o tose solo. [244]

posición para la maniobra de Heimlich

mostrando el empuje de la maniobra de Heimlich

Figura 5.3 — Aquí está el posicionamiento para realizar la maniobra de Heimlich en un niño. [245]

Responder a niños que no respiran o sin pulso

RCP significa reanimación cardiopulmonar. Es un procedimiento que salva vidas que se realiza cuando la respiración o los latidos cardíacos de un niño se han detenido. Esto puede suceder después de ahogarse, asfixia, asfixia o una lesión. La RCP implica:

- Respiración de rescate, que proporciona oxígeno a los pulmones de un niño
- Compresiones torácicas, que mantienen circulando la sangre del niño

El daño cerebral permanente o la muerte pueden ocurrir en cuestión de minutos si el flujo sanguíneo de un niño se detiene. Por lo tanto, debe continuar la RCP hasta que regresen los latidos del corazón y la respiración del niño, o llegue ayuda médica capacitada.

La RCP es mejor realizada por alguien capacitado en un curso acreditado de RCP. Las técnicas más novedosas enfatizan la compresión sobre la respiración de rescate y el manejo de las vías respiratorias, revirtiendo una práctica Los procedimientos aquí descritos NO son un sustituto de la capacitación en RCP.

Las máquinas llamadas desfibriladores externos automatizados (DEA) se pueden encontrar en muchos lugares públicos y se pueden comprar para hogares y programas de cuidado y educación temprana. Estas máquinas cuentan con almohadillas o paletas para colocar en el pecho durante una emergencia potencialmente mortal. Utilizan computadoras para verificar

automáticamente el ritmo cardíaco y dar un shock repentino si, y solo si, ese choque es necesario para que el corazón vuelva al ritmo correcto. Al usar un DEA, siga las instrucciones exactamente.

RCP para Bebés (menores de 1 año de edad)

1. Verifique la capacidad de respuesta. Agite o toque suavemente al bebé. Ver si el bebé se mueve o hace ruido. Grita: "¿Estás bien?"
2. Si no hay respuesta, grite pidiendo ayuda. Envía a alguien para que llame al 911. No deje usted mismo al bebé para llamar al 911 hasta que haya realizado RCP por aproximadamente 2 minutos.
3. Coloca con cuidado al bebé boca arriba. Si existe la posibilidad de que el bebé tenga una lesión en la columna vertebral, dos personas deben mover al bebé para evitar que la cabeza y el cuello se tuerzan. [246]
4. Realizar compresiones torácicas:

- Coloca 2 dedos sobre el esternón, justo debajo de los pezones. Asegúrate de no presionar al final del esternón.
- Mantenga la otra mano en la frente del bebé, manteniendo la cabeza inclinada hacia atrás.
- Presiona hacia abajo el pecho del bebé para que comprima aproximadamente 1/3 a 1/2 la profundidad del pecho.
- Dar 30 compresiones torácicas. Cada vez, deja que el pecho se eleve por completo. Estas compresiones deben ser RÁPIDAS y duras sin pausas. Cuenta las 30 compresiones rápidamente: "1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, apagado". [247]

5. Abrir la vía aérea. Levanta la barbilla con una mano. Al mismo tiempo, empuja hacia abajo en la frente con la otra mano.
6. Mira, escucha y siente por respirar. Coloca la oreja cerca de la boca y la nariz del bebé. Observe el movimiento del pecho. Siente para respirar en la mejilla.
7. Si el bebé no está respirando:

- Cubra firmemente la boca y la nariz del bebé con la boca.
- Alternativamente, cubrir solo la nariz. Mantenga la boca cerrada.
- Mantenga la barbilla levantada y la cabeza inclinada.
- Dar 2 respiraciones. Cada respiración debe tomar alrededor de un segundo y hacer que el pecho se eleve.

8. Continuar la RCP (30 compresiones torácicas seguidas de 2 respiraciones, luego repetir) durante aproximadamente 2 minutos.
9. Después de aproximadamente 2 minutos de RCP, si el bebé aún no tiene respiración normal, tos o ningún movimiento, deje que el bebé llame al 911.
10. Repita la respiración de rescate y las compresiones torácicas hasta que el bebé se recupere o llegue ayuda.

Si el lactante vuelve a respirar, colóquelo en la posición de recuperación (ver Figura 5.12). Vuelva a verificar periódicamente la respiración hasta que llegue la ayuda. [248]

comprobando la respiración

Figura 5.6 — Comprobar si hay respiración. [249]

colocación de los dedos para RCP

Figura 5.7 — Posición para compresiones [250]

dando aliento de rescate

Figura 5.8 — Posición para dar respiraciones de rescate. [251]

RCP para niños (de 1 a 8 años de edad)

1. Verifique la capacidad de respuesta. Agite o toque suavemente al niño. Ver si el niño se mueve o hace ruido. Grita: "¿Estás bien?"
2. Si no hay respuesta, grite pidiendo ayuda. Envía a alguien a llamar al 911 y recuperar un desfibrilador externo automático (DEA) si hay uno disponible. No deje al niño solo para llamar al 911 y recuperar un DEA hasta que haya realizado RCP por aproximadamente 2 minutos.
3. Coloca con cuidado al niño boca arriba. Si existe la posibilidad de que el niño tenga una lesión en la columna, dos personas deben mover al niño para evitar que la cabeza y el cuello se tuerzan. [252]

4. Realizar compresiones torácicas:

- Coloca el talón de una mano sobre el esternón, justo debajo de los pezones. Asegúrate de que tu talón no esté al final del esternón.
- Mantenga la otra mano en la frente del niño, manteniendo la cabeza inclinada hacia atrás.
- Presiona hacia abajo el pecho del niño para que comprima aproximadamente 1/3 a 1/2 la profundidad del pecho.
- Dar 30 compresiones torácicas. Cada vez, deja que el pecho se eleve por completo. Estas compresiones deben ser RÁPIDAS y duras sin pausas. Cuenta las 30 compresiones rápidamente: "1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, apagado". [253]

5. Abrir la vía aérea. Levanta la barbilla con una mano. Al mismo tiempo, empuja hacia abajo en la frente con la otra mano.
6. Mira, escucha y siente por respirar. Coloca la oreja cerca de la boca y la nariz del niño. Observe el movimiento del pecho. Siente para respirar en la mejilla.
7. Si el niño no está respirando:

- Cubra la boca del niño con fuerza con la boca.
- Pellizcar la nariz cerrada.
- Mantenga la barbilla levantada y la cabeza inclinada.
- Dar dos respiraciones. Cada respiración debe tomar alrededor de un segundo y hacer que el pecho se eleve.

8. Continuar la RCP (30 compresiones torácicas seguidas de 2 respiraciones, luego repetir) durante aproximadamente 2 minutos.
9. Después de aproximadamente 2 minutos de RCP, si el niño aún no tiene respiración normal, tos o ningún movimiento, deje al niño si está solo y llame al 911. Si hay un DEA disponible para niños, úselo ahora.
10. Repita la respiración de rescate y las compresiones torácicas hasta que el niño se recupere o llegue ayuda.
11. Si el niño vuelve a respirar, colóquelo en la posición de recuperación (Ver Figura 5.9). Vuelva a verificar periódicamente la respiración hasta que llegue la ayuda. [254]

comprobando la respiración

Figura 5.9 — Comprobación de la respiración [255]

colocación de la mano para compresiones torácicas

Figura 5.10 — Posición para compresiones [256]

Dar respiraciones de rescate

Figura 5.11 — Posición para dar respiraciones de rescate. [257]

diagrama de posición de recuperación

Figura 5.12 Posición de recuperación: La boca está hacia abajo para que el líquido pueda drenar de la vía aérea del niño; la

el mentón está bien levantado para mantener la vía aérea abierta. Los brazos y las piernas están bloqueados para estabilizar la posición del niño. [258]

Niño perdido o desaparecido

La mejor manera de evitar que los niños desaparezcan es establecer y seguir procedimientos para monitorear la asistencia. Las siguientes sugerencias han sido modificadas del Código de Salud de la Ciudad de Nueva York.

- Identificar quién es el responsable de tomar asistencia
- Identificar cuándo se tomará la asistencia
- Identificar cómo se va a confirmar, documentar y reportar la asistencia
- Asegúrese de que los horarios de personal aseguren que las proporciones de adultos a hijos se mantengan en todo momento
- Tener procedimientos claros para cualquier momento en que los niños estén haciendo la transición entre aulas y espacios al aire libre
- Seguir los procedimientos para niños en transición que llegan tarde o salen temprano
- Capacitar a todo el personal en trámites
- Para eventos especiales y excursiones

- Se debe identificar a un coordinador

- Asegúrese de que el personal esté familiarizado con el destino antes del evento/viaje
- Seguir los procedimientos para documentar la aprobación de los padres
- Aumentar las proporciones con personal adicional o voluntarios (que tienen autorización de antecedentes)
- Determinar procedimientos de comunicación con métodos confiables (desarrollar árbol de comunicación)
- Supervisar la asistencia y tomar los recuentos de
- Mantener registro de asistencia al viaje
- Asignar pequeños grupos de niños a personal específico
- Establecer áreas de reagrupación
- Tomar asistencia antes de la salida

Y aquí están los procedimientos a seguir si un niño no va a desaparecer:

- Establecer instrucciones para reportar (cuándo, cómo y por quién)
- Establecer procedimientos para la búsqueda del niño mientras se mantiene la supervisión de todos los demás niños
- Documentar el incidente
- Desarrollar acciones a tomar en respuesta al evento [259]

Adulto no autorizado que intenta o obtiene acceso

También deben existir políticas y procedimientos para mantener a los niños a salvo de personas no autorizadas por motivos del programa de atención y educación temprana. Los programas pueden optar por tener entradas bloqueadas y solo accedidas a través de códigos (cada persona autorizada debe tener su propio código) o al ser ingresados por un miembro del personal del programa.

Archivo:Digicode.jpg

Figura 5.13 — Las entradas seguras pueden ser accedidas por personas autorizadas con su propio código. [260]

Los programas también pueden usar cámaras para monitorear y registrar las entradas del edificio, espacios comunes, pasillos, aulas y espacios al aire libre. Las alarmas y los botones de pánico también son algo que los programas pueden considerar usar para mayor protección (y las alarmas protegen los terrenos incluso después de horas de operación).

La recepción/entrada debe estar equipada con alguien que pueda verificar a cada persona que ingresa para asegurarse de que ha sido autorizada para tener acceso haciendo coincidir su identificación con el registro del niño de personas autorizadas. Las hojas de inicio de sesión deben usarse para documentar quién está dejando a cada niño y quién los ha recogido. Es importante señalar que, a menos que el programa haya recibido una orden judicial que limite los derechos de custodia de los padres, los hijos no pueden ser alejados de uno de los padres.

La única excepción a esto es que de acuerdo con la ley de California, un programa puede denegar el acceso a un adulto cuyo comportamiento presenta un riesgo para los niños en el programa. Según el Departamento de Servicios Sociales de California y el Programa de Defensor del Cuidado Infantil, si un padre viene a recoger a su hijo mientras está ebrio o bajo la influencia de drogas, los proveedores de cuidado infantil deben:

- Hacer todo lo posible para evitar que el padre tome al niño tomando las medidas recomendadas
- Intente retrasar la salida hasta que pueda comunicarse con otra persona autorizada para recoger al niño.
- Considera llamar a la policía si la persona se niega a cooperar o actúa de manera amenazante
- Si se lleva al niño, anote una descripción del vehículo y la placa y reporte la situación al padre/tutor legal y/o policía. [261]

Respuesta al intento de una persona no autorizada de recoger a un niño

De acuerdo con el Public Counsel Law Center: Early Care and Education Law Project *Lineamientos para liberar a niños*, si una persona no autorizada intenta recoger a un niño, un programa debe:

- Resistir sus demandas
- Solicitar tranquilamente su identificación y explicar que la ley requiere que el padre/tutor legal que se inscribe autorice a cualquier persona a la que se le permita recoger a un niño
- Llame al padre con custodia de inmediato y hágales saber lo que está sucediendo
- Si la persona se niega a cumplir, es posible que sea necesario llamar a la policía

- Si el niño es llevado por la fuerza, obtener una descripción detallada de la persona y vehículo para reportar a las autoridades inmediatamente [262]

Desastres y Emergencias

Los programas de atención y educación temprana deben considerar cómo prepararse y responder a situaciones de emergencia o desastres naturales que puedan requerir evacuación, bloqueo o refugio en el lugar y tener planes escritos, en consecuencia. Los planes escritos deben publicarse en cada aula y áreas utilizadas por los niños. Se deben abordar los siguientes temas, incluyendo, entre otros, simulacros de práctica programados regularmente, procedimientos para notificar y actualizar a las familias, y el uso de la lista o listas de clases diarias para verificar la asistencia de niños y personal durante una emergencia o simulacros cuando se reúnen en un espacio seguro después de la salida y al regresar al programa. Todos los taladros/ejercicios deben ser registrados. [263]

Las emergencias suelen ocurrir repentinamente y pueden ser devastadoras para los programas y las comunidades. La preparación para emergencias es el proceso de tomar medidas para garantizar que su programa de atención y educación temprana sea seguro antes, durante y después de una emergencia. Ya sea que ocurra un desastre natural como un tornado o una emergencia provocada por el hombre como la aparición de un intruso violento, los educadores de la primera infancia necesitan saber cómo responder rápida y adecuadamente a situaciones que puedan ocurrir en su programa, centro o hogar. Es importante que cada programa cree un plan de preparación para emergencias específico para su ubicación, edificio y terrenos.

Los programas de atención y educación temprana juegan un papel importante en el apoyo a los niños y familias en sus comunidades locales antes, durante y después de una emergencia a través de tres fases del manejo de emergencias:

- Preparación: se lleva a cabo antes de una emergencia. Incluye estar informado sobre cualquier posible emergencia en su área; mitigar cualquier inquietud existente en su instalación que pueda empeorar una emergencia; hacer planes para responder a las emergencias antes de que ocurran; y construir, mantener y actualizar los kits de suministros que llevará o mantendrá con usted durante una emergencia.
- Respuesta: comienza en el momento en que se le alerta de una emergencia inminente y continúa a medida que ocurre la emergencia.
- Recuperación—Ocurre tan pronto como termina la emergencia, cuando los esfuerzos se centran en la alimentación, el agua, el refugio, la seguridad y las necesidades emocionales de los afectados. La recuperación también es el proceso de reconstruir tu programa y volver a la normalidad después de una emergencia, por lo que puede durar horas, semanas, meses, o incluso años en los casos más extremos.

Figura 5.14 — Los programas necesitan hacer un plan. [264]

Preparación

Asegurarte de estar preparado y listo para las actividades diarias es esencial, y es algo que haces todos los días en tu programa. Preparar y planificar las emergencias no es diferente. Utilice la autoevaluación del Apéndice F para determinar los pasos que puede necesitar tomar para desarrollar un plan integral y efectivo de preparación para emergencias.

También deberá considerar los tipos de emergencias que su programa podría experimentar. ¿Qué tipos de emergencias han ocurrido anteriormente en su área? ¿Su programa está en una zona inundada o en un área comúnmente amenazada por incendios forestales? ¿Experimentas eventos climáticos severos? ¿Hay antecedentes de violencia en tu comunidad? Aquí hay algunas posibles emergencias a considerar:

- Tornado
- Terremoto
- Huracán
- Inundaciones
- Tsunami
- Tormenta
- Incendio de casa/incendio forestal
- Tirador activo/Intruso violento (¿Preparado para?)
- Apagón/corte de energía
- Calor Extremo

- Tormenta Invierno/Frío Extremo
- Deslizamiento de tierra/Mudslide
- Erupción volcánica

C:\Users\paris_j\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.MSO\ FCC62440.tmp

Figura 5.15 — Una amenaza a considerar son los incendios forestales [265]

Su plan de emergencia debe abordar todos los aspectos de su programa de educación infantil temprana, incluyendo el número y las edades de los niños inscritos y cualquier necesidad especial de atención médica o preocupación de los niños y el personal. Mientras desarrolla su plan de emergencia, use los recursos de la comunidad para diferentes perspectivas y recomendaciones sobre la preparación, la respuesta y los esfuerzos de recuperación. Estos recursos pueden incluir pero no se limitan a:

- Consultores de salud de cuidado infantil
- Consultores de salud mental
- Recursos de cuidado infantil y agencias de referencia (CCR&R)
- Los socorristas, como personal de bomberos, fuerzas del orden y personal médico de emergencia
- Agencia de licencias de cuidado infantil estado/territorio
- Departamentos de salud pública
- Personal del distrito escolar, si su programa está ubicado dentro de una escuela
- Médicos comunitarios expertos en desastres

Hacer su Plan de Respuesta a Emergencias

Trabajar juntos y comunicar qué hacer durante un evento es esencial. Comprender el papel de todos durante una emergencia antes de que ocurra la emergencia ayuda a que el procedimiento de respuesta sea más rápido y eficiente. El establecimiento de responsabilidades se puede abordar durante las sesiones de capacitación y reuniones de planificación antes de una emergencia o simulacro, para garantizar que el personal se sienta cómodo con los procedimientos

Tipos de respuestas de emergencia

Hay muchos tipos de emergencias. La clave para recordar es que cada uno es un método para poner barreras efectivas entre tú y una amenaza. La diferencia está en los tipos de amenazas y en qué tipo de barrera se llama.

- Evacuar es un medio para dejar una situación o área peligrosa (por ejemplo, debido a un incendio).
- El refugio en su lugar es el uso de una estructura y su atmósfera interior para separarlo temporalmente de una atmósfera peligrosa al aire libre (por ejemplo, tornados, terremotos, clima severo, deslizamientos de tierra o flujo de escombros). Consiste en cerrar todas las puertas, ventanas y rejillas de ventilación y tomar refugio inmediato en un lugar de fácil acceso.
- Un encierro es un procedimiento de refugio en el lugar que se utiliza en situaciones con intrusos o emergencias que involucran violencia potencial. El encierro requiere que niños y adultos se refugien en una habitación segura, cierren las puertas y permanezcan tranquilos hasta que termine el evento.
-

Consulte un plan de evacuación de muestra y ejemplos de planes en blanco para evacuación, refugio en el lugar y encierro en el Apéndice G.

Resultado de imagen para taladro sísmico

Figura 5.16 — Estos niños en edad escolar participan en un simulacro sísmico. [266]

Construcción de un kit de emergencia

La construcción de un kit de suministros de emergencia es una parte importante de la preparación. Este kit asegura que su programa cuente con suficientes suministros y alimentos si usted y los niños necesitan refugiarse en su lugar o evacuar en caso de emergencia durante al menos 72 horas. Asegúrese de que todos los artículos estén actualizados y que no hayan caducado. Considera nombrar a alguien para que sea responsable de verificar rutinariamente las fechas de vencimiento de los alimentos en tu kit. Aquí hay algunos artículos que podrías considerar incluir en tu kit:

- Datos de contacto de emergencia para niños y personal
- Hoja de asistencia
- Plano de planta de instalación con rutas de evacuación delineadas
- Indicaciones impresas a los sitios de evacuación
- Lista de medicamentos con instrucciones de dosificación para cada niño que toma medicamentos
- Radio meteorológica con batería o manual
- Walkie-talkies a batería para comunicarse con el personal
- Teléfono celular y cargador completamente cargados
- Linterna y baterías
- Botiquín
- Pañales, papel higiénico, toallitas para pañales
- Toallitas sanitarias y desinfectante de manos
- Guantes médicos sin látex
- Fórmula infantil seca o enlatada
- Agua embotellada
- Alimentos no perecederos
- Guantes de trabajo
- Toallas de papel
- Mantas
- Fuente de alimentación alternativa para dispositivos médicos eléctricos (si es necesario)
- Silbato
- Llave o alicates para que el director apague los servicios públicos
- Coincide en un contenedor impermeable
- Juegos o actividades para entretener a los niños

Practica tu plan

Practicar su plan de emergencia con anticipación ayuda a todos a responder rápida y adecuadamente cuando surge una situación de emergencia. No sabrás si el plan funciona a menos que lo pruebes, así que practica con todos los niños y adultos. Si tiene niños inscritos o personal con necesidades especiales de atención médica o discapacidades, aborde estas necesidades específicas con socios de la comunidad durante la práctica.

Niños caminando con guardián

Figura 5.17 — Practicando simulacros de evacuación. [267]

Los simulacros regulares de emergencia, tanto anunciados como no anunciados, ayudan a todos a familiarizarse con los procedimientos y actividades de emergencia. Esto puede reducir el pánico y el miedo durante una emergencia real, liberando a los participantes para que se centren en cómo evacuar, refugiarse en el lugar o encerrarlos.

Procedimientos de Reunificación

Un método efectivo para reunir a los niños con sus padres y tutores después de una emergencia es un componente a menudo pasado por alto de un plan de emergencia, pero es muy importante. Incluir información actualizada de contacto de emergencia para cada niño en su kit de emergencia puede ayudar a proporcionar estructura en torno a este proceso. Procedimientos de reunificación que deben comunicarse a las familias:

- Ubicaciones de evacuación o refugio en el lugar
- Qué hará el programa durante una respuesta de bloqueo
- Qué deben hacer las familias durante una respuesta de encierro
- Quién se pondrá en contacto con las familias antes, durante y después de una emergencia
- Cómo se contactará a las familias (por ejemplo, mensaje de texto, correo electrónico, llamada telefónica)
- Procedimientos si un niño necesita ser transportado para recibir atención médica (por ejemplo, quién acompañará al niño, a dónde irá)

Es importante que los programas cuenten con procedimientos establecidos si los niños no pueden reunirse con sus familias de inmediato. Las carreteras se cierran, la atención se retrasa y los turnos de trabajo pasan a horas extras durante emergencias para los padres/tutores que trabajan en hospitales o como socorristas. Tener un plan en caso de que necesite cuidar a un niño de la

noche a la mañana es una parte crítica de sus procedimientos de reunificación.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**¿Qué es Mitigación?** La mitigación es similar a la preparación e implica reducir la gravedad o severidad de desastres o emergencias. También es una forma de prevenir futuras emergencias o desastres. Use la siguiente lista de verificación en el Apéndice H para asegurarse de que está mitigando los riesgos de su programa. [268]

Respuesta

Los objetivos de la fase de respuesta son:

- Determinar que se está produciendo una emergencia
- Determinar la respuesta apropiada (evacuación, refugio en su lugar o encierro)
- Activar el plan de respuesta a emergencias
- Mantener la comunicación con todo el personal y los socorristas
- Establecer qué información se debe comunicar al personal, maestros, asistentes, niños, familias y la comunidad
- Proporcionar primeros auxilios de emergencia según sea necesario

Consulte la Figura 5.18 para ver el proceso que deben seguir las respuestas.

Gráfico de Respuesta a Emergencias

Figura 5.18 — Diagrama de flujo de respuesta a emergencias [269]

La respuesta está directamente relacionada con la preparación: cuanto más prepare y practique su respuesta a emergencias, más eficiente será su respuesta. Después de realizar una emergencia, todas las partes involucradas deben reflexionar sobre cómo fue el simulacro y proporcionar retroalimentación sobre lo que funcionó y lo que no funcionó. Las actualizaciones y revisiones del plan y los procedimientos deben hacerse con base en esa retroalimentación. Los maestros también deben discutir el simulacro con los niños después, para que los niños puedan hacer preguntas y entender lo que sucedió. [270]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**Respuesta a Incendios y Sismos** **Respuesta al terremoto: caída, cubierta y retención** Para estar preparados para responder cuando se produzca un sismo, los maestros deben identificar lugares seguros. Un lugar seguro podría estar debajo de una mesa o escritorio resistente o contra una pared interior lejos de ventanas, librerías o muebles altos que podrían caer sobre maestros y niños. Cuanto más corta sea la distancia para pasar a un lugar seguro, menos probabilidades hay de que alguien resulte lesionado. Todos deberían practicar caer, cubrirse y aguantar. Haga que los niños vayan debajo de una mesa (o escritorio si están en edad escolar) y se aferren a una pata de la mesa o escritorio. Haz que protejan sus ojos manteniendo la cabeza agachada. Figura 5.19 — Gráfico Drop, Cover y Hold. [271] Si ocurre un terremoto en el interior, todos deben caer, cubrirse y aguantar hasta que se detenga el temblor. Luego, los maestros deben revisar a todos en busca de lesiones y buscar cosas que puedan haberse caído o roto que ahora pueden ser un peligro (incluido el incendio). Si es necesaria la evacuación, todos deben usar escaleras. Si ocurre un sismo cuando las personas están al aire libre, deben permanecer afuera, alejándose de edificios, árboles, farolas y líneas aéreas, agachándose y cubriéndose la cabeza. Muchas lesiones ocurren a menos de diez pies de la entrada a los edificios. Ladrillos, techos y otros materiales pueden caer de los edificios, lesionando a personas cercanas. Los árboles, las farolas y las líneas aéreas también pueden caer, causando daños o lesiones. [272] **Respuesta al Fuego** Los programas deben tener rutas de escape claras dibujadas en planos de planta que anoten todas las puertas, ventanas y barreras potenciales. Cada habitación debe tener dos rutas de escape, las cuales deben mantenerse abiertas/accesibles en todo momento. Y se debe identificar el lugar de evacuación (y un sitio de evacuación de respaldo/refugio temporal). Estos planes deben publicarse en todas las habitaciones y todo el personal del programa y las familias deben estar familiarizados con estos (y practicarlos regularmente). Si ocurre un incendio, se debe llamar inmediatamente al 911. Una persona designada del personal debe obtener el registro actual de la asistencia y la información de contacto de emergencia para todos los niños. A medida que los niños y el personal evacuan, hay que señalar cada uno para que nadie se quede atrás. Nadie debe regresar al edificio una vez que haya sido evacuado Todos deben proceder al lugar de evacuación o refugio temporal. Para los niños que aún no pueden caminar (bebés, niños pequeños o niños con discapacidades de movilidad) se puede usar un carro grande, una cuna de emergencia con ruedas o equipo similar para la evacuación.

Recuperación

La fase de recuperación se refiere a las acciones tomadas desde el momento en que finaliza la emergencia hasta que se atienden las necesidades del personal, los niños y las familias. Incluye ayudar a las familias afectadas a reanudar sus actividades diarias y ayudar a todos los afectados a hacer frente a las secuelas de la emergencia. La recuperación puede durar algunos días, semanas, meses o incluso años. Los objetivos de la fase de recuperación son:

- Reconstruya sus instalaciones o su hogar si es necesario, y restaure los servicios lo más rápido posible.

- Satisfacer las necesidades (físicas, de salud, emocionales) de niños, familias y personal.
- Brindar un ambiente de apoyo y cuidado que devuelva la normalidad a la vida de los niños.

Incorporar recursos de recuperación en su plan de preparación para emergencias puede ayudarlo a alcanzar estas metas más rápidamente mientras brinda apoyo emocional y de salud mental a niños, familias y personal.

Reunificación

Regresar de manera segura a los niños a sus familias después de que una emergencia comience a devolver a los niños y familias a la normalidad. Prepararse para esto manteniendo actualizada la información de contacto de emergencia de cada niño en su kit de emergencia puede ayudar a proporcionar estructura en torno a este proceso. Como se discutió en capítulos anteriores, asegúrese de estar comunicándose con las familias durante toda la emergencia, si es posible. Esta comunicación puede ayudar a que el proceso de reunificación comience más rápidamente, ya que las familias pueden recoger a sus hijos de manera segura antes.

Evaluación de daños y necesidades

Una evaluación de daños en su instalación o hogar después de una emergencia es crucial para que su programa de educación infantil temprana vuelva a abrir. Las evaluaciones diferirán según el tipo de emergencia que haya experimentado su programa, centro o hogar. Recursos para ayudarte a completar una evaluación de daños: b Inundaciones: usa.childcareaware.org/inundación/ b Huracán: usa.childcareaware.org/huracanes b Tornado: www.ready.gov/tornadoes Asegúrese de que su programa de educación infantil temprana haya recibido el claro de licencias y funcionarios de emergencia antes de reabrir .

Continuación de Servicios

Después de realizar su evaluación de daños y necesidades, se necesita un plan de acción sobre cómo su programa de educación infantil temprana reanudará los servicios a las familias. Usa los recursos de la comunidad, ellos pueden conectarte con recursos que te pueden ayudar a reabrir tu programa de cuidado y educación temprana o proporcionar a los niños cuidado infantil temporal. Recursos relacionados con la continuación de los servicios: b childcareta.acf.hhs.gov/resource/continuation-childcareservices-louisianas-experience

Salud Mental y Necesidades Emocionales

El apoyo a la salud mental es una prioridad alta después de una emergencia. Los niños y adultos que han experimentado estrés y/o pérdida, ya sea en el programa de cuidado infantil o en el hogar, pueden tener dificultades para afrontarlo. Al ofrecer un lugar seguro y recursos como consultores de salud mental, los programas de atención y educación temprana apoyan a niños, familias y personal que afrontan el miedo, la ira y el dolor y les ayudan a reanudar sus vidas de una manera saludable.

Hacer frente a desastres, emergencias y tragedias

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Todo el que ve o experimenta una emergencia se ve afectado por ella de alguna manera.
- Es normal sentirse ansioso por tu propia seguridad y la de tu familia y amigos cercanos.
- La tristeza profunda, el dolor y la ira son reacciones normales durante o después de una emergencia.
- Cada uno tiene diferentes necesidades y diferentes formas de afrontarlo.
- Reconocer los sentimientos y enfocarte en tus fortalezas y habilidades puede ayudar a la recuperación.
- Los recuerdos difíciles del desastre pueden ser provocados por ciertos ruidos fuertes, eventos climáticos o clips de noticias de la emergencia. Esto puede ser cierto incluso años después.

casa, o, hogar, vector, icono	**Involucrar a las familias en el apoyo a sus hijos después** Más recursos sobre cómo las familias pueden ayudar a los niños a sobrellevar un desastre: • Esta página web puede ayudar a guiar las conversaciones con niños sobre tragedias y emergencias: https://www.healthychildren.org/English/family-life/Media/Pages/Talking-To-Children-About-Tragedies-and-Other-News-Events.aspx • Esta página web cuenta con varios recursos para ayudar a los niños a enfrentar desastres naturales y emergencias: www.brighthorizons.com/talking-to-children • Esta hoja de consejos ayuda a explicar por qué los niños pueden estar actuando de manera diferente en respuesta a una emergencia o desastre: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/publication/childrens-responses-crises-tragic-events • Esta hoja de consejos proporciona ejemplos y explicaciones sobre cómo hablar con los niños cuando están afrontando un desastre: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/publication/helping-your-child-cope-after-disaster

Resumen

Cuando los programas de atención y educación temprana cuentan con personal conocedor de cómo identificar y responder a lesiones y emergencias, están preparados para mantener seguros a los niños. En este capítulo se proporciona d información básica sobre la respuesta a las lesiones. Este contenido no es un reemplazo de la certificación que deben perseguir los maestros y otros miembros del personal.

Es importante recordar que las emergencias pueden tomar muchas formas. Los programas de atención y educación temprana deben estar listos para actuar ante cualquier tipo de emergencia al estar preparados y al saber responder y recuperarse. [273]

icono de computadora portátil

Recursos para una mayor exploración

- Pautas de primeros auxilios de emergencia para escuelas de California: https://emsa.ca.gov/wp-content/uploa...tive_Final.pdf
- Aprende RCP por la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington http://depts.washington.edu/learncpr/index.html
- Manual del Participante de Soporte Vital Básico: https://www.redcross.org/content/dam...0IC-010319.pdf
- Public Counsel Law Center: Pautas del Proyecto de Ley de Cuidado y Educación Temprana para Liberar a Niños: http://www.publiccounsel.org/tools/a...d-May-2010.pdf
- Manual de Preparación para Emergencias para Programas de Primera Infancia: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...d-programs.pdf
- Agencias en tu comunidad: www.fema.gov/emergencymanagement-agencias
- Administración para Niños y Familias Recursos para Desastres en la Primera Infancia: www.acf.hhs.gov/ohsepr/primera infancia
- Sitio web de la Academia Americana de Pediatría para Niños y Desastres: www.aap.org/disaster
- Notas sobre el Programa de Salud, Salud y Seguridad de Cuidado Infantil de California: https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/...061406_adr.pdf
- Child Care Aware® of America: sitio web de preparación para emergencias: www.childcareprepare.org
- Centro de Aprendizaje y Conocimiento de la Primera Infancia Página: eclkc.ohs.acf.hhs.gov/seguridad... y-preparación
- Planificación de emergencia para estudiantes con necesidades especiales, Minnesota: www.mnlowincidenceprojects.org/documents/pi_region10_ EmergEvacPlanning.pdf
- Evacuación para personas con discapacidad: https://emergency.vanderbilt.edu/vu/...n-disabled.php
- Oficina de Cuidado Infantil: Recursos de Cuidado Infantil para Desastres y Emergencias: www.acf.hhs.gov/occ/resource/childcare-resources-for-desastsand-emergencies
- Ready.gov: www.ready.gov
- Cómo planificar emergencias y desastres Una guía paso a paso para proveedores de cuidado infantil de California: https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/...y-Disaster.pdf
- Calle Sésamo en Comunidades Preparación para Emergencias Página: https://sesamestreetincommunities.or... -preparación/
- Manual de Preparación para Emergencias para Programas de Primera Infancia: health.mo.gov/safety/childca... odPrograms.pdf

This page titled 4: Atención de lesiones menores y preparación y manejo de emergencias is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 5: Caring for Minor Injuries and Preparing for and Managing Emergencies by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

5: Maltrato infantil

Capítulo 6: Maltrato infantil

Signo de exclamación, Advertencia, Peligro, Atención, Negro	**Advertencia: Este capítulo contiene información sobre el abuso infantil que puede ser desencadenante para algunos lectores.**

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Definir los cuatro tipos de maltrato infantil (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual y descuido).
- Identificar los factores de riesgo de maltrato infantil.
- Discutir factores de protección y estrategias de prevención.
- Enumerar signos de cada tipo de maltrato.
- Explique qué es el reporte obligatorio y a quién se aplica.

martillo, icono	**Reglamento de Licencias** Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: **101170 Liquidación de antecedentes penales** • El Departamento llevará a cabo una revisión de antecedentes penales de todas las personas que trabajan en un centro de cuidado infantil, incluyendo: • Adultos encargados de la administración o supervisión del personal. • Cualquier persona, que no sea un niño, que resida en la instalación. • Toda persona que brinde atención y supervisión a los niños. • Cualquier persona del personal que tenga contacto con los niños. • Quedan exentos los familiares y tutores legales de un niño en la instalación. • Un voluntario o estudiante que siempre esté supervisado directamente por un personal con huellas dactilares, y que no pase más de 16 horas semanales en las instalaciones está exento. • Antes del empleo, residencia o presencia inicial en el centro de cuidado infantil, todas las personas sujetas a revisión de antecedentes penales deberán obtener una autorización del Departamento de Justicia, o solicitar la transferencia de una autorización vigente para asociarse con la instalación. **101170.2 ÍNDICE CENTRAL DE ABUSO** • Se llevará a cabo una revisión del Índice Central de Maltrato Infantil sobre el solicitante y todas las personas sujetas a una revisión de antecedentes penales antes de licencia, empleo o presencia inicial en la instalación. **101212 REQUISITOS** • El licenciatario deberá informar al Departamento de las siguientes incidencias: • Cualquier lesión a cualquier niño que requiera tratamiento médico. • Cualquier incidente inusual o ausencia infantil que amenace la seguridad. • Cualquier sospecha de abuso físico o psicológico de cualquier niño. **Leyes obligatorias para reporteros** Los proveedores de cuidado infantil están incluidos en las profesiones que se requieren para denunciar presuntos malos tratos infantiles por la Ley de Reporte de Abuso y Negligencia Infantil (CANRA) de conformidad con los Códigos Penales 11164 a 11174.3. [274]

Introducción

Una responsabilidad más que tienen los educadores de la primera infancia para proteger la seguridad de los niños es comprender qué es el maltrato infantil, los factores de riesgo de maltrato infantil, los signos de diferentes formas de maltrato infantil, y qué deben hacer para apoyar a los niños y las familias y qué deben hacer legalmente si sospechan maltrato infantil.

Mirando los datos

En 2017, había 674,000 víctimas fundamentadas de abuso y negligencia infantil en todo Estados Unidos Los niños más pequeños son los más vulnerables al maltrato. A nivel nacional, los estados reportan que más de una cuarta parte (28.5%) de las víctimas son menores de 3 años. La tasa de victimización es más alta para los niños menores de 1 año, con 25.3 por mil niños.

víctimas de malos tratos por edad, la cantidad de víctimas parece disminuir con la edad

Figura 6.1 — Víctimas de maltrato infantil por edad en 2017. [275]

Los porcentajes de niños víctimas son similares tanto para niños (48.6%) como para niñas (51.0%). El sesenta y nueve por ciento de las víctimas son maltratadas por una madre, ya sea actuando sola (40.8%) o con un padre y/o no progenitor (28.2%). Más del 13.0 por ciento (13.5%) de las víctimas son maltratadas por un perpetrador que no era el padre del niño. Las categorías más grandes en el grupo no parental son relativas (4.7%), pareja de padres (2.9%) y “otras” (2.7%).

Los efectos del maltrato y abandono infantil son graves, y una muerte infantil es la consecuencia más trágica. En 2017, una estimación nacional de mil 720 niños fallecieron por maltrato y descuido a razón de 2.32 por cada 100 mil niños de la población. [276]

Definiciones

El maltrato infantil incluye todo tipo de abuso y descuido de un niño menor de 18 años por parte de un padre, cuidador u otra persona en un rol de custodia (como clero, un entrenador, un maestro) que resulte en daño, potencial de daño o amenaza de daño a un niño. Hay cuatro tipos comunes de abuso y descuido: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y negligencia. [277]

Abuso Físico

El abuso físico es una lesión física no accidental a un niño causada por un padre, cuidador u otra persona responsable de un niño y puede incluir puñetazos, golpes, patadas, morder, temblores, sacudidas, lanzar, apuñalar, asfixia, golpear (con una mano, palo, correa u otro objeto), quemarse o causar de otra manera física daño. La disciplina física, como azotar o remar, no se considera abuso siempre y cuando sea razonable y no cause lesiones corporales al niño. Las lesiones por abuso físico pueden variar desde moretones menores hasta fracturas graves o la muerte.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png

Trauma craneal abusivo

El traumatismo craneoencefálico abusivo (AHT), que incluye el síndrome del bebé sacudido, es una forma prevenible y grave de abuso infantil físico que resulta en una lesión en el cerebro de un niño. La TAH es más común en niños menores de cinco años, con niños menores de un año en mayor riesgo. Es causado por sacudidas violentas y/o con impacto contundente. La lesión resultante puede causar sangrado alrededor del cerebro o en la capa interna posterior de los ojos.

Casi todas las víctimas de AHT sufren graves consecuencias de salud a largo plazo, como problemas de visión, retrasos en el desarrollo, discapacidades físicas y pérdida auditiva. Al menos uno de cada cuatro bebés que experimentan AHT muere por esta forma de abuso infantil.

Figura 6.2 — Los daños a largo plazo o la muerte son los

consecuencia de casi todas las víctimas de AHT. [278]

La TAH suele ocurrir cuando un padre o cuidador se enoja o se frustra por el llanto de un niño. El cuidador luego sacude al niño y/o golpea o golpea la cabeza del niño contra algo en un esfuerzo por detener el llanto.

El llanto, incluyendo largos episodios de llanto inconsolable, es un comportamiento normal en los infantes. Sacudir, lanzar, golpear o lastimar a un bebé nunca es la respuesta correcta al llanto.

¿Cómo se puede prevenir el trauma craneal abusivo?

Cualquiera puede desempeñar un papel en la prevención de la TAH al comprender los peligros de sacudir violentamente o golpear la cabeza de un bebé contra algo, conocer los factores de riesgo y los factores desencadenantes del abuso, y encontrar formas de apoyar a las familias y cuidadores en su comunidad. [279]

La línea de fondo

Sacudir a un bebé puede causar la muerte o daño cerebral permanente. Puede resultar en discapacidad de por vida.

Las estrategias saludables para tratar con un bebé que llora incluyen:

- encontrar la razón del llanto
- verificar si hay signos de enfermedad o incomodidad, como sarpullido del pañal, dentición, ropa ajustada;
- alimentación o eructos;
- calmar al bebé frotándose la espalda; balanceándose suavemente; ofreciéndole un chupete; cantando o hablando;
- dar un paseo usando una carriola o una unidad en un asiento para el automóvil debidamente asegurado;
- o llamar al médico si se sospecha una enfermedad

Todos los bebés lloran. Los cuidadores a menudo se sienten abrumados por un bebé que llora. Llamar a un amigo, familiar o vecino para recibir apoyo o asistencia le permite al cuidador tomar un descanso de la situación. Si no se dispone de apoyo inmediato, el cuidador podría colocar al bebé en una cuna (asegurándose de que el bebé esté a salvo), cerrar la puerta y verificar cómo está el bebé cada cinco minutos. [280]

Si un educador de la primera infancia se siente frustrado con el llanto u otros comportamientos de un niño, es importante que siga los mismos consejos que le darían a un padre/cuidador o que encuentre un

	compañero de trabajo para aliviarlo mientras se calma.

Abuso Sexual

El abuso sexual infantil es una experiencia infantil adversa significativa pero prevenible y un problema de salud pública. El abuso sexual incluye actividades por parte de un padre u otro cuidador, como acariciar los genitales de un niño, penetración, incesto, violación, sodomía, exposición indecente y explotación a través de la prostitución o la producción de material pornográfico. El abuso sexual se define en la Ley Federal de Prevención y Tratamiento del Abuso Infantil como "el empleo, el uso, la persuasión, la inducción, la incitación o la coacción de cualquier niño a participar en, o ayudar a cualquier otra persona a participar en, cualquier conducta o simulación sexualmente explícita de dicha conducta con el propósito de producir una representación visual de dicha conducta; o la violación, y en los casos de relaciones interfamiliares o cuidadoras, estupro, abuso sexual, prostitución u otra forma de explotación sexual de niños, o incesto con niños" [281]

Alrededor de 1 de cada 4 niñas y 1 de cada 13 niños experimentan abuso sexual infantil en algún momento de la infancia. Y el 90% del abuso sexual infantil es perpetrado por alguien que el niño o la familia del niño conocen. [282]

Abuso Emocional

El abuso emocional (o abuso psicológico) es un patrón de comportamiento que perjudica el desarrollo emocional o el sentido de autoestima de un niño. Esto puede incluir constantes críticas, amenazas o rechazo, así como retener el amor, el apoyo o la orientación. El abuso emocional suele ser difícil de probar y, por lo tanto, es posible que los servicios de protección infantil no puedan intervenir sin evidencia de daño o lesión mental al niño (Prevent Child Abuse America, 2016). [283]

Negligencia

El descuido es el fracaso de un padre u otro cuidador para satisfacer las necesidades básicas de un niño. El descuido generalmente incluye las siguientes categorías:

- Físicos (por ejemplo, falta de suministro de alimentos o refugio necesarios, falta de supervisión adecuada)
- Médico (por ejemplo, no proporcionar el tratamiento médico o de salud mental necesario, retener el tratamiento médicamente indicado a niños con afecciones potencialmente mortales)
- Educativo (por ejemplo, no educar a un niño o atender necesidades de educación especial)
- Emocional (por ejemplo, falta de atención a las necesidades emocionales de un niño, falta de atención psicológica, permitir que un niño use alcohol u otras drogas)

En ocasiones, los valores culturales, los estándares de atención en la comunidad y la pobreza pueden contribuir a lo que se percibe como maltrato, lo que indica que la familia puede necesitar información o asistencia. Es importante señalar que vivir en la pobreza no se considera maltrato o descuido infantil. Sin embargo, el hecho de que una familia no utilice la información y los recursos disponibles para cuidar a su hijo puede poner en riesgo su salud o seguridad, y podría requerirse la intervención de bienestar infantil. Además, muchos estados ofrecen una excepción a la definición de negligencia para los padres/cuidadores que optan por no buscar atención médica para sus hijos debido a creencias religiosas.

El abandono es considerado en muchos estados como una forma de abandono. En general, se considera que un niño está abandonado cuando se desconoce la identidad o paradero del progenitor, el niño ha sido dejado solo en circunstancias en las que el niño sufre un daño grave, el niño ha sido abandonado sin tener en cuenta su salud o seguridad, o el padre no ha mantenido contacto con el niño o proporcionar un sustento razonable por un período de tiempo determinado. Algunos estados han promulgado leyes, a menudo llamadas leyes de refugio seguro, que brindan lugares seguros para que los padres renuncien a los bebés recién nacidos.

Archivo:Sitio de rendición segura San Francisco Fire Station14.jpg

Figura 6.3 — Este es un letrero de Sitio de Entrega Segura en una estación de bomberos de San Francisco. [284]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** Llegar a una situación que sería un ejemplo de cada tipo de abuso y cada tipo de descuido. Téngalos en mente para volver a visitarlos en otra función Pausa para reflexionar más adelante en el capítulo.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellas características vinculadas con el maltrato y abandono infantil; pueden ser o no causas directas. Una combinación de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales contribuyen al riesgo de abuso y descuido infantil. Si bien los niños no son responsables del daño que se les inflige, se han encontrado ciertas características que incrementan su riesgo de ser abusados y/o descuidados.

Factores de riesgo individuales para victimización

- Niños menores de 4 años
- Necesidades especiales que pueden aumentar la carga del cuidador (por ejemplo, discapacidades, problemas de salud mental y enfermedades físicas crónicas)

Factores de riesgo para la perpetración

Existen diferentes niveles de factores de riesgo para los autores de maltrato infantil

Factores de riesgo individuales

- La falta de comprensión de las necesidades de los niños, el desarrollo infantil y las habilidades parentales de las familias
- Antecedentes de los padres de abuso y/o negligencia infantil
- Abuso de sustancias y/o problemas de salud mental, incluida la depresión en la familia
- Características parentales como edad temprana, baja educación, paternidad soltera, gran número de hijos dependientes y bajos ingresos
- Cuidadores transitorios no biológicos en el hogar (por ejemplo, pareja masculina de la madre)
- Pensamientos y emociones de los padres que tienden a apoyar o justificar conductas de maltrato

Factores de riesgo familiares

- Aislamiento social
- Desorganización familiar, disolución y violencia, incluida la violencia de pareja
- Estrés parental, malas relaciones entre padres e hijos e interacciones negativas

Aproximadamente 20 personas por minuto son abusadas físicamente por una pareja en Estados Unidos, sumando más de 10 millones de mujeres y hombres en el transcurso de un solo año, según la Coalición Nacional contra la Violencia Doméstica. La violencia doméstica no solo consiste en abuso físico sino que también puede incluir abuso emocional y sexual así como acecho. (Foto de la Fuerza Aérea de Estados Unidos por Airman 1st Class Destinee Sweeney)

Figura 6.4 — La violencia de pareja es un factor de riesgo familiar de maltrato infantil. [285]

Factores de Riesgo Comunitarios

- Violencia comunitaria
- Concentración de la desventaja vecinal (por ejemplo, alta pobreza e inestabilidad residencial, altas tasas de desempleo y alta densidad de salidas de alcohol) y malas conexiones sociales. [286]

Factores de protección

Los factores protectores pueden disminuir la probabilidad de que los niños sean abusados o descuidados. Los factores protectores no han sido estudiados tan extensamente o rigurosamente como los factores de riesgo. Identificar y comprender los factores protectores son tan importantes como investigar los factores de riesgo.

Factores de protección familiar

- Entorno familiar solidario y redes sociales
- Soporte concreto para necesidades básicas
- Fomentar las habilidades de crianza
- Relaciones familiares estables
- Reglas del hogar y monitoreo infantil
- Empleo parental
- Educación de los padres
- Vivienda adecuada
- Acceso a la atención de la salud y los servicios sociales
- Adultos que cuidan fuera de la familia que pueden servir como modelos a seguir o mentores

Factores de Protección Comunitaria

- Comunidades que apoyan a las familias y se responsabilizan de prevenir el abuso287

Estrategias Preventivas

El maltrato y el descuido infantil son problemas graves que pueden tener efectos nocivos duraderos en sus víctimas. El objetivo para prevenir el abuso y el descuido infantil es evitar que esta violencia ocurra en primer lugar.

El maltrato y el descuido infantil son problemas complejos enraizados en relaciones y entornos poco saludables. Prevenir el abuso y el descuido infantil requiere abordar factores en todos los niveles de la ecología social: individual, relacional, comunitario y social. [288] Como puede ver en la Figura 6.5, la atención y educación temprana tiene un papel directo que desempeñar en alguna de las estrategias del Centro Nacional de Prevención y Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia y puede apoyar a las familias en algunas de las otras. Familias que tienen acceso a guarderías de calidad, lo que aumenta la probabilidad de que los niños experimenten relaciones y entornos seguros, estables y nutritivos. El acceso a un cuidado infantil asequible también reduce el estrés de los padres y la depresión materna, que son factores de riesgo para el maltrato y abandono infantil. [289]

¿Cómo podemos prevenir el maltrato y el descuido infantil?

Figura 6.5 — Estrategias y Enfoques de Prevención [290]

G:\OER\ ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**Violencia Doméstica** Dada la magnitud del problema de la exposición de los niños a la violencia, incluyendo la coocurrencia de violencia doméstica y maltrato infantil, los programas de atención y educación temprana están atendiendo a niños y familias afectadas por la violencia. Aquí hay algunos datos clave sobre la violencia doméstica y la violencia de pareja íntima: 1. La violencia de pareja íntima describe daños físicos, sexuales o psicológicos por parte de una pareja o cónyuge actual o anterior. Este tipo de violencia puede ocurrir entre parejas heterosexuales o del mismo sexo y no requiere intimidad sexual. La violencia de pareja puede variar en frecuencia y severidad. Ocurre en un continuo que va desde un golpe que puede o no impactar a la víctima hasta golpes crónicos y severos. 2. La violencia doméstica es la segunda causa principal de muerte de las mujeres embarazadas, y alrededor del 25 al 50 por ciento de las madres adolescentes experimentan violencia de pareja antes, durante o justo después de su embarazo. 3. Ser testigo del asalto familiar es una de las victimizaciones más comunes que experimentan los niños pequeños (de 2 a 5 años). Otras formas comunes de victimización son la agresión por parte de un hermano y el acoso físico. 4. En el 30 al 60 por ciento de las familias donde se presenta maltrato infantil o violencia doméstica, coocurren el maltrato infantil y la violencia doméstica. Los niños muy bien pueden experimentar la violencia ellos mismos; sin embargo, incluso cuando no son lesionados directamente, la exposición a eventos traumáticos puede causar dificultades sociales, emocionales y de comportamiento. A menudo se ha encontrado que los niños expuestos a la violencia doméstica desarrollan una amplia gama de problemas, incluyendo problemas de conducta externalizante, déficits de habilidades interpersonales y problemas psicológicos y emocionales como depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Además, un estudio de Michigan de niños en edad preescolar encontró que las personas expuestas a la violencia doméstica en el hogar tienen más probabilidades de tener problemas de salud, incluyendo alergias, asma, dolores de cabeza frecuentes y dolores de estómago, y letargo generalizado. **Qué Deben Hacer los Programas de Atención y Educación Temprana para Ayudar** Es fundamental que los educadores de la primera infancia estén preparados para trabajar y guiar a estos niños y familias hacia los servicios necesarios. Los maestros y administradores pueden apoyar al niño y a la familia en momentos de estrés poniendo a disposición de las familias la línea directa y otra información sobre violencia doméstica. La fuerza laboral de la primera infancia está compuesta actualmente por alrededor de 1 millón de maestros y cuidadores basados en el centro, 1 millón de maestros y cuidadores en el hogar, y otros 2.7 millones de maestros y cuidadores no remunerados en el hogar. Esta fuerza laboral está compuesta principalmente por mujeres, y las mujeres se ven afectadas desproporcionadamente por la violencia doméstica. Por lo tanto, la información sobre los servicios y programas adecuados debe estar disponible tanto para el personal como para las familias. [291]

Signos de Maltrato Infantil

Es importante reconocer las situaciones de alto riesgo y los signos y síntomas del maltrato. Si sospecha que un niño está siendo dañado o el niño revela directamente que ha sufrido abuso o negligencia, reportar sospechas puede protegerlo y ayudar a la familia a recibir asistencia. Cualquier persona interesada puede denunciar sospechas de abuso o descuido infantil. Denunciar tus inquietudes no es hacer una acusación; más bien, es una solicitud de investigación y evaluación para determinar si se necesita ayuda.

Cuadro 6.1 — Signos de Maltrato General

Cuadro 6.1 — Signos de Maltrato General [292]	
Niño	• Muestra cambios repentinos en el comportamiento o el rendimiento escolar • No ha recibido ayuda por problemas físicos o médicos llevados a la atención de las familias • Tiene problemas de aprendizaje (o dificultad para concentrarse) que no pueden atribuirse a causas físicas o psicológicas específicas • Siempre es vigilante, como si se preparara para que algo malo sucediera • Carece de supervisión de adultos • Es demasiado compatible, pasivo o retirado • Llega temprano a la escuela u otras actividades, se queda tarde y no quiere irse a casa • Es reacio a estar cerca de una persona en particular • Divulga maltrato
Padre/cuidador	• Niega la existencia o culpa al niño de los problemas del niño en la escuela o en el hogar • Pide a los maestros u otros cuidadores que usen una disciplina física dura si el niño se comporta mal • Ve al niño como completamente malo, inútil o oneroso • Exige un nivel de rendimiento físico o académico que el niño no puede alcanzar • Atiende principalmente al niño para el cuidado, la atención y la satisfacción de las necesidades emocionales de los padres • Muestra poca preocupación por el niño
Padre/cuidador e hijo	• Tocarse o mirarse raramente • Considerar su relación completamente negativa • Estado consistentemente no se gustan

Es importante prestar atención a otras conductas que puedan parecer inusuales o preocupantes. Adicionalmente, la presencia de estos signos no significa necesariamente que un niño esté siendo maltratado; puede haber otras causas. Son, sin embargo, indicadores de que otros deben estar preocupados por el bienestar del niño, particularmente cuando hay múltiples signos presentes o ocurren repetidamente.

Signos de formas específicas de maltrato infantil

Cuadro 6.2 — Signos de Abuso Físico [293]

Escenario	Características
Un niño que exhiba los siguientes signos puede ser víctima de abuso físico:	• Tiene lesiones inexplicables, como quemaduras, mordeduras, moretones, huesos rotos u ojos negros • Tiene moretones que se desvanecen u otras marcas notables después de una ausencia de la escuela • Parece asustado, ansioso, deprimido, retraído o agresivo • Parece asustado de sus padres/cuidadores y protesta o llora cuando llega el momento de irse a casa • Se encoge ante el acercamiento de los adultos • Muestra cambios en los hábitos alimenticios y de sueño • Reporta lesiones por parte de un padre u otro cuidador adulto • Abusa de animales o mascotas

Considere la posibilidad de abuso físico cuando un padre u otro cuidador adulto exhibe lo siguiente	• Ofrece una explicación contradictoria, poco convincente o nula de la lesión del niño o proporciona una explicación que no es consistente con la lesión • Muestra poca preocupación por el niño • Ve al niño como completamente malo, oneroso o inútil • Utiliza una dura disciplina física con el niño • Tiene antecedentes de abusar de animales o mascotas

niño con moretón en la cara

Figura 6.6 — No todas las formas de abuso dejan marcas visibles. [294]

Cuadro 6.3 — Signos de abuso sexual [295]

Escenario	Características
Un niño que exhiba los siguientes signos puede ser víctima de abuso sexual:	• Tiene dificultad para caminar o sentarse • Experimenta sangrado, moretones o hinchazón en sus partes privadas • De repente se niega a ir a la escuela • Reporta pesadillas o enuresis • Vive un cambio repentino en el apetito • Demuestra conocimiento o comportamiento sexual extraño, sofisticado o inusual • Queda embarazada o contrae una enfermedad de transmisión sexual, especialmente si es menor de 14 años • Se escapa • Reporta abuso sexual por parte de un padre u otro cuidador adulto • Se adhiere muy rápidamente a extraños o nuevos adultos en su entorno
Considere la posibilidad de abuso sexual cuando un padre u otro cuidador adulto exhibe lo siguiente	• Intenta ser el amigo del niño en lugar de asumir un papel adulto • Inpone excusas para estar a solas con el niño • Charlas con el niño sobre los problemas personales o las relaciones del adulto

Cuadro 6.4 — Signos de Abuso Emocional [296]

Escenario	Características

Un niño que exhibe los siguientes signos puede ser víctima de abuso emocional:	• Muestra extremos en el comportamiento, como ser demasiado obediente o exigente, extremadamente pasivo o agresivo • Es inapropiadamente adulto (por ejemplo, criar a otros niños) o inapropiadamente infantil (por ejemplo, con frecuencia balanceándose o golpeando la cabeza) • Se retrasa en el desarrollo físico o emocional • Muestra signos de depresión o pensamientos suicidas • Reporta una incapacidad para desarrollar vínculos emocionales con los demás
Considere la posibilidad de abuso emocional cuando un padre u otro cuidador adulto exhibe lo siguiente	• Constantemente culpa, menosprecia o reprende al niño • Describe negativamente al niño • Rechaza manifiestamente al niño

Cuadro 6.5 — Signos de descuido [297]

Escenario	Características
Un niño que exhiba los siguientes signos puede ser víctima de descuido:	• Frecuentemente está ausente de la escuela • Pide o roba comida o dinero • Carece de la atención médica necesaria (incluidas las vacunas), atención dental o anteojos • Está constantemente sucio y tiene olor corporal severo • Carece de ropa suficiente para el clima • Abusa del alcohol u otras drogas • Afirma que no hay nadie en casa que brinde atención
Considere la posibilidad de descuido cuando un padre u otro cuidador adulto exhibe lo siguiente	• Parece ser indiferente al niño • Parece apático o deprimido • Se comporta irracionalmente o de manera extraña • Abusa del alcohol u otras drogas

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** Piensa en tus situaciones de ejemplo. ¿Qué señales podría notar un maestro o cuidador para cada uno de estos?

Reporte obligatorio de maltrato infantil en California

Una lista de personas cuya profesión los califica como “reporteros obligatorios” de abuso o negligencia infantil se encuentra en la Sección 11165.7 del Código Penal de California. La lista es extensa y sigue creciendo. Incluye a todos los empleados de la escuela/distrito, administradores y entrenadores deportivos. Se requiere que todas las personas contratadas en puestos incluidos en la lista de reporteros obligatorios, al momento de su empleo, se les proporcione una declaración, informándoles que son un reportero obligatorio y sus obligaciones de denunciar los casos sospechosos de abuso y descuido de conformidad con la Sección 11166.5 del Código Penal de California.

Todas las personas que son reporteros obligatorios están obligadas, por ley, a denunciar todos los casos conocidos o

sospechosos de abuso o descuido infantil. No es tarea del reportero mandatario determinar si las alegaciones son válidas. Si se sospecha razonablemente de abuso o negligencia infantil o si el niño comparte información con un reportero obligatorio que lo lleve a creer que se ha producido abuso o negligencia, el reporte debe hacerse. Ningún supervisor o administrador puede impedir o inhibir un reporte o someter a la persona denunciante a ninguna sanción.

Para hacer un reporte, un empleado debe comunicarse con la policía local apropiada o la agencia de bienestar infantil del condado, que se enumeran a continuación. Esta obligación legal no se satisface haciendo un reporte del incidente a un supervisor o a la escuela. Una agencia de aplicación de la ley apropiada puede ser una de las siguientes:

- Un Departamento de Policía o Sheriff (sin incluir un departamento de policía del distrito escolar o un departamento de seguridad escolar).
- Un Departamento de libertad condicional del condado, si es designado por el condado para recibir informes de abuso infantil.
- Un Departamento de Bienestar del Condado/Servicios de Protección Infantil del Condado.

El reporte deberá hacerse inmediatamente por teléfono y se le deberá dar seguimiento por escrito. El organismo encargado de hacer cumplir la ley cuenta con formularios especiales para tal fin que te pedirán que completes. Si no se puede hacer un reporte inmediatamente por teléfono, entonces se podrá hacer un reporte inicial vía correo electrónico o fax.

Resultado de imagen para adulto en el teléfono

Figura 6.7 —Cuando un educador de la primera infancia sospecha

abuso, se debe reportar de inmediato. [298]

Derechos a la Confidencialidad e Inmunidad

Los reporteros obligatorios están obligados a dar sus nombres al hacer un reporte. No obstante, la identidad del reportero se mantiene confidencial. Los reportes de sospecha de maltrato infantil también son confidenciales. Los reporteros obligatorios tienen inmunidad de responsabilidad penal o civil estatal por reportar según sea necesario. Esto es cierto incluso si el reportero mandatario adquirió los conocimientos, o sospecha de abuso o descuido, fuera de su capacidad profesional o ámbito de empleo.

Consecuencias de no informar

Una persona que no haga un reporte requerido es culpable de un delito menor punible con hasta seis meses de cárcel y/o multa de hasta $1,000 (Código Penal de California Sección 11166 [c]).

Después de que se haga el informe

Se requiere que la agencia local de aplicación de la ley investigue todos los informes. Los casos también pueden ser investigados por los Servicios de Bienestar Infantil cuando las denuncias involucran abuso o descuido dentro de las familias.

Servicios de Protección Infantil

Child Protective Services (CPS) es la principal organización que interviene en casos de abuso y negligencia infantil en California. La ley vigente brinda servicios a niños maltratados y desatendidos y a sus familias. Puede encontrar más información en Servicios de Protección Infantil. [299]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**El impacto del trauma infantil en el bienestar** El abuso y la negligencia infantil pueden tener implicaciones de por vida para las víctimas, incluso en su bienestar. Si bien las heridas físicas pueden sanar, hay muchas consecuencias a largo plazo de experimentar el trauma del abuso o negligencia. La capacidad de un niño o joven para sobrellevar y prosperar después de un trauma se llama "resiliencia". Con ayuda, muchos de estos niños pueden trabajar y superar sus experiencias pasadas. Los niños maltratados pueden estar en riesgo de experimentar retrasos cognitivos y dificultades emocionales, entre otros problemas, que pueden afectar muchos aspectos de sus vidas, incluyendo sus resultados académicos y el desarrollo de habilidades sociales (Bick & Nelson, 2016). Experimentar maltrato infantil también es un factor de riesgo de depresión, ansiedad y otros trastornos psiquiátricos (FullerThomson, Baird, Dhrodia, & Brennenstuhl, 2016). [300] Lo veremos más de cerca cuando examinemos la salud mental, el bienestar social y emocional, los eventos adversos de la infancia y la atención informada sobre traumas en el Capítulo 11.

Trabajar con niños que han sido abusados

Los niños que han sufrido abuso o negligencia necesitan el apoyo de adultos solidarios que entienden el impacto del trauma y cómo ayudar. Las experiencias adversas de la infancia y la atención informada sobre el trauma se abordarán más en el Capítulo 11). Los educadores de la primera infancia deben considerar las siguientes sugerencias:

- Ayude a los niños a sentirse seguros. Apoyarlos en la expresión y manejo de emociones intensas. Ayudar a los niños a comprender su historial de trauma y sus experiencias actuales (por ejemplo, ayudándoles a entender que lo que sucedió no fue su culpa, o ayudándoles a ver cómo sus emociones actuales podrían estar relacionadas con un trauma pasado).
- Evaluar el impacto del trauma en el niño y abordar cualquier desafío relacionado con el trauma en el comportamiento, desarrollo y relaciones del niño.
- Apoyar y promover relaciones seguras y estables en la vida del niño, incluyendo el apoyo a la familia del niño y a sus cuidadores si procede. A menudo, los padres y cuidadores también han experimentado traumas.
- Maneja tu propio estrés. Los proveedores que tienen antecedentes de trauma ellos mismos pueden estar en particular riesgo de experimentar síntomas de trauma secundario.
- Derivar al niño a servicios informados sobre el trauma, los cuales pueden ser más efectivos que los servicios genéricos que no atienden el trauma. [301]

Resumen

El maltrato infantil es el resultado de la interacción de varios factores individuales, familiares, sociales y ambientales. El abuso y la negligencia infantil no son inevitables; las relaciones y los entornos seguros, estables y nutritivos son clave para la prevención. Prevenir el abuso y el descuido infantil también puede prevenir otras formas de violencia, ya que varios tipos de violencia están interrelacionados y comparten muchos factores de riesgo y protección, consecuencias y tácticas efectivas de prevención. [302] Cuando existe la sospecha de que se han producido malos tratos, es fundamental que los educadores de la primera infancia lo reporten. Y ser educado sobre la atención informada sobre el trauma puede ayudarte a apoyar a los niños que han sido víctimas de maltrato infantil.

icono de la computadora portátil	**Recursos para una mayor exploración** • ¿Qué es el Abuso y Negligencia Infantil? : www.childwelfare.gov/pubpdfs/whatiscan.pdf • Buró de Niños: https://www.acf.hhs.gov/cb/focus-are... -abuso-descuido • Guía de Prevención de Maltrato y Negligencia Infantil de la Oficina de la Oficina de Niños: www.Childwelfare.gov/pubpdfs/guide_20̀18.pdf • CDC: https://www.cdc.gov/violencepreventi...ect/index.html • Pautas de identificación y denuncia de abuso infantil del Departamento de Educación de California: https://www.cde.ca.gov/ls/ss/ap/chil...rtingguide.asp • Reportero electrónico obligatorio del Departamento de Servicios para Niños y Familias del Condado de Los Ángeles: mandreptla.org/cars.web/ • Centro Nacional sobre el Síndrome del Bebé Sacudido: https://www.dontshake.org/family-res...0̀head%20̀trauma • Sociedad Profesional Americana sobre el Abuso de Niños: http://www.apsac.org • Liga de Bienestar Infantil de América (CWLA): http://www.cwla.org • Prevenir el Abuso Infantil América: http://www.preventchildabuse.org

This page titled 5: Maltrato infantil is shared under a CC BY 4.0̀ license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 6: Child Maltreatment by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0̀. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0̀#heading=h.gjdgxs.

1: Niños con Necesidades Especiales de Salud

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Relacionar la atención centrada en la familia y la planificación y atención individualizadas.
- Explicar qué es la planeación individualizada de la salud y para quién es apropiada.
- Describir algunos padecimientos crónicos de salud que puedan tener los niños en programas de cuidado y educación temprana.
- Discutir qué es la inclusión y por qué es beneficiosa.

icono de gavel	Reglamento de Licencias Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: 101223 DERECHOS PERSONALES • El licenciatario velará por que se otorguen a cada niño los siguientes derechos personales: • Para recibir alojamientos seguros, saludables y cómodos 101226 SERVICIOS DE SALUD • En los centros donde el licenciatario elige manejar medicamentos: • Los medicamentos deben mantenerse inaccesibles para los niños. • Los medicamentos recetados deben administrarse de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta según lo prescrito por el médico del niño y debe haber aprobación por escrito e instrucciones del representante autorizado del niño antes de darle la medicación al niño.

Introducción

Los niños con necesidades especiales de atención médica se definen como ".. aquellos que tienen o están en mayor riesgo de padecer una afección crónica física, de desarrollo, conductual o emocional y que también requieren servicios de salud y relacionados de un tipo o cantidad más allá de lo requerido por los niños en general" (McPherson, 1998).

Cualquier niño que cumpla con estos criterios en un entorno de cuidado y educación temprana debe tener un plan de atención actualizado, completado por su proveedor de atención primaria de salud con aportes de los padres/tutores, incluido en su registro de salud en el lugar y de fácil acceso para quienes cuidan al niño. [444]

Planeación individualizada para la salud

¿Qué se necesita para atender a niños con afecciones crónicas en un programa de atención y educación temprana? No hay una receta única para todas las situaciones. Lo que se necesita, más que cualquier política, lista de servicios o plan de personal, es un compromiso con la comunicación, la colaboración y la resolución creativa de problemas, y una determinación para que funcione. Los principios esenciales que deben guiar el cuidado de niños con afecciones crónicas en la educación infantil son: el cuidado debe ser centrado en la familia, individualizado, seguro y legal.

Atención centrada en la familia

En los últimos 15 años, la atención a la salud infantil y la relación entre las familias y los profesionales de la salud han cambiado significativamente. El papel de los padres/cuidadores ha pasado de ser pacientes a ser socios con el proveedor de atención médica; y el "buen paciente" ha cambiado de seguir incuestionablemente los consejos a ser un buen socio que participa activamente en las decisiones y aboga por los servicios para su hijo.

La "atención centrada en la familia" implica proporcionar la atención de salud familiar y otros servicios basados en las necesidades, prioridades y conveniencia de la familia en lugar de las de los proveedores de servicios o del niño solo. Los servicios centrados en la familia son evidencia del compromiso de un programa con las asociaciones familiares y el apoyo al desarrollo infantil y familiar.

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ papá y niño pequeño con dos cuidadores de i-t cf.JPG

10.1 — La atención centrada en la familia se basa en el respeto y la colaboración. [445]

Los servicios se centran en la familia cuando:

- Se reconoce a la familia como el cuidador más constante e importante del niño.
- La familia y los profesionales colaboran como socios.
- La comunicación es abierta y honesta, en ambas direcciones, entre la familia y los profesionales.
- Las fortalezas y diferencias individuales son respetadas entre las familias.
- Los servicios son flexibles y responden a las necesidades de la familia.
- Se fomenta el apoyo de familia a familia.
- Los niños con afecciones crónicas y sus familias son tratados como otros niños y familias, y no se definen por su condición.

Atención individualizante

Individualizar significa reconocer las características que hacen que cada niño sea único y planear un programa que responda a estas diferencias. La individualización permite que las familias y el personal respondan al reloj de tiempo incorporado de cada niño para el desarrollo, así como a la cultura, la familia, el idioma materno, las experiencias de vida, las fortalezas, las necesidades, las habilidades y las habilidades.

Los programas de atención y educación temprana pueden satisfacer mejor las necesidades de los niños con afecciones crónicas siguiendo un proceso sistemático de Planeación Individualizada de la Salud. Para los niños que son elegibles para un Programa de Educación Individualizada (IEP) o Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP), el IEP o IFSP puede o no incluir la planificación para las necesidades de atención médica del niño. Además, muchos niños con necesidades especiales de salud que no son elegibles para un IEP o IFSP se beneficiarían, de hecho, de una planificación individualizada de la salud.

La planificación individualizada de salud para niños con afecciones crónicas implica una estrecha comunicación y colaboración entre las familias, el personal del programa de atención y educación temprana y los proveedores de atención y servicios de salud. Se trata de un proceso de recolección de toda la información necesaria de tamizaje y evaluaciones, elaboración de planes para la rutina y atención de emergencia del niño, realización de evaluaciones continuas y revisión de los planes según sea necesario. El plan debe documentarse por escrito para servir como una guía clara para el personal, las familias y los proveedores de atención médica sobre la satisfacción de las necesidades de salud del niño.

¿Quién debe tener un plan de salud individualizado?

Los niños que se beneficiarían de un Plan de Salud Individualizado incluyen a cualquier niño que:

- Requiere adaptaciones en las actividades diarias debido a una condición médica; las actividades diarias a considerar incluyen alimentación, juego, dormir, ir al baño
- Necesita medicación regularmente
- Requiere un plan de emergencia especializado

La decisión de desarrollar un Plan de Salud Individualizado para un niño debe ser tomada en colaboración por la familia, los especialistas en salud y el maestro de aula.

¿Cuáles son los beneficios de un Plan de Salud Individualizado?

- Promoción de la Salud y Prevención de Complicaciones: Los niños con padecimientos crónicos se mantienen más saludables cuando se toman todas las medidas posibles para promover su salud general y manejar de cerca el padecimiento crónico.
- Comunicación y colaboración: La atención óptima de salud para niños con afecciones crónicas requiere una estrecha comunicación y coordinación entre las familias, Head Start y los proveedores de atención médica.
- Capacitación y Habilidades: Un Plan de Salud Individualizado identifica los procedimientos específicos necesarios para atender a un niño con afecciones crónicas.
- Confianza: Con un Plan de Salud Individualizado, las familias y el personal del programa pueden sentirse seguros de que están haciendo todo lo posible para mantener al niño sano de manera rutinaria y diaria. Además, si se presentan problemas de salud o emergencias, pueden sentirse seguros de que están preparados para manejarlos de la mejor manera posible. Los niños con necesidades médicas especiales se sienten más seguros y capaces de aprender cuando sus cuidadores saben qué hacer.

seis adultos alrededor de mesas en reunión

Figura 10.2 — Familias, proveedores de atención médica y servicios, y programas de atención y educación temprana

pueden trabajar juntos para asegurarse de que los niños con necesidades especiales de salud reciban la atención que necesitan. [446]

¿Qué se debe incluir en un Plan de Salud Individualizado?

El cuidado de niños con padecimientos crónicos es una responsabilidad seria. El personal está comúnmente preocupado por satisfacer las necesidades de cuidado diario del niño: “¿Cómo puedo estar seguro de darle su medicamento en el momento adecuado? ¿Contamos con personal suficiente para hacer sus cuidados de traqueotomía mientras supervisamos a los demás niños? ¿Tendré todos sus suministros para el asma en la excursión?” El personal también está comúnmente preocupado por las emergencias: “¿Y si le doy la cantidad incorrecta de medicamento? ¿Y si deja de respirar? ¿Y si no puedo comunicarme con su padre por teléfono?” El Plan de Salud Individualizado debe incluir la información necesaria para responder a los “qué pasaría si” más probables.

Muchas personas tienen miedo de cuidar a niños con afecciones crónicas. Puede generar ansiedades para discutir y planificar las situaciones de “qué pasaría si”. Es importante recordar que anticipar y planificar una situación no lo hace posible; solo te permite estar preparado si lo hace.

Como mínimo, un Plan de Salud Individualizado debe ser una guía para:

- Qué adaptaciones en la programación diaria se necesitan, incluyendo comidas y refrigerios, jugar, dormir y ir al baño
- Cuándo y cómo administrar la medicación, y quién puede administrarla
- Cuándo y cómo realizar los procedimientos médicos requeridos, y quién puede realizarlos
- Qué procedimientos seguir en caso de emergencia médica

El Plan de Salud Individualizado debe desarrollarse con la participación de familias, profesionales médicos, personal de aula y cualquier otro programa que pueda estar involucrado en brindar atención. Todas las partes deberán firmar el formulario como indicación de acuerdo y compromiso con el plan. [447] Véase el ejemplo de un plan de salud en el Apéndice M.

¿Quiénes son los Niños con Necesidades Especiales?

Según Data Resource Center for Child and Adolescent Health y se muestra en la Figura 10.3, en 2017 más del 20% de los niños de 0 a 5 años, y más del 40% de los niños de 6 a 11 años, tienen una o más de las siguientes condiciones de salud actuales o de por vida:

- alergias (alimentos, drogas, insectos u otros)
- artritis
- asma
- trastornos de la sangre (como enfermedad de células falciformes, talasemia o hemofilia)
- lesión cerebral/conmoción/lesión en la cabeza
- parálisis cerebral

- fibrosis quística
- diabetes
- Síndrome de Down
- epilepsia o trastorno convulsivo
- condición genética o hereditaria
- condición cardíaca
- dolores de cabeza frecuentes o severos incluyendo migraña (3-17 años)
- Síndrome de Tourette (3-17 años)
- problemas de ansiedad (3-17 años)
- depresión (3-17 años)
- problema de conducta y conducta (3-17 años)
- trastorno por consumo de sustancias (6-17 años)
- retraso en el desarrollo (3-17 años)
- discapacidad intelectual (3-17 años)
- trastorno del habla u otro trastorno del lenguaje (3-17 años)
- discapacidad de aprendizaje (también conocida como retraso mental) (3-17 años)
- otra condición de salud mental (3-17 años)
- Autismo o trastorno del espectro autista (TEA) (3-17 años)
- Trastorno por Déficit de Atención o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA o TDAH) (3-17 años
- problemas de audición
- problemas de visión. [448]

problemas de salud en niños 0-5, 6-11 y 12-17 años

Figura 10.3 — Prevalencia de condiciones de salud actuales o de por vida en niños de 0 a 17 años en U.S. [449]

Introducción a las Condiciones de Salud Crónicas

Aunque ningún resumen en un libro de texto reemplazará el conocimiento que las familias y sus proveedores de atención médica y servicios pueden brindar sobre un niño que tiene una condición de salud crónica, puede ser útil tener cierta familiaridad con diferentes afecciones. Aquí hay información introductoria sobre algunas de las afecciones crónicas de salud que pueden tener los niños en programas de cuidado y educación temprana.

Alergias

Una alergia es una reacción del sistema inmunológico a algo que no molesta a la mayoría de las demás personas. Las personas que tienen alergias a menudo son sensibles a más de una cosa. Las sustancias que a menudo causan reacciones son

- Polen
- Ácaros del polvo
- Esporas de moho
- caspa de mascotas
- Alimentos
- Picaduras de insectos
- Medicamentos

Normalmente, el sistema inmunitario combate los gérmenes. Es el sistema de defensa del cuerpo. En la mayoría de las reacciones alérgicas, sin embargo, está respondiendo a una falsa alarma. Los genes y el entorno probablemente ambos juegan un papel.

Resultado de imagen para niños con alergias

Figura 10.4 — Este niño sufre de alergias. [450]

Las alergias pueden causar una variedad de síntomas como secreción nasal, estornudos, picazón, erupciones cutáneas, hinchazón o asma. Las alergias pueden variar de menores a graves. La anafilaxia es una reacción grave que puede poner en peligro la vida. Los médicos utilizan análisis de piel y sangre para diagnosticar alergias. Los tratamientos incluyen medicamentos, inyecciones para la alergia y evitar las sustancias que causan las reacciones. [451]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Anafilaxia La anafilaxia es una reacción alérgica grave. Puede comenzar muy rápidamente y los síntomas pueden poner en peligro la vida. Las causas más comunes son las reacciones a los alimentos (especialmente al maní), a los medicamentos y a los insectos que pican. Otras causas incluyen el ejercicio y la exposición al látex. En ocasiones no se puede encontrar ninguna causa. Puede afectar a muchos órganos: • Piel - picazón, urticaria, enrojecimiento, hinchazón • Nariz - estornudos, congestión nasal, secreción nasal • Boca - picazón, hinchazón de los labios o la lengua • Garganta - picazón, opresión, dificultad para tragar, hinchazón de la parte posterior de la garganta • Pecho: dificultad para respirar, tos, sibilancias, dolor o opresión en el pecho • Corazón - pulso débil, desmayos, shock • Tracto gastrointestinal - vómitos, diarrea, calambres • Sistema nervioso: mareos o desmayos Si el niño está teniendo una reacción alérgica grave, se debe llamar al 911. Si hay un autoinyector disponible, dele la inyección de inmediato. [452]

Artritis

La artritis en los niños se llama artritis infantil o artritis juvenil. El tipo más común de artritis infantil es la artritis idiopática juvenil (AIJ), también conocida como artritis reumatoide juvenil.

La artritis infantil puede causar daño físico permanente a las articulaciones. Este daño puede dificultar que el niño haga cosas cotidianas como caminar o vestirse y puede resultar en discapacidad.

Los síntomas pueden ir y venir con el tiempo. Puede haber momentos en que los síntomas empeoren, conocidos como llamaradas, y momentos en que los síntomas mejoren, conocidos como remisión. Los signos y síntomas incluyen:

- Dolor articular.
- Hinchazón.
- Fiebre.
- Rigidez.
- Sarpullido.
- Fatiga (cansancio).
- Pérdida de apetito.
- Inflamación del ojo.
- Dificultad con las actividades de la vida diaria como caminar, vestirse y jugar.

Se desconoce la causa exacta de la artritis infantil. En la artritis infantil, es posible que el sistema inmunitario no funcione bien, lo que provoca la inflamación en las articulaciones y otros sistemas del cuerpo. Aunque no hay cura, algunos niños con artritis logran una remisión permanente, lo que significa que la enfermedad ya no está activa. Cualquier daño físico a la articulación permanecerá. [453]

Asma

El asma es una enfermedad que afecta los pulmones. En Estados Unidos, alrededor de 20 millones de personas tienen asma. Casi 9 millones de ellos son niños. Los niños tienen vías respiratorias más pequeñas que los adultos, lo que hace que el asma sea especialmente grave para ellos [454] Provoca sibilancias, disnea, opresión en el pecho y tos por la noche o temprano en la mañana. Si una persona tiene asma, la tiene todo el tiempo, pero solo tendrá ataques de asma cuando algo les molesta los pulmones.

Un ataque de asma puede incluir tos, opresión en el pecho, sibilancias y dificultad para respirar. El ataque ocurre en las vías respiratorias del cuerpo, que son los caminos que llevan el aire a los pulmones. A medida que el aire se mueve a través de los pulmones, las vías respiratorias se vuelven más pequeñas, como las ramas de un árbol son más pequeñas que el tronco del árbol. Durante un ataque de asma, los lados de las vías respiratorias en los pulmones se hinchan y las vías respiratorias se contraen. Menos aire entra y sale de los pulmones, y la mucosa que hace el cuerpo obstruye las vías respiratorias.

Un ataque de asma puede ocurrir cuando la persona está expuesta a los desencadenantes del asma. Sus desencadenantes del asma pueden ser muy diferentes de los desencadenantes del asma de otra persona. Es importante que el maestro conozca los desencadenantes de cualquier niño bajo su cuidado que tenga asma, para que pueda ayudar al niño a evitarlos y estar atento a un ataque cuando usted no puede. [455] Los desencadenantes incluyen:

- Alérgenos - moho, polen, animales
- Irritantes - humo del cigarrillo, contaminación del aire
- Clima - aire frío, cambios de clima
- Ejercicio
- Infecciones - gripe, resfriado común [456]

El asma se trata con medicamentos. Existen medicamentos de alivio rápido y de largo plazo. Algunos se toman por vía oral y algunos pueden ser respirados. Es importante tener información precisa en el plan de salud y en los registros del niño sobre un niño con medicamentos para el asma. [457]

C:\Users\paris_j\Downloads\7349096110_bf0d99fba9_w.jpg

Figura 10.5 — Un niño que usa un inhalador para controlar el asma. [458]

Trastornos de la sangre

Existen varios trastornos sanguíneos que pueden tener los niños en programas de cuidado y educación temprana. Aquí hay una introducción a la hemofilia, la enfermedad de células falciformes y la talasemia.

Hemofilia

La hemofilia suele ser un trastorno hemorrágico hereditario en el que la sangre no coagula adecuadamente. Esto puede provocar sangrado espontáneo así como sangrado después de lesiones o cirugía. La sangre contiene muchas proteínas llamadas factores de coagulación que pueden ayudar a detener el sangrado. Las personas con hemofilia tienen niveles bajos de factor VIII (8) o factor IX (9). La gravedad de la hemofilia que tiene una persona está determinada por la cantidad de factor en la sangre. Cuanto menor sea la cantidad del factor, más probable es que se produzca un sangrado que puede llevar a serios problemas de salud.

La hemofilia es causada por una mutación o cambio, en uno de los genes, que proporciona instrucciones para elaborar las proteínas del factor de coagulación necesarias para formar un coágulo sanguíneo. Este cambio o mutación puede evitar que la proteína coagulante funcione correctamente o que falte por completo. La hemofilia ocurre en aproximadamente 1 de cada 5,000 nacimientos masculinos. Las hembras también pueden tener hemofilia, pero esto es mucho más raro (y más a menudo son portadoras). La hemofilia afecta a personas de todos los grupos raciales y étnicos.

La mejor manera de tratar la hemofilia es reemplazar el factor de coagulación de la sangre faltante para que la sangre pueda coagular adecuadamente. Esto se hace infundiendo (administrando a través de una vena) concentrados de factores preparados comercialmente. [459] La hemofilia es un trastorno complejo. La atención médica de buena calidad por parte de médicos y enfermeras que saben mucho sobre el trastorno puede ayudar a las personas con hemofilia a prevenir algunos problemas graves. [460]

Enfermedad de células falciformes

La SCD es un grupo de trastornos hereditarios de los glóbulos rojos. Los glóbulos rojos sanos son redondos y se mueven a través de pequeños vasos sanguíneos para transportar oxígeno a todas las partes del cuerpo. En alguien que tiene SCD, los glóbulos rojos se vuelven duros y pegajosos y parecen una herramienta agrícola en forma de C llamada “hoz”. Las células falciformes mueren temprano, lo que provoca una escasez constante de glóbulos rojos. Además, cuando viajan a través de pequeños vasos

sanguíneos, se atascan y obstruyen el flujo sanguíneo. Esto puede ocasionar dolor y otros problemas graves como infección, síndrome torácico agudo y accidente cerebrovascular.

C:\Users\paris_j\Downloads\480px -Sickle_Cell_Anemia.png

Figura 10.6 — Células sanguíneas normales vs. anemia falciforme. [461]

La SCD es una condición genética que se presenta al nacer. Se hereda cuando un niño recibe dos genes de células falciformes, uno de cada padre. Las personas con SCD comienzan a tener signos de la enfermedad durante el primer año de vida, generalmente alrededor de los 5 meses de edad. Los síntomas y complicaciones de la SCD son diferentes para cada persona y pueden variar de leves a graves.

No existe un único mejor tratamiento para todas las personas con SCD. Las opciones de tratamiento son diferentes para cada persona dependiendo de los síntomas. La única cura para la SCD es el trasplante de médula ósea o células madre. [462]

Talasemia

La talasemia es un trastorno hereditario de la sangre causado cuando el cuerpo no produce suficiente proteína llamada hemoglobina, una parte importante de los glóbulos rojos. Cuando no hay suficiente hemoglobina, los glóbulos rojos del cuerpo no funcionan correctamente y duran períodos de tiempo más cortos, por lo que hay menos glóbulos rojos sanos viajando por el torrente sanguíneo.

Los glóbulos rojos transportan oxígeno a todas las células del cuerpo. El oxígeno es una especie de alimento que las células utilizan para funcionar. Cuando no hay suficientes glóbulos rojos sanos, tampoco hay suficiente oxígeno entregado a todas las demás células del cuerpo, lo que puede hacer que una persona se sienta cansada, débil o con dificultad para respirar. Esta es una afección llamada anemia.

Las personas con talasemia pueden tener anemia leve o grave. La anemia severa puede dañar órganos y provocar la muerte. Las personas con formas moderadas y graves de talasemia suelen enterarse de su padecimiento en la infancia, ya que presentan síntomas de anemia severa temprano en la vida. [463] Los síntomas de la anemia incluyen:

- Mareos
- Dificultad para respirar
- Un latido cardíaco rápido
- Dolor de cabeza
- Calambres en las piernas
- Dificultad para concentrarse
- Piel pálida

El tipo de tratamiento que recibe una persona depende de la gravedad de la talasemia. Cuanto más grave es la talasemia, menos hemoglobina tiene el cuerpo y más severa puede ser la anemia. Una forma de tratar la anemia es proporcionar al cuerpo más glóbulos rojos para transportar oxígeno. Esto se puede hacer a través de una transfusión de sangre, procedimiento seguro y común en el que la persona recibe sangre a través de un pequeño tubo de plástico insertado en uno de sus vasos sanguíneos. [464]

Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral (PC) es un grupo de trastornos que afectan la capacidad de una persona para moverse y mantener el equilibrio y la postura. La CP es la discapacidad motora más común en la infancia. *Cerebral* significa tener que ver con el cerebro. *Parálisis* significa debilidad o problemas con el uso de los músculos. La PC es causada por un desarrollo anormal del cerebro o daño al cerebro en desarrollo que afecta la capacidad de una persona para controlar sus músculos.

Los síntomas de la PC varían de persona a persona. Un niño con PC grave podría necesitar usar equipo especial para poder caminar, o podría no poder caminar en absoluto y podría necesitar atención de por vida. Un niño con parálisis cerebral leve, por otro lado, podría caminar un poco torpemente, pero puede que no necesite ninguna ayuda especial. La PC no empeora con el tiempo, aunque los síntomas exactos pueden cambiar a lo largo de la vida de una persona.

Todas las personas con PC tienen problemas de movimiento y postura. Muchos también tienen afecciones relacionadas como

discapacidad intelectual; convulsiones; problemas de visión, audición o habla; cambios en la columna vertebral (como escoliosis); o problemas articulares (como contracturas).

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ educación especial aula fuente infant-toddler curr framework.JPG

Figura 10.7 — Los niños con parálisis cerebral pueden formar parte de programas de atención y educación temprana. [465]

Los médicos clasifican la PC según el principal tipo de trastorno del movimiento involucrado. Dependiendo de qué áreas del cerebro se vean afectadas, pueden ocurrir uno o más de los siguientes trastornos del movimiento:

- Músculos rígidos (espasticidad)
- Movimientos incontrolables (discinesia)
- Mal equilibrio y coordinación (ataxia)

No hay cura para la PC, pero el tratamiento puede mejorar la vida de quienes tienen el padecimiento. Es importante comenzar un programa de tratamiento lo antes posible.

Después de hacer un diagnóstico de PC, un equipo de profesionales de la salud trabaja con el niño y la familia para desarrollar un plan que ayude al niño a alcanzar su máximo potencial. Los tratamientos comunes incluyen medicamentos; cirugía; aparatos ortopédicos; y terapia física, ocupacional y del habla. Ningún tratamiento único es el mejor para todos los niños con PC. [466]

Fibrosis Quística

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria del moco y las glándulas sudoríparas. Afecta principalmente a los pulmones, páncreas, hígado, intestinos, senos paranasales y órganos sexuales. La FQ hace que el moco sea espeso y pegajoso. El moco obstruye los pulmones, causando problemas respiratorios y facilitando el crecimiento de las bacterias. Esto puede provocar infecciones pulmonares repetidas y daño pulmonar. [467] Es una de las enfermedades pulmonares crónicas más comunes en niños y adultos jóvenes. Es un trastorno que pone en peligro la vida.

Figura 10.8 — Tratamiento de la fibrosis quística. [468]

Los síntomas y severidad de la FQ pueden variar. Algunas personas tienen serios problemas desde el nacimiento. Otros tienen una versión más leve de la enfermedad que no aparece hasta que son adolescentes o adultos jóvenes.

La FQ se diagnostica a través de diversas pruebas, como pruebas de genes, sangre y sudor. No hay cura para la FQ, pero los tratamientos han mejorado mucho en los últimos años. En el pasado, la mayoría de las muertes por FQ fueron en niños y adolescentes. Hoy en día, con tratamientos mejorados, algunas personas que tienen FQ están viviendo hasta los cuarenta, cincuenta o más. Los tratamientos pueden incluir fisioterapia torácica, terapias nutricionales y respiratorias, medicamentos y ejercicio. [469]

Diabetes

Hasta hace poco, el tipo común de diabetes en niños y adolescentes era el tipo 1. Se llamaba diabetes juvenil. Con la diabetes Tipo 1, el páncreas no produce insulina. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa, o azúcar, entre en tus células para darles energía. Sin insulina, se queda demasiado azúcar en la sangre.

Ahora las personas más jóvenes también están contrayendo diabetes tipo 2. La diabetes tipo 2 solía llamarse diabetes de inicio en adultos. Pero ahora es cada vez más común en niños y adolescentes, debido a la mayor obesidad. Con la diabetes Tipo 2, el cuerpo no produce ni usa bien la insulina.

Los niños tienen un mayor riesgo de diabetes tipo 2 si tienen sobrepeso o obesidad, tienen antecedentes familiares de diabetes o no están activos. Los niños afroamericanos, hispanos, nativos americanos/nativos de Alaska, asiático-americanos o isleños del Pacífico también tienen un mayor riesgo. Para disminuir el riesgo de diabetes tipo 2 en niños

- Haz que mantengan un peso saludable
- Asegúrese de que estén físicamente activos
- Haga que coman porciones más pequeñas de alimentos saludables
- Limitar el tiempo con el televisor, la computadora y el video

Los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 pueden necesitar tomar insulina. La diabetes tipo 2 puede controlarse con dieta y ejercicio. Si no, los pacientes necesitarán tomar medicamentos orales para la diabetes o insulina. [470]

Archivo:Insulin Delivery Devices.png

Figura 10.9 — La insulina se puede administrar a través de diferentes métodos. [471]

Cuando un niño en un programa de cuidado y educación temprana tiene diabetes tipo 1, el personal participará en el cuidado de la diabetes en el día a día, desde servir alimentos saludables hasta administrar inyecciones de insulina hasta vigilar y tratar la hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre). [472]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Hipoglucemia La hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre) puede ocurrir rápidamente y necesita ser tratada de inmediato. La mayoría de las veces es causada por demasiada insulina, esperar demasiado tiempo para una comida o refrigerio, no comer lo suficiente o realizar actividad física adicional. Los síntomas de hipoglucemia son diferentes de persona a persona; asegúrese de conocer sus síntomas específicos, que podrían incluir: • Temblores • Nerviosismo o ansiedad • Sudoración, escalofríos o escalofríos • Irritabilidad o impaciencia • Mareos y dificultad para concentrarse • Hambre o náuseas • Visión borrosa • Debilidad o fatiga • Ira, terquedad o tristeza [473]

Síndrome de Down

El síndrome de Down es una afección en la que una persona tiene un cromosoma extra. Los cromosomas son pequeños “paquetes” de genes en el cuerpo. Determinan cómo se forma el cuerpo de un bebé durante el embarazo y cómo funciona el cuerpo del bebé a medida que crece en el útero y después del nacimiento. Por lo general, un bebé nace con 46 cromosomas. Los bebés con síndrome de Down tienen una copia extra de uno de estos cromosomas, el cromosoma 21. Un término médico para tener una copia extra de un cromosoma es 'trisomía'. El síndrome de Down también se conoce como Trisomía 21. Esta copia extra cambia la forma en que se desarrollan el cuerpo y el cerebro del bebé, lo que puede causar desafíos tanto mentales como físicos para el bebé.

Aunque las personas con síndrome de Down puedan actuar y verse similares, cada persona tiene diferentes habilidades. Las personas con síndrome de Down suelen tener un coeficiente intelectual (una medida de inteligencia) en el rango leve a moderadamente bajo y son más lentas para hablar que otros niños.

Algunas características físicas comunes del síndrome de Down incluyen:

- Una cara aplanada, especialmente el puente de la nariz
- Ojos almendrados que se inclinan hacia arriba
- Un cuello corto
- Orejas pequeñas
- Una lengua que tiende a salir de la boca
- Pequeñas manchas blancas en el iris (parte coloreada) del ojo
- Manos y pies pequeños
- Una sola línea a través de la palma de la mano (pliegue palmar)
- Dedos pequeños meñiques que a veces se curvan hacia el pulgar
- Mal tono muscular o articulaciones sueltas
- Menor en estatura como niños y adultos

Muchas personas con síndrome de Down tienen los rasgos faciales comunes y ningún otro defecto de nacimiento importante. Sin embargo, algunas personas con síndrome de Down pueden tener uno o más defectos congénitos importantes u otros problemas médicos. A continuación se enumeran algunos de los problemas de salud más comunes entre los niños con síndrome de Down.

- Hipoacusia
- Apnea obstructiva del sueño, que es una afección en la que la respiración de la persona se detiene temporalmente mientras duerme
- Infecciones de oído
- Enfermedades oculares
- Defectos cardíacos presentes al nacer

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ niño con síndrome de down de inclusión works.JPG

Figura 10.10 — Dos niños, uno con síndrome de Down, trabajando en un proyecto de arte. [474]

El síndrome de Down es una afección de por vida. Los servicios tempranos en la vida suelen ayudar a los bebés y niños con síndrome de Down a mejorar sus habilidades físicas e intelectuales. La mayoría de estos servicios se centran en ayudar a los niños con síndrome de Down a desarrollar todo su potencial. Estos servicios incluyen terapia del habla, ocupacional y fisioterapia, y generalmente se ofrecen a través de programas de intervención temprana en cada estado. Los niños con síndrome de Down también pueden necesitar ayuda o atención extra en los programas de cuidado y educación temprana y en la escuela, aunque muchos niños están incluidos en aulas con niños que no tienen necesidades especiales. [475]

La epilepsia

Epilepsia es un término amplio utilizado para un trastorno cerebral que causa convulsiones. Hay muchos tipos diferentes de epilepsia. También hay diferentes tipos de convulsiones. [476] Una convulsión es un cambio corto en la actividad cerebral normal. Las convulsiones son el principal signo de epilepsia. Algunas convulsiones pueden parecer hechizos de mirada. Otras convulsiones hacen que una persona se caiga, se sacuda y pierda la conciencia de lo que sucede a su alrededor. [477]

La mayoría de las convulsiones terminan en pocos minutos. Si un niño tiene una convulsión, el maestro debe:

- Quédese con el niño hasta que termine la convulsión y esté completamente despierto. Una vez que estén alertas y puedan comunicarse, dígales lo que sucedió en términos muy simples.
- Consolar a la persona y hable con calma.
- Mantente tranquilo a ti mismo y a otras personas.
- Siga las instrucciones del Plan de Atención Médica (que probablemente incluirá llamar a la familia)

El maestro nunca debe hacer ninguna de las siguientes cosas:

- No sostenga al niño hacia abajo ni intente detener sus movimientos.
- No pongas nada en la boca del niño. Esto puede lesionar los dientes o la mandíbula. Una persona que tiene una convulsión no puede tragarse la lengua.
- No trate de dar respiraciones boca a boca (como RCP). Las personas suelen empezar a respirar de nuevo por su cuenta después de una convulsión.
- No le ofrezcas agua ni comida a la persona hasta que esté completamente alerta. [478]

Figura 10.11 — Esta niña tiene síndrome de Dravet, una rara forma de epilepsia. [479]

A nivel nacional, alrededor de 470 mil niños tienen epilepsia. Para muchos niños, la epilepsia se controla fácilmente con medicamentos. Estos niños pueden hacer lo que otros niños pueden hacer, y desempeñarse también en la escuela. Para otros, puede ser más desafiante. [480]

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

El TDAH es uno de los trastornos neuroevolutivos más *comunes* de la infancia. Por lo general, se diagnostica por primera vez en la infancia y suele durar hasta la edad adulta Los niños con TDAH pueden tener problemas para prestar atención, controlar los comportamientos impulsivos (pueden actuar sin pensar en cuál será el resultado) o ser demasiado activos.

Es normal que los niños tengan problemas para concentrarse y comportarse en un momento u otro. Sin embargo, los niños con TDAH no solo crecen fuera de estos comportamientos. Los síntomas continúan, pueden ser graves y pueden causar dificultad en la escuela, en casa o con amigos.

Un niño con TDAH podría:

- soñar despierto mucho
- olvidar o perder mucho las cosas
- retorcerse o fidget
- hablar demasiado
- cometer errores descuidados o tomar riesgos innecesarios
- tener dificultades para resistir la tentación
- tener problemas para tomar turnos
- tienen dificultades para llevarse bien con los demás

Exploración cerebral de dos cerebros, uno con TDAH y otro sin TDAH, mostrando significativamente más actividad en el cerebro con TDAH

Figura 10.12 — Exploraciones cerebrales de mostrar diferencia en la actividad cerebral en niños con y sin TDAH. [481]

Existen tres tipos diferentes de TDAH, dependiendo de qué tipos de síntomas son más fuertes en el individuo. Debido a que los síntomas pueden cambiar con el tiempo, la presentación también puede cambiar con el tiempo.

Presentación predominantemente desatenta: Es difícil para el individuo organizar o terminar una tarea, prestar atención a los detalles, o seguir instrucciones o conversaciones. La persona se distrae fácilmente u olvida detalles de las rutinas diarias.

Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo Presentación: La persona inquieta y habla mucho. Es difícil quedarse quieto por mucho tiempo (por ejemplo, para una comida o mientras hace la tarea). Los niños más pequeños pueden correr, saltar o escalar constantemente. El individuo se siente inquieto y tiene problemas con la impulsividad. Alguien que es impulsivo puede interrumpir mucho a otros, agarrar cosas de la gente, o hablar en momentos inapropiados. Es difícil para la persona esperar su turno o escuchar indicaciones. Una persona con impulsividad puede tener más accidentes y lesiones que otras.

Presentación Combinada: Los síntomas de los dos tipos anteriores están igualmente presentes en la persona.

Se desconocen las causas y factores de riesgo para el TDAH, pero las investigaciones actuales muestran que la genética juega un papel importante. Estudios recientes de gemelos vinculan genes con TDAH. Además de la genética, los científicos están estudiando otras posibles causas y factores de riesgo, entre ellos:

- Lesión cerebral
- Exposición al medio ambiente (por ejemplo, plomo) durante el embarazo o a una edad temprana
- Consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo
- Parto prematuro
- Bajo peso al nacer

La investigación no respalda las opiniones populares de que el TDAH es causado por comer demasiada azúcar, ver demasiada televisión, paternidad o factores sociales y ambientales como la pobreza o el caos familiar.

Para niños en edad preescolar (4-5 años de edad) con TDAH, se recomienda la terapia conductual, particularmente la capacitación para los padres, como primera línea de tratamiento antes de probar la medicación. Lo que mejor funciona puede depender del niño y de la familia. Los buenos planes de tratamiento incluirán monitoreo cercano, seguimiento y hacer cambios, si es necesario, en el camino. [482]

Trastorno del espectro autista (TEA)

El trastorno del espectro autista (TEA) es una discapacidad del desarrollo que puede causar importantes desafíos sociales, de comunicación y de comportamiento. A menudo no hay nada acerca de cómo se ven las personas con TEA que las distingan de otras personas, pero las personas con TEA pueden comunicarse, interactuar, comportarse y aprender de maneras que son diferentes a las de la mayoría de las demás personas. Un diagnóstico de TEA ahora incluye varias afecciones que solían diagnosticarse por separado: trastorno autista, trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS)

y síndrome de Asperger. Estas afecciones ahora se llaman trastorno del espectro autista.

Las habilidades de aprendizaje, pensamiento y resolución de problemas de las personas con TEA pueden variar desde dotados hasta desafiados severamente. Algunas personas con TEA necesitan mucha ayuda en su vida diaria; otras necesitan menos. Las personas con TEA pueden repetir ciertos comportamientos y es posible que no quieran cambios en sus actividades diarias. Muchas personas con TEA también tienen diferentes formas de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas. Los signos de TEA comienzan durante la primera infancia y suelen durar a lo largo de la vida de una persona.

niño, con, trastorno del espectro autista, tenencia

Figura 10.13 — Este niño de tres años fue diagnosticado con TEA. [483]

Los niños o adultos con TEA podrían:

- no apuntar a objetos para mostrar interés (por ejemplo, no apuntar a un avión que sobrevuela)
- no mirar objetos cuando otra persona los señala
- tener problemas para relacionarse con otros o no tener interés en otras personas
- evitar el contacto visual y querer estar solo
- tener problemas para entender los sentimientos de otras personas o hablar de sus propios sentimientos
- prefieren no ser abrazados o abrazados, o pueden acurrucarse solo cuando quieren
- parecen ser inconscientes cuando la gente habla con ellos, pero responden a otros sonidos
- estar muy interesado en las personas, pero no saber hablar, jugar o relacionarse con ellas
- repetir o hacer eco de las palabras o frases que se les digan, o repetir palabras o frases en lugar del lenguaje normal
- tienen problemas para expresar sus necesidades usando palabras o movimientos típicos
- no jugar juegos de “fingir” (por ejemplo, no pretender “alimentar” a una muñeca)
- repetir acciones una y otra vez
- tener problemas para adaptarse cuando una rutina cambia
- tienen reacciones inusuales a la forma en que las cosas huelen, saborean, se ven, sienten o suenan
- perder habilidades que alguna vez tuvieron (por ejemplo, dejar de decir palabras que estaban usando)

Desconocemos todas las causas del TEA. Sin embargo, hemos aprendido que probablemente hay muchas causas para múltiples tipos de TEA. Puede haber muchos factores diferentes que hacen que un niño tenga más probabilidades de tener un TEA, incluyendo factores ambientales, biológicos y genéticos. El TEA ocurre en todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos, pero es aproximadamente 4 veces más común entre los niños que entre las niñas.

Las investigaciones muestran que los servicios de tratamiento de intervención temprana pueden mejorar el desarrollo del niño. Los servicios pueden ayudar al niño a alcanzar los hitos del desarrollo e interactuar con los demás. No hay cura para el TEA. [484] Pero no todos creen que el autismo es una afección o trastorno o que necesita curarse.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Neurodiversidad “La neurodiversidad es un concepto que existe desde hace tiempo. En pocas palabras, significa que las diferencias cerebrales son solo eso: las diferencias. Por lo tanto, condiciones como el TDAH y [TEA] no son “anormales”. Son simplemente variaciones del cerebro humano. Para los niños con diferencias de aprendizaje y pensamiento, la idea de la neurodiversidad tiene beneficios reales. Puede ayudar a los niños (y a sus padres) a enmarcar sus desafíos como diferencias, en lugar de como déficits. También puede arrojar luz sobre los enfoques de instrucción que podrían ayudar a resaltar fortalezas particulares que tienen los niños”. [485]

Problemas auditivos

La pérdida de audición puede ocurrir cuando alguna parte del oído no está funcionando de la manera habitual. Esto incluye el oído externo, el oído medio, el oído interno, el nervio auditivo (acústico) y el sistema auditivo.

- El oído externo está compuesto por:

- la parte que vemos a los lados de nuestras cabezas, conocida como pinna
- el canal auditivo
- el tímpano, a veces llamado membrana timpánica, que separa el oído externo y medio

- El oído medio se compone de:

- el tímpano
- tres pequeños huesos llamados huesecillos que envían el movimiento del tímpano al oído interno

- El oído interno está compuesto por:

- el órgano con forma de caracol para la audición conocido como cóclea
- los canales semicirculares que ayudan con el equilibrio
- los nervios que van al cerebro

- El nervio auditivo (oído) envía información sonora desde el oído al cerebro.
- El sistema auditivo (auditivo) procesa la información sonora a medida que viaja del oído al cerebro para que nuestras vías cerebrales sean parte de nuestra audición.

Diagrama de la oreja

Figura 10.14 — El oído externo, medio e interno. [486]

Hay cuatro tipos de pérdida auditiva:

- Pérdida auditiva conductiva: Pérdida auditiva causada por algo que impide que los sonidos penetren por el oído externo o medio. Este tipo de pérdida auditiva a menudo se puede tratar con medicamentos o cirugía.
- Pérdida Auditiva Sensorineural: Pérdida auditiva que ocurre cuando hay un problema en la forma en que funciona el oído interno o el nervio auditivo.
- Pérdida Auditiva Mixta: Pérdida auditiva que incluye tanto una pérdida auditiva conductiva como una neurosensorial.
- Trastorno del Espectro de Neuropatía Auditiva: Pérdida de audición que ocurre cuando el sonido ingresa al oído normalmente, pero debido a daños en el oído interno o al nervio auditivo, el sonido no se organiza de una manera que el cerebro pueda entender.

El grado de pérdida auditiva puede variar de leve a profundo:

- Pérdida auditiva leve: Una persona con una pérdida auditiva leve puede escuchar algunos sonidos del habla, pero los sonidos suaves son difíciles de escuchar.
- Pérdida auditiva moderada: Es posible que una persona con una pérdida auditiva moderada casi no escuche el habla cuando otra persona está hablando a un nivel normal.
- Pérdida auditiva grave: Una persona con pérdida auditiva severa no escuchará el habla cuando una persona está hablando a un nivel normal y solo algunos sonidos fuertes.
- Pérdida auditiva profunda: Una persona con una pérdida auditiva profunda no escuchará ningún habla y solo sonidos muy fuertes. [487]

La pérdida de audición puede ocurrir en cualquier momento de la vida, desde antes del nacimiento hasta la edad adulta. Las siguientes son algunas de las cosas que pueden aumentar la probabilidad de que un niño tenga pérdida auditiva:

- Una causa genética: Aproximadamente 1 de cada 2 casos de pérdida auditiva en bebés se debe a causas genéticas.
- 1 de cada 4 casos de pérdida auditiva en bebés se debe a infecciones maternas durante el embarazo, complicaciones posteriores al nacimiento y traumatismo craneoencefálico.
- Para aproximadamente 1 de cada 4 bebés que nacen con pérdida auditiva, se desconoce la causa.

La pérdida de audición puede afectar la capacidad de un niño para desarrollar habilidades del habla, el lenguaje y las habilidades sociales. Cuanto antes los niños con pérdida auditiva comiencen a recibir servicios, más probabilidades tendrán de alcanzar su máximo potencial. [488] El tamizaje por pérdida de audición se cubrió en el Capítulo 7.

Problemas de visión

En Estados Unidos, las afecciones infantiles incapacitantes más prevalentes son los trastornos de la visión que incluyen ambliopía, estrabismo y errores refractivos significativos. La detección temprana aumenta la probabilidad de tratamiento efectivo; sin embargo, menos del 15% de todos los niños preescolares reciben un examen de la vista, y menos del 22% de los niños preescolares reciben algún tipo de examen de la vista. [489] También se abordó el cribado de la visión en el Capítulo 7.

Ambliopía

La ambliopía, también conocida como “ojo vago”, es la causa más común de deterioro de la visión en los niños. Ambliopía es el término médico que se utiliza cuando la visión en uno de los ojos se reduce debido a que el ojo y el cerebro no están trabajando juntos adecuadamente. El ojo en sí se ve normal, pero no se está utilizando normalmente porque el cerebro está favoreciendo al otro ojo. Las afecciones que conducen a la ambliopía incluyen estrabismo, un desequilibrio en la posición de los dos ojos, ser más miope, hipermetropía o astigmático en un ojo que en el otro ojo, y raramente, otras afecciones oculares, como cataratas.

A menos que se trate con éxito en la primera infancia, la ambliopía suele persistir hasta la edad adulta, y es la causa más común de deterioro permanente de la visión de un ojo entre niños y adultos jóvenes y de mediana edad. Se estima que 2% — 3% de la población padece ambliopía.

Imagen

Figura 10.15 — Parchear el ojo dominante es una forma de tratar la ambliopía. [490]

Estrabismo

El estrabismo implica un desequilibrio en la posición de los dos ojos. El estrabismo puede hacer que los ojos se crucen (esotropia) o salgan (exotropía). El estrabismo es causado por la falta de coordinación entre los ojos. Como resultado, los ojos miran en diferentes direcciones y no se enfocan simultáneamente en un solo punto. En la mayoría de los casos de estrabismo en niños, se desconoce la causa. En más de la mitad de estos casos, el problema se presenta en o poco después del nacimiento (estrabismo congénito). Cuando los dos ojos no logran enfocar la misma imagen, hay una percepción de profundidad reducida o ausente y el cerebro puede aprender a ignorar la entrada de un ojo, provocando una pérdida permanente de visión en ese ojo (un tipo de ambliopía).

Errores de refracción

Los errores refractivos en los niños incluyen miopía (miopía), hipermetropía (hipermetropía) y astigmatismo (visión distorsionada a todas las distancias), se pueden corregir con anteojos, lentes de contacto o en algunos casos cirugía. [491]

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ dos niños mirándose el uno al otro desde i-t cf.JPG

Figura 10.16 — Los niños con errores refractivos pueden usar anteojos. [492]

Otras enfermedades oculares

Otras enfermedades oculares que afectan a este grupo de edad incluyen la retinopatía del prematuro (ROP), defectos congénitos, retinopatía diabética (DR) y cánceres como el retinoblastoma. [493]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Tiene experiencias con alguna de las necesidades especiales que se tratan en esta sección? ¿Cómo afecta esto a cómo te sientes acerca de esa necesidad particular? ¿Te encontraste sintiéndote más preocupado por potencialmente cuidar a un niño con alguno de estos? Si es así, ¿por qué? ¿Qué puedes hacer para atender esas preocupaciones? ¿Hay alguno que se sienta más cómodo y/o calificado para manejar? ¿Por qué o por qué no?

Niños con Necesidades Especiales

Los niños en programas de cuidado y educación temprana pueden tener necesidades especiales que no están directamente relacionadas con su salud. El número de niños matriculados en Educación Especial según el Departamento de Educación de California, en el año académico 2018-2019 se proporciona por discapacidad en la Tabla 10.1.

Cuadro 10.1 Inscripción a la Educación Especial por Edad e Incapacidad [494]

Edad	Discapacidad intelectual	Problemas de audición	Sordos	Deterioro del habla o lenguaje	Deterioro visual	Disturbio Emocional	Deterioro ortopédico	Otro Deterioro de Salud	Discapacidad específica de aprendizaje	Sordo - Ceguera
0	53	334	62	12	23	0	63	288	0	-
1	115	605	93	178	72	0	171	764	0	-
2	134	589	89	860	97	0	137	1091	-	-
3	805	419	136	13028	67	-	351	997	26	-
4	1016	414	114	18404	96	16	443	1274	51	-
5	1362	418	148	20533	110	83	430	1742	524	-
6	1777	167	167	23784	140	265	526	3075	2339	-
7	1924	170	170	22053	160	580	549	4676	7174	-

8	2228	188	188	17871	191	879	879	6035	14717	-

Estos niños y sus familias necesitan una asociación con el personal de atención y educación temprana y otros proveedores de servicios lo antes posible porque crea una base sólida para apoyar un desarrollo óptimo y puede reducir la prevalencia de desafíos actuales y futuros. [495]

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) es la ley federal que pone a disposición de los niños elegibles con discapacidad en todo el país una educación pública apropiada y gratuita y garantiza educación especial y servicios relacionados a esos niños.

La IDEA gobierna cómo los estados y las agencias públicas brindan intervención temprana, educación especial y servicios relacionados a más de 6.5 millones de infantes, niños pequeños, niños y jóvenes elegibles con discapacidades. [496]

Para niños desde el nacimiento hasta los 3 años, Parte C de IDEA Brinda servicios de intervención temprana a niños desde el nacimiento hasta los 3 años con necesidades especiales. Y el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) es un documento escrito que describe:

- Los servicios de intervención temprana que recibirán un niño y una familia
- Las necesidades del niño; las fortalezas y opciones de la familia; y las recomendaciones del equipo de Intervención Temprana

Una vez que los niños cumplen 3 años, Parte B de IDEA (Sección 619), brinda servicios de educación especial a través del sistema escolar público. Un Programa de Educación Individualizada (IEP) es un plan escrito que describe:

- Los objetivos educativos del niño
- Servicios y apoyos en el ámbito escolar [497]

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ niño con necesidades especiales fuente i-t curr frame.JPG

Figura 10.17 — Este niño con parálisis cerebral tiene una silla especial que permite

ella para participar en su programa inclusivo de cuidado y educación temprana [498]

Inclusión

En IDEA, la palabra apropiado, se refiere a brindar esa experiencia educativa en el ambiente menos restrictivo (LRE). LRE requiere que se disponga de un continuo de opciones de colocación para satisfacer mejor las diversas necesidades de los niños con discapacidad, y presume que la primera opción de colocación considerada para cada niño con discapacidad es el aula regular al que asistiría el niño si no tuviera alguna discapacidad. [499] La participación plena y activa de los niños con discapacidad u otras necesidades especiales en actividades, servicios y programas comunitarios diseñados para niños sin discapacidad, incluyendo el cuidado infantil, se denomina inclusión. En un programa inclusivo, si se necesita apoyo, adaptaciones o modificaciones para asegurar la participación plena y activa del niño, se les brinda de manera apropiada. La participación da como resultado un auténtico sentido de pertenencia para el niño y la familia.

Se puede tranquilizar a los maestros al saber que:

- Los proveedores de cuidado infantil pueden incluir exitosamente a niños con discapacidades u otras necesidades especiales en el programa mientras promueven la pertenencia de todos los niños.
- Es probable que no se necesiten modificaciones importantes a su programa o instalación para incluir a niños con discapacidades u otras necesidades especiales.
- Es posible que haya asistencia y apoyo para cambios más significativos en su programa o instalación.
- Un programa inclusivo de cuidado infantil es gratificante para todos los niños, familias y personal de los programas de cuidado infantil. [500]

Individualización de la atención y la educación

Al atender a un niño individual, el proveedor debe centrarse en las necesidades del niño, no en la discapacidad o en su etiqueta. Al trabajar con la familia y los proveedores de servicios, los maestros pueden brindar atención y educación individualizadas para las necesidades y fortalezas únicas del niño, tal como deberían estar haciendo para todos y cada uno de los niños en su aula.

Como cada niño es único, también lo es cada programa de cuidado infantil. No existe una fórmula mágica para hacer que la inclusión funcione más allá de la creatividad, la energía y el interés que la mayoría de los proveedores de cuidado infantil ya aportan a su trabajo. A pesar de su singularidad, cada programa es capaz de incluir con éxito a niños con discapacidad. Y cada uno hace que funcione niño a niño, día a día.

Algunos niños necesitan pequeños cambios en el plan de estudios o apoyos menores para aprovechar al máximo ciertas actividades. Este tipo de cosas pueden consistir en alojamientos bastante simples, como proporcionar un lugar especial o actividad tranquila para un niño que no puede participar en actividades de grupos grandes o poner a disposición un refrigerio especial para un niño que necesita comer con más frecuencia que el horario típico de comida o merienda. Otros niños pueden requerir adaptaciones más específicas que podrían no ser fácilmente evidentes. Una variedad de recursos comunitarios pueden ser útiles para determinar cuáles podrían ser. La familia, por ejemplo, es siempre la primera y más importante guía de lo que un niño pueda necesitar; después de eso, podría ser un especialista de área o un taller local. Más allá de la comunidad inmediata, un mundo de literatura en libros, publicaciones periódicas y sitios web dedicados a las discapacidades y la inclusión puede informar a un proveedor de cuidado infantil sobre las adaptaciones adecuadas para un niño con una condición o necesidad particular.

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ niño con necesidades especiales de inlusion works.JPG

Figura 10.18 — Todos los programas pueden incluir exitosamente a niños con discapacidades. [501]

Los programas que comiencen con una base de alta calidad y apropiada para el desarrollo; una actitud positiva por parte del proveedor de atención; proporciones adecuadas de adulto-niño; administradores de apoyo; y una capacitación adecuada para el proveedor estarán en una buena posición para resolver creativamente problemas para un niño con discapacidades u otras necesidades especiales, exactamente como lo hace para los niños que normalmente se están desarrollando. Si un niño ya tiene un diagnóstico establecido, puede estar disponible personal de intervención capacitado para ayudar en este proceso.

Uno de los roles más importantes para un proveedor de atención es facilitar el sentido de pertenencia e inclusión. Varias estrategias útiles son las siguientes:

- Empezar con el supuesto de que todos los niños son competentes.
- Adaptar el ambiente para que sea apropiado para el desarrollo, desafiante, y se ajuste a las necesidades e intereses de cada niño.
- Si bien puede haber una necesidad de apoyar el dominio de un niño de una habilidad específica, tenga en cuenta a todo el niño, particularmente la experiencia socioemocional del niño. [502]

Modificaciones, adaptaciones y soportes comunes

Cada niño es un individuo, y las modificaciones, adaptaciones, adaptaciones y apoyos deben diseñarse pensando en un solo niño. Sin embargo, investigadores del Instituto de Investigación en la Inclusión en la Primera Infancia (ECRII) han encontrado que muchos cambios pueden agruparse en categorías de modificaciones, resumidas en la Tabla 10.2. [503]

Cuadro 10.2 — Modificaciones, Adaptaciones y Soportes Comunes [504]

Categoría de Apoyo	Descripción	Ejemplos

Apoyo Ambiental	Alterar el entorno físico, social o temporal para promover la participación, el compromiso y el aprendizaje	• Usa una foto, imagen u objeto para señalar la siguiente actividad. • Establezca límites para las actividades (por ejemplo, marque secciones del piso con cinta adhesiva, proporcione una bandeja o tapa de caja para actividades artísticas). • Libere superficies de golpes o alisarlos con “labios” y rampas.
Adaptación de Materiales	Modificar materiales para promover la independencia	• Agrega perillas a los rompecabezas de madera. • Use cierres autoadhesivos de tela en la ropa de vestir. • Coloque manteles individuales “antideslizantes” debajo de los platos cuando los niños coman o se sirvan ellos mismos.
Simplificación de la actividad	Simplifique una tarea complicada dividiéndola en partes más pequeñas o reduciendo el número de pasos	• Dale a un niño los materiales para una tarea una pieza a la vez. • Prepara materiales para un uso más fácil. • Reemplazar los materiales que puedan ser difíciles de usar por otros que sean más simples y puedan cumplir la misma función.
Preferencias para niños	Aprovechar las actividades favoritas de un niño	• Observe los intereses de un niño y luego proporcione materiales adicionales o juguetes que coincidan con ellos. • Utilice las actividades preferidas del niño, como la música, para apoyar los esfuerzos para aprender otras habilidades. • Encuentre formas de aprovechar las actividades preferidas de un niño al presentar nuevas ideas.
Equipo Especial	Utilizar dispositivos adaptativos para facilitar la participación	• Asegurar que los proveedores conozcan el uso adecuado del equipo médico o adaptativo, como audífonos, anteojos o nebulizadores • Permitir que todos los niños participen en actividades proporcionando asientos apropiados u otro equipo • Use tarjetas con imágenes o dispositivos de habla electrónicos activados por interruptor para niños que no pueden hablar.
Apoyo para Adultos	Emplear la intervención directa de adultos para apoyar los esfuerzos de un niño	• Asignar un cuidador primario a un niño para que el adulto asignado sea capaz de conocer las necesidades únicas del niño y las formas de apoyarlo. • Brindar instrucción u orientación directa a un niño mientras está aprendiendo o practicando tareas. • Aprenda formas específicas de interactuar o comunicarse con un niño, como el lenguaje de señas.
Apoyo entre pares	Usar compañeros de clase como modelos para ayudar a los niños a aprender	• Empareja a un niño con cierta discapacidad con un niño que no tenga esa discapacidad durante ciertas actividades, asegurando que el niño con necesidades especiales sea a veces el ayudante y no siempre el que está siendo ayudado. • Facilitar las interacciones y observaciones de los niños entre sí en pequeños grupos. • Enseñe a los niños formas específicas de relacionarse e interactuar con un niño con necesidades especiales.

Soporte Invisible	Organizar eventos naturales para ayudar a la inclusión	• Abastece el centro de disfraces o rincón de cocina con suficientes artículos para que más niños puedan participar en una actividad popular sin competencia. • Asignar roles durante el juego infantil, como tener un hijo con movilidad limitada estar a cargo de “bombear gas” a medida que pasan los niños que andan en bicicleta. • Comentar el juego infantil en formas que fomenten una mayor interacción

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Cómo podrías explicar qué es la inclusión y por qué es buena para niños y familias a lo siguiente: • Alguien que piensa que quiere ser maestro pero no cree que pueda manejar la enseñanza en un aula inclusiva. • La familia de un niño con necesidades especiales. • La familia de un niño que está teniendo dificultades con los cambios en el aula después de que un niño que tiene una necesidad especial se incorporó a la clase. ¿Difirieron sus explicaciones? ¿Por qué o por qué no?

Resumen

Todos los niños y sus familias merecen acceso y plena inclusión en programas de atención y educación temprana de alta calidad. Esto incluye a los niños con cuidados especiales de salud y otras necesidades especiales. Al trabajar con las familias y los proveedores de atención médica y servicios, los programas pueden satisfacer las necesidades individualizadas de cada niño. Esto requiere conocimiento, planeación y asociación. Los programas inclusivos son beneficiosos para todos, los niños con necesidades especiales y sus familias, los niños que no tienen las necesidades especiales y el personal del programa.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Programa de Salud de Cuidado Infantil de California: https://cchp.ucsf.edu/ • Academia Americana de Pediatría (AAP): www.healthychildren.org • Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): http://www.cdc.gov • KidsHealth® de Nemours: http://kidshealth.org/ • Instituto Nacional de Salud, Medline Plus: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/medlineplus.html • Curso de Aprendizaje en Línea: Administración de Medicamentos en Educación Temprana y Cuidado Infantil: http://www.healthychildcare.org/healthyfutures.html • Fundación de Asma y Alergia de América: http://www.aafa.org/ • Asociación Americana del Pulmón: http://www.lung.org/ • Artritis Juvenil: https://www.arthritis.org/juvenile-arthritis • Academia Americana de Parálisis Cerebral y Medicina del Desarrollo: http://www.aacpdm.org/ • Fundación Fibrosis Quística: https://www.cff.org/ • Asociación Americana de Diabetes: http://www.diabetes.org • Asociación Nacional para el Síndrome de Down: https://www.nads.org/ • Fundación Epilepsia: http://www.epilepsy.com/ • Asociación de Trastorno por Déficit de Atención: www.a.org • Sociedad de Autismo de América: https://www.autism-society.org/ • Sociedad Americana para Niños Sordos: http://www.deafchildren.org • Fundación Ojo Infantil de AAPOS: https://www.childrenseyefoundation.org/ • Información y asistencia técnica sobre la Ley de Estados Unidos con Discapacidades, Preguntas frecuentes sobre los centros de cuidado infantil y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades: http://www.ada.gov/childqanda.htm • Centro de Información y Recursos para Padres: https://www.parentcenterhub.org/disability-landing/ • Boletines de Servicios para Discapacidades**:** https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/childr...es-newsletters • Centro de Fundamentos Sociales y Emocionales para el Aprendizaje Temprano: http://csefel.vanderbilt.edu/ • Adaptaciones para Niños con Discapacidad: eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tt... 0Disabilidades/ edudev_art_00001_060205.html • I ndividualización: Estrategias para la Enseñanza de Niños con Necesidades Especiales: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/video/... -necesidades especiales • Centro Head Start para la Inclusión: http://headstartinclusion.org/

This page titled 1: Niños con Necesidades Especiales de Salud is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 10: Children with Special Health Care Needs by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

2: Salud Mental Infantil

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Discutir qué es la salud mental y cómo se ve esa durante la primera infancia.
- Explicar cómo deben comenzar las prácticas de salud mental durante la infancia.
- Describir los problemas de salud mental que puedan experimentar los niños pequeños.
- Examine el impacto de las experiencias adversas de la infancia, el trauma y el estrés en sus hijos.
- Reflexionar sobre cómo apoyar la resiliencia y la competencia social y emocional de los niños pequeños.
- Describa las formas en que los programas de cuidado y educación temprana deben apoyar la salud mental de los niños pequeños (incluyendo involucrar a las familias).
- Explique qué es la atención informada sobre el trauma.

Signo de exclamación, Advertencia, Peligro, Atención, Negro	**Advertencia: Este capítulo contiene información sobre el trauma infantil que puede estar desencadenando para algunos lectores.**

icono de maza	**Reglamento de Licencias** Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: 101223 DERECHOS PERSONALES • El licenciatario garantizará que a cada niño se le otorguen los siguientes derechos personales: • Para recibir alojamientos seguros, saludables y cómodos

Introducción

La salud mental en la infancia significa alcanzar hitos emocionales y de desarrollo, y aprender habilidades sociales saludables y cómo afrontarlo cuando hay problemas. Los niños mentalmente sanos tienen una calidad de vida positiva y pueden funcionar bien en el hogar, en los programas de atención y educación temprana y en la escuela, y en sus comunidades. [505]

La salud mental es una parte importante de la salud general y el bienestar. La salud mental incluye bienestar emocional, psicológico y social. Afecta cómo piensa, siente y actúa la gente. También ayuda a determinar cómo las personas manejan el estrés, se relacionan con los demás y toman decisiones saludables. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta. [506] Cuando los educadores de la primera infancia y las familias conocen más sobre la salud mental de la primera infancia, son más capaces de apoyar el aprendizaje y desarrollo de los niños. [507]

Fundación para la Salud Mental

A partir del nacimiento, los niños necesitan relaciones positivas con los adultos que los cuidan. Cuando los niños aprenden a reconocer y compartir sus sentimientos con adultos de confianza, se sienten bien consigo mismos. Estas relaciones les ayudan

a desarrollar la confianza para aprender nuevas habilidades. Los niños prosperan cuando los adultos apoyan sus fortalezas y necesidades. Los adultos receptivos ayudan a los niños a sentirse seguros y valorados y aprenden a llevarse bien con los demás.

Los niños que pueden manejar sus sentimientos pueden aprender y jugar con sus compañeros. Son más capaces de planificar, monitorear y controlar su comportamiento. También pueden ajustarse a los cambios en horarios y rutinas. Los niños que se llevan bien con los adultos aprenden a trabajar juntos y a seguir reglas. También pueden mostrar preocupación por, y compartir, turnarse y comprometerse con otros niños. [508]

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ maestra con tres infantes de i-t cf.JPG

Figura 11.1 — Es importante cuidar el bienestar emocional de los niños desde el inicio. [509]

Salud Mental desde el Inicio

La práctica de salud mental infantil aplica el conocimiento de las relaciones para apoyar y mejorar el desarrollo social y emocional saludable y para prevenir y tratar los trastornos de salud mental. La siguiente definición de salud mental infantil fue desarrollada por un grupo de expertos con el entendimiento común de que observar las interacciones de los niños pequeños con los padres y otras personas significativas es clave para la evaluación del bienestar emocional.

Además, los expertos también sugieren tener en cuenta la biología subyacente de los bebés que podría incluir temperamento y compromisos para la resiliencia ante un trauma temprano. La salud mental infantil es la capacidad de desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los tres años para: experimentar, regular y expresar emociones; formar relaciones interpersonales cercanas y seguras; y explorar el ambiente y aprender, todo en el contexto de las expectativas familiares, comunitarias y culturales para los niños pequeños. La salud mental infantil es sinónimo de desarrollo social y emocional saludable. (CERO A TRES Infant Mental Health Task Force, diciembre de 2001) La salud mental y física de los infantes y niños pequeños está influenciada críticamente por los comportamientos diarios de sus cuidadores.

En las siguientes secciones se describen conceptos clave relacionados con la salud mental de los infantes. Estos conceptos potencian lo que se incluye en la definición anterior:

- “Desarrollar la capacidad” destaca el ritmo extraordinariamente rápido de crecimiento y cambio en los primeros 3 años. Aunque los recién nacidos experimentan sentimientos intensos y son socios activos en sus relaciones con los adultos, la diferenciación y complejidad del desarrollo emocional y social de un niño pequeño aumenta notablemente con el tiempo.
- Los bebés y niños pequeños inicialmente dependen en gran medida de los adultos para ayudarlos a experimentar, regular y expresar emociones. Los gritos y arrullos de los bebés evocan fuertes reacciones en sus cuidadores. La capacidad de un bebé para dominar los sentimientos se desarrolla a través del dar y recibir.
- A través de las relaciones con los padres y otros cuidadores, los bebés y niños pequeños aprenden lo que la gente espera de ellos y lo que pueden esperar de otras personas. Los bebés y niños pequeños aprenden a través de lo que experimentan dentro de las relaciones y lo que observan en las interacciones de los adultos entre sí.
- Los bebés y niños pequeños comparten y comunican sentimientos y experiencias con cuidadores importantes y otros niños. Los bebés y niños pequeños interactúan entre sí de maneras emocionalmente significativas. Los padres y cuidadores ayudan a los niños pequeños a nombrar los sentimientos y comprender su efecto en los demás.
- El impulso para explorar y dominar el entorno es innato en los humanos. Un componente esencial del bienestar de los bebés y niños pequeños es la autoestima que crece al dominar sus cuerpos y el medio ambiente, así como compartir ese dominio con los padres y cuidadores importantes.
- Cada niño es una combinación única de características; las vías de desarrollo de los bebés y niños pequeños reflejarán no solo sus diferencias constitucionales individuales sino también las contribuciones de sus entornos de cuidado. El temperamento, o la forma en que un individuo se acerca al mundo, influye en cuán tentativa o vigorosamente un bebé podría relacionarse con una nueva persona, juguete o situación.
- El estado de bienestar emocional y las circunstancias de vida de los adultos afectan profundamente la calidad de las relaciones entre el bebé y el cuidador, así como la salud mental del lactante y del niño pequeño. Los padres y otros cuidadores importantes aportan su propio temperamento y experiencias pasadas a las relaciones.
- La cultura influye en todos los aspectos del desarrollo humano. Esta amplia influencia afecta la forma en que se entiende la salud mental infantil; las metas y expectativas que los adultos tienen para el desarrollo de los niños pequeños; y las prácticas de crianza de los hijos que usan los padres y cuidadores para promover, proteger o restaurar la salud mental de los bebés y niños pequeños. [510]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Cómo se relaciona la exploración de este niño con su autoestima? C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ niño escalando de ella pg2.JPG Figura 11.2 [511]

Salud Mental en la Primera Infancia

La salud mental de la primera infancia (desde el nacimiento hasta los 5 años) es la creciente capacidad de un niño para hacer estas cosas, todo en el contexto cultural de la familia y la comunidad (adaptado de CERO A TRES):

- Experimentar, regular y expresar emociones
- Desarrollar relaciones cercanas, seguras
- Explora los alrededores y aprende.

La salud mental de la primera infancia es lo mismo que el desarrollo socioemocional. [512] El desarrollo social y emocional es importante para el aprendizaje temprano. Muchas cualidades socioemocionales, como la curiosidad; la confianza en sí mismo como aprendiz; el autocontrol de la atención, el pensamiento y los impulsos; y la iniciativa para desarrollar nuevas ideas, son esenciales para aprender a cualquier edad. El aprendizaje, la resolución de problemas y la creatividad se basan en estas cualidades socioemocionales y motivacionales, así como en las habilidades cognitivas básicas.

Cuando el aprendizaje ocurre en grupos, como en aulas preescolares o programas familiares de cuidado infantil, el ambiente social influye significativamente en cómo ocurre el aprendizaje. Cuando los niños pequeños disfrutan interactuando con adultos y otros niños, están más entusiasmados con las actividades y participan más. Además, el interés y entusiasmo de los demás alimenta la emoción del niño sobre el aprendizaje, y los niños también están motivados por el reconocimiento de los logros del niño por parte de los demás. [513]

Es importante porque afecta la capacidad de un niño para:

- Expresar sus necesidades
- Presta atención
- Resolver problemas
- Llegar bien con los demás
- Seguir indicaciones
- Persistir cuando se le
- Gestionar sus emociones
- Tomar iniciativa
- Ser curioso e interesado en aprender [514]

Las entrevistas con maestros de preescolar y jardín de infantes indican que los niños que tienen mayores dificultades en el aprendizaje se ven obstaculizados por la falta de estas cualidades socioemocionales más que por la incapacidad de identificar letras o números. Niños retrasados o deteriorados en el desarrollo de estas cualidades socioemocionales y motivacionales:

- pueden tener dificultades para controlar sus emociones o su comportamiento,
- no pueden trabajar fácilmente independientemente o en grupo,
- a menudo parecen carecer de curiosidad o no estar interesado en aprender, y
- pueden tener dificultades para llevarse bien con los demás, lo que puede socavar el ambiente de aprendizaje para todos los niños [515]

La salud mental de los niños también es fundamental para su éxito escolar posterior. Niños que

- son capaces de seguir instrucciones y prestar atención son capaces de centrarse en el aprendizaje.

- pueden expresar sus sentimientos son capaces de obtener ayuda cuando la necesitan.
- aprender a persistir cuando los frustrados pueden superar retos.
- sentirse bien consigo mismos son capaces de trabajar por su cuenta.
- pueden controlar su comportamiento son capaces de permanecer en la tarea. [516]

Finalmente, la importancia del desarrollo socioemocional para el aprendizaje temprano es consistente con la investigación sobre la ciencia del cerebro. El cerebro en desarrollo no está claramente dividido en áreas separadas que rigen el aprendizaje, el pensamiento y las emociones. En cambio, es un órgano altamente interconectado con diferentes regiones que influyen, y se ven afectadas por, las otras. Esto significa, por ejemplo, que los niños pequeños que experimentan desafíos emocionales (quizás por el estrés) estén menos preparados para aprender porque las regiones cerebrales relacionadas con la memoria están siendo afectadas por otras regiones que gobiernan la emoción. Esta conclusión de la investigación cerebral es, por supuesto, consistente con la experiencia cotidiana de los maestros de niños cuyas vidas estresantes a menudo conducen a dificultades emocionales, conductuales y de aprendizaje. [517]

Infancias Problemas de Salud Mental

Hay dos tipos de temas de salud mental que este capítulo va a abordar. El primero son los problemas mentales diagnosticables. El segundo es el resultado de Experiencias Adversas en la Infancia y trauma infantil.

Problemas de Salud Mental

Los problemas de salud mental, a los que los CDC se refieren como trastornos mentales, entre los niños se describen como cambios graves en la forma en que los niños suelen aprender, comportarse o manejar sus emociones, que causan angustia y problemas para pasar el día.

Entre los problemas de salud mental más comunes que se pueden diagnosticar en la infancia se encuentran el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH, que ya se abordó en el Capítulo 10), la ansiedad y los trastornos de la conducta. [518]

Ansiedad y Depresión

Muchos niños tienen miedos y preocupaciones, y pueden sentirse tristes y desesperados de vez en cuando. Fuertes miedos pueden aparecer en diferentes momentos durante el desarrollo. Por ejemplo, los niños pequeños suelen estar muy angustiados por estar lejos de sus padres, incluso si están seguros y cuidados. Si bien los miedos y preocupaciones son típicos en los niños, las formas persistentes o extremas de miedo y tristeza podrían deberse a la ansiedad o la depresión. Debido a que los síntomas involucran principalmente pensamientos y sentimientos, se les llama trastornos internalizantes.

Ansiedad

Cuando los niños no superan los miedos y preocupaciones que son típicos en los niños pequeños, o cuando hay tantos miedos y preocupaciones que interfieren con la escuela, el hogar o las actividades de juego, el niño puede ser diagnosticado con un trastorno de ansiedad. Los ejemplos de diferentes tipos de trastornos de ansiedad incluyen

- Tener mucho miedo cuando está lejos de los padres (ansiedad por separación)
- Tener miedo extremo por una cosa o situación específica, como perros, insectos o ir al médico (fobias)
- Tener mucho miedo a la escuela y otros lugares donde hay gente (ansiedad social)
- Estar muy preocupado por el futuro y por que sucedan cosas malas (ansiedad general)
- Tener episodios repetidos de miedo repentino, inesperado e intenso que vienen con síntomas como latidos cardíacos, dificultad para respirar o sentirse mareado, tembloroso o sudoroso (trastorno de pánico)

La ansiedad puede presentarse como miedo o preocupación, pero también puede irritar y enojar a los niños. Los síntomas de ansiedad también pueden incluir problemas para dormir, así como síntomas físicos como fatiga, dolores de cabeza o dolores de estómago. Algunos niños ansiosos guardan sus preocupaciones para sí mismos y, así, se pueden pasar por alto los síntomas.

Depresión

Ocasionalmente estar triste o sentirse desesperado es parte de la vida de cada niño. No obstante, algunos niños se sienten tristes o desinteresados en las cosas que antes disfrutaban, o se sienten indefensos o desesperados en situaciones que son capaces de cambiar. Cuando los niños sienten tristeza persistente y desesperanza, pueden ser diagnosticados con depresión.

Ejemplos de comportamientos que a menudo se observan en niños con depresión incluyen

- Sentirse triste, desesperanza o irritable la mayor parte del tiempo
- No querer hacer o disfrutar haciendo cosas divertidas
- Mostrando cambios en los patrones de alimentación: comer mucho más o mucho menos de lo habitual
- Mostrando cambios en los patrones de sueño: dormir mucho más o mucho menos de lo normal
- Mostrar cambios en la energía: estar cansado y lento o tenso e inquieto la mayor parte del tiempo
- Tener dificultades para prestar atención
- Sentirse inútil, inútil o culpable
- Mostrando autolesiones y comportamiento autodestructivo

La depresión extrema puede llevar a un niño a pensar en el suicidio o planear el suicidio. Si bien es menos común en la primera infancia, para los jóvenes de 10 a 24 años, el suicidio es una de las principales causas de muerte.

Es posible que algunos niños no hablen de sus pensamientos indefensos y desesperados, y tal vez no parezcan tristes. La depresión también puede hacer que un niño cause problemas o actúe desmotivado, haciendo que otros no se den cuenta de que el niño está deprimido o que lo etiqueten incorrectamente como causante de problemas o perezoso. [519]

chica, espacio, silla, iluminación, emoción, niño, solitario, solo, triste, melancólico

Figura 11.3 — La tristeza persistente es un signo de depresión. [520]

Problemas de Conducta o Conducta

Los niños a veces discuten, son agresivos o actúan enojados o desafiantes alrededor de los adultos. Un trastorno de la conducta puede diagnosticarse cuando estas conductas disruptivas son poco comunes para la edad del niño en ese momento, persisten con el tiempo o son graves. Debido a que los trastornos de la conducta disruptiva implican actuar y mostrar un comportamiento no deseado hacia otros, a menudo se les llama trastornos externalizantes.

Trastorno Oposicional Desafiante

Cuando los niños se comportan persistentemente para que cause serios problemas en el hogar, en la escuela o con sus compañeros, pueden ser diagnosticados con Trastorno Oposicional Desafiante (ODD). El ODD suele comenzar antes de los 8 años de edad, pero a más tardar aproximadamente a los 12 años de edad. Los niños con ODD tienen más probabilidades de actuar de manera opositiva o desafiante alrededor de personas que conocen bien, como miembros de la familia, un proveedor de atención regular o un maestro. Los niños con ODD muestran estos comportamientos con más frecuencia que otros niños de su edad.

Los ejemplos de comportamientos ODD incluyen:

- A menudo estar enojado o perder los estribos
- A menudo discutiendo con adultos o negarse a cumplir con las reglas o solicitudes de los adultos
- A menudo resentido o rencoroso
- Molestar deliberadamente a los demás o molestarse con los demás
- A menudo culpar a otras personas por los propios errores o mala conducta

Trastorno de conducta

El Trastorno de Conducta (CD) se diagnostica cuando los niños muestran un patrón continuo de agresión hacia los demás, y graves violaciones a las reglas y normas sociales en el hogar, en la escuela y con sus compañeros. En los niños mayores, estas violaciones a las reglas pueden implicar infringir la ley y resultar en la detención. Los niños con EC tienen más probabilidades de

lesionarse y pueden tener dificultades para llevarse bien con sus compañeros.

Ejemplos de comportamientos de CD incluyen:

- Romper reglas serias, como huir, o para niños mayores que se quedan fuera por la noche cuando se les dice que no lo hagan o falten a la escuela
- Ser agresivo de una manera que cause daño, como acoso, peleas o ser cruel con los animales
- Mentir, robar o dañar bienes de otras personas a propósito [521]

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Muchos niños ocasionalmente tienen pensamientos que les molestan, y pueden sentir que tienen que hacer algo con esos pensamientos, incluso si sus acciones en realidad no tienen sentido. Por ejemplo, podrían preocuparse por tener mala suerte si no llevan una prenda favorita. Para algunos niños persisten los pensamientos y los impulsos de realizar ciertas acciones, aunque intenten ignorarlos o hacer que desaparezcan. Los niños pueden tener un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) cuando los pensamientos no deseados, y los comportamientos que sienten que deben hacer debido a los pensamientos, ocurren con frecuencia, toman mucho tiempo (más de una hora al día), interfieren con sus actividades o los molestan mucho. A los pensamientos se les llama obsesiones. Los comportamientos se llaman compulsiones.

Tener TOC significa tener obsesiones, compulsiones o ambas cosas.

Ejemplos de comportamientos obsesivos o compulsivos incluyen:

- Tener pensamientos, impulsos o imágenes no deseados que ocurren una y otra vez y que causan ansiedad o angustia.
- Tener que pensar o decir algo una y otra vez (por ejemplo, contar o repetir palabras una y otra vez en silencio o en voz alta)
- Tener que hacer algo una y otra vez (por ejemplo, lavarse las manos, colocar las cosas en un orden específico o verificar las mismas cosas una y otra vez, como si una puerta está cerrada con llave)
- Tener que hacer algo una y otra vez de acuerdo con ciertas reglas que deben seguirse exactamente para que desaparezca una obsesión.

Los niños hacen estos comportamientos porque tienen la sensación de que los comportamientos evitarán que sucedan cosas malas o los harán sentir mejor. Sin embargo, el comportamiento no suele estar relacionado con el peligro real de que algo malo suceda, o el comportamiento es extremo, como lavarse las manos varias veces por hora.

Un mito común es que el TOC significa ser realmente ordenado y ordenado. A veces, los comportamientos del TOC pueden implicar la limpieza, pero muchas veces alguien con TOC está demasiado enfocado en una cosa que debe hacerse una y otra vez, en lugar de estar organizado. Las obsesiones y compulsiones también pueden cambiar con el tiempo. [522]

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Todos los niños pueden experimentar eventos muy estresantes que afectan cómo piensan y sienten. La mayoría de las veces, los niños se recuperan rápido y bien. No obstante, a veces los niños que experimentan estrés severo, como por una lesión, por la muerte o amenaza de muerte de un familiar cercano o amigo, o por la violencia, se verán afectados a largo plazo. El niño podría experimentar este trauma directamente o podría presenciar que le sucede a otra persona. Cuando los niños desarrollan síntomas a largo plazo (más de un mes) a partir de dicho estrés, los cuales molestan o interfieren con sus relaciones y actividades, pueden ser diagnosticados con trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Los ejemplos de síntomas de TEPT incluyen:

- Revivir el evento una y otra vez en pensamiento o en juego
- Pesadillas y problemas de sueño
- Volverse muy molesto cuando algo causa recuerdos del evento
- Falta de emociones positivas
- Miedo o tristeza intensos
- Irritabilidad y arrebatos enojados
- Constantemente buscando posibles amenazas, siendo fácilmente sobresaltado
- Actuar indefenso, desesperado o retirado

- Negando que el evento ocurrió o sentirse entumecido
- Evitar lugares o personas asociadas con el evento

niños, pequeño, gente, verde, miedo, emociones, niño, retrato, infancia, tiro a la cabeza

Figura 11.4 — El estrés severo puede ocasionar efectos a largo plazo. [523]

Debido a que los niños que han experimentado estrés traumático pueden parecer inquietos, inquietos o tener problemas para prestar atención y mantenerse organizados, los síntomas del estrés traumático pueden confundirse con síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH).

Ejemplos de eventos que podrían causar TEPT incluyen:

- Maltrato físico, sexual o emocional
- Ser víctima o testigo de violencia o delito
- Enfermedad grave o muerte de un familiar cercano o amigo
- Desastres naturales o provocados por el hombre
- Accidentes automovilísticos severos [524]

Diagnóstico y Tratamiento de Problemas de Salud Mental en la Infancia

Los síntomas de los problemas de salud mental cambian con el tiempo a medida que el niño crece, y pueden incluir dificultades con la forma en que un niño juega, aprende, habla y actúa o cómo maneja sus emociones. Los síntomas suelen comenzar en la primera infancia, aunque algunos trastornos pueden desarrollarse durante la adolescencia. El diagnóstico suele hacerse en los años escolares y a veces antes. Sin embargo, es posible que algunos niños con un trastorno mental no sean reconocidos o diagnosticados como los que tienen uno.

porcentajes de niños con problemas de salud mental: la depresión está entre 2 y 4% para niños de 2 a 17 años. El TDAH también es de aproximadamente 2 a 4% para niños de 2 a 17 años. El Trastorno de Conductas Disruptivas afecta a aproximadamente 6% de los niños de 2 a 5 años y a aproximadamente 8% de los niños La ansiedad afecta a aproximadamente 7% de los niños de 2 a 5 años y a aproximadamente 9% de niños de 8 a 17 Serie El Trastorno Emocional afecta a alrededor del 12% de los niños de 2 a 5 años y a cerca del 14% de los niños Y todos los demás Diagnósticos de Salud Mental afectan a alrededor del 16% de los niños de 2 a 5 años y a alrededor del 26% de los niños de

Figura 11.5 — Problemas de salud mental en la infancia. [525]

Los problemas de salud mental infantil pueden, y deben, ser tratados y manejados. Hay muchas opciones de tratamiento basadas en la mejor y más reciente evidencia médica, por lo que las familias y los médicos deben trabajar en estrecha colaboración con todos los involucrados en el tratamiento del niño: maestros, entrenadores, terapeutas y otros proveedores de servicios. Aprovechar todos los recursos disponibles ayudará a los padres, profesionales de la salud y educadores a guiar al niño hacia el éxito. El diagnóstico precoz y los servicios adecuados para los niños y sus familias pueden marcar la diferencia en la vida de los niños con trastornos mentales y sus familias. [526]

Experiencias adversas en la infancia y trauma

Los años de la infancia, desde el período prenatal hasta la adolescencia tardía, son los años “básicos” que ayudan a establecer el escenario para las relaciones adultas, los comportamientos, la salud y los resultados sociales. [527] La ocurrencia de Experiencias Adversas en la Infancia y el trauma infantil pueden dañar esos bloques de construcción. Los programas de cuidado y educación temprana pueden ayudar a los niños a desarrollar resiliencia para combatir los efectos negativos de los mismos.

Experiencias adversas en la infancia

Las experiencias adversas en la infancia, o ACE, son eventos potencialmente traumáticos que ocurren en la infancia (0-17 años) como experimentar violencia, abuso o negligencia; presenciar violencia en el hogar; y tener un familiar que intente o muera por suicidio. También se incluyen aspectos del entorno del niño que pueden socavar su sentido de seguridad, estabilidad y vínculo, como crecer en un hogar con abuso de sustancias, problemas de salud mental o inestabilidad debido a la separación de los padres o encarcelamiento de un padre, hermano u otro miembro del hogar.

Los eventos traumáticos en la infancia pueden ser emocionalmente dolorosos o angustiantes y pueden tener efectos que persisten durante años. Factores como la naturaleza, frecuencia y gravedad del evento traumático, antecedentes previos de trauma y apoyos familiares y comunitarios disponibles pueden dar forma a la respuesta de un niño al trauma. [528]

Las experiencias adversas en la infancia y las condiciones asociadas, como vivir en barrios con escasos recursos o segregados racialmente, trasladarse frecuentemente, experimentar inseguridad alimentaria y otra inestabilidad pueden causar estrés tóxico (es decir, activación prolongada del sistema de respuesta al estrés). Algunos niños pueden enfrentar una mayor exposición al estrés tóxico debido a traumas históricos y continuos debido al racismo sistémico o los impactos de la pobreza multigeneracional resultante de las limitadas oportunidades educativas y económicas.

riesgos de experiencias adversas en la infancia (ECA) para la salud, el comportamiento y el potencial vital. Cuantos más ACE presenten, mayor será el riesgo.

Figura 11.6 — Riesgos de experiencias adversas infantiles [529]

Un amplio y creciente cuerpo de investigación indica que el estrés tóxico durante la infancia puede dañar los niveles más básicos de los sistemas nervioso, endocrino e inmune, y que tales exposiciones pueden incluso alterar la estructura física del ADN (efectos epigenéticos). Los cambios en el cerebro por estrés tóxico pueden afectar cosas como la atención, el comportamiento impulsivo, la toma de decisiones, el aprendizaje, la emoción y la respuesta al estrés. Ausentes de factores que puedan prevenir o reducir el estrés tóxico, los niños que crecen bajo estas condiciones suelen tener dificultades para aprender y completar la escolaridad. Están en mayor riesgo de involucrarse en delitos y violencia, consumir alcohol o drogas y participar en otras conductas de riesgo para la salud (por ejemplo, inicio temprano de la actividad sexual; relaciones sexuales sin protección; e intentos de suicidio). Son susceptibles a enfermedades, enfermedades y desafíos de salud mental a lo largo de su vida. Los niños que crecen con estrés tóxico pueden tener dificultades para formar relaciones saludables y estables. También pueden tener historias de trabajo inestables como adultos y luchar con las finanzas, la familia, los trabajos y la depresión a lo largo de la vida, cuyos efectos pueden transmitirse a sus propios hijos. [530]

los efectos de las experiencias adversas de la infancia pueden incluir deterioro social y emocional, enfermedades, muerte prematura, etc.

Figura 11.7 — Los efectos potenciales de las experiencias adversas en la infancia [531]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Si te parece seguro, encuentra tu propio puntaje ACE usando la evaluación en https://www.ncjfcj.org/wp-content/uploads/2006/10/Finding-Your-Ace-Score.pdf. ¿Qué impacto crees que esto tuvo y/o aún tiene en ti? ¿Qué podría significar esto para ti cuando cuidas a niños pequeños que tienen los propios ACE y trauma?

Trauma Infantil

El trauma infantil ocurre cuando un niño experimenta un evento negativo real o amenazado, una serie de eventos o un conjunto de circunstancias que causan dolor emocional y abruman la capacidad del niño para sobrellevar. El trauma infantil está muy extendido y puede tomar muchas formas. Los tipos comunes de trauma infantil incluyen:

- Abuso y descuido
- Violencia familiar
- Violencia comunitaria
- Violencia escolar
- Accidentes y lesiones que ponen en peligro la vida
- Procedimientos médicos aterradores o dolorosos
- Enfermedad mental parental grave y no tratada
- Pérdida o separación de un padre u otro ser querido
- Desastres naturales o provocados por el hombre
- Guerra o ataque terrorista
- Desplazamiento forzado o condición de refugiado
- Discriminación

- Pobreza extrema

La exposición al trauma a menudo comienza temprano en la vida. Los niños pequeños tienen el mayor riesgo de exposición al trauma y son los más vulnerables a sus efectos adversos. Se estima que la mitad de todos los niños en Estados Unidos —aproximadamente 35 millones— están expuestos a al menos un tipo de trauma antes de cumplir ocho años. Por ejemplo, el maltrato y descuido infantil son los más comunes entre los niños menores de 3 años. Los niños menores de 5 años tienen más probabilidades de sufrir lesiones por caídas, asfixia e intoxicación, y representan la mayoría de los niños que son testigos de violencia doméstica. Los niños de ciertos grupos raciales y étnicos también tienen más probabilidades de experimentar adversidades que pueden causar traumas. Por ejemplo, la exposición a la adversidad infantil es más común entre los niños negros e hispanos que entre los niños blancos, incluso cuando se tiene en cuenta el papel de los ingresos.

El trauma infantil está fuertemente vinculado a problemas de salud mental y física a lo largo de la vida. Impacta negativamente el desarrollo cerebral, el desarrollo cognitivo, el aprendizaje, el desarrollo socioemocional, la capacidad de desarrollar vínculos seguros con los demás y la salud física; también se asocia con una vida útil más corta. Un considerable cuerpo de investigación demuestra que los niños sufren los efectos más severos, duraderos y dañinos cuando la exposición al trauma comienza temprano en la vida, toma múltiples formas, es grave y generalizada, e implica daños por parte de un padre u otro cuidador primario, a menudo conocido como *trauma complejo*.

El trauma infantil es más probable que conduzca al trastorno de estrés postraumático (TEPT) que al trauma que ocurre en la edad adulta. Los niños expuestos a varias formas diferentes de trauma tienen más probabilidades de presentar TEPT (por ejemplo, ansiedad, depresión, ira, agresión, disociación) que los niños con exposición crónica a un solo tipo de trauma. Los niños y jóvenes con TEPT pueden volver a experimentar el evento traumático a través de recuerdos intrusivos, pesadillas y flashbacks; evitar situaciones o personas que les recuerden el trauma; y sentir una ansiedad intensa que perturba su vida cotidiana. Además, pueden participar en comportamientos agresivos, autodestructivos o imprudentes; tener problemas para dormir; o permanecer en un estado de hipervigilancia, un estado exagerado de conciencia y reactividad a sus entornos. Sin embargo, no hay una reacción típica al trauma. La gran mayoría de los niños muestran angustia inmediatamente después de un evento traumático, pero la mayoría regresa a su nivel previo de funcionamiento.

Generalmente, las reacciones de los niños al trauma difieren según la naturaleza del trauma; las características individuales, familiares y vecinales del niño; y el equilibrio general de factores de riesgo y de protección en sus vidas. También depende de su edad y etapa de desarrollo.

Los niños pequeños que experimentan trauma pueden:

- Tener dificultades para formar un apego a los cuidadores
- Experimenta miedo excesivo a extraños o ansiedad por separación
- Tiene problemas para comer y dormir
- Sea especialmente quisquilloso
- Mostrar regresión después de alcanzar un hito en el desarrollo (por ejemplo, dormir toda la noche, entrenamiento para ir al baño)

Los niños en edad escolar que experimentan un trauma pueden:

- Participar en un comportamiento agresivo
- Ser retirado
- Fijarse en su propia seguridad o la seguridad de los demás
- Re-promulgar el evento traumático a través del juego
- Tener pesadillas frecuentes
- Exhibir dificultad para concentrarse en la escuela

Cuadro 11.9 — El trauma infantil tiene muchos efectos. [532]

Dominio	Impactos

Desarrollo del Cerebro	• Tamaño cerebral más pequeño • Procesamiento menos eficiente • Respuesta al estrés alterada • Cambios en la expresión génica
Cognición	• Discapacidad de preparación para aprender • Dificultad para resolver problemas • Retrasos lingüísticos • Problemas con la concentración • Mal rendimiento académico
Salud Física	• Trastornos del sueño • Trastornos de la alimentación • Mal funcionamiento del sistema inmunológico • Enfermedad cardiovascular • Vida útil más corta
Emociones	• Dificultad para controlar las emociones • Problemas para reconocer las emociones • Habilidades limitadas de afrontamiento • Aumento de la sensibilidad al estrés • Vergüenza y culpa • Preocupación excesiva, desesperanza • Sentimientos de impotencia o falta de autoeficacia
Relaciones	• Problemas/trastornos del apego • Mala comprensión de las interacciones sociales • Dificultad para formar relaciones con compañeros • Problemas en las relaciones románticas • Ciclos intergeneracionales de abuso y descuido
Salud Mental	• Depresión • Ansiedad • Auto imagen negativa/baja autoestima • Trastorno de estrés postraumático (TEPT) • Suicidalidad
Comportamiento	• Mala autorregulación • Retirada social • Agresión • Mal control de impulsos • Toma de riesgos/actividad ilegal • Actuación sexual • Embarazo adolescente • Uso indebido de drogas y alcohol

Resiliencia al Trauma Infantil

Cuando los padres, los proveedores de servicios y los programas emplean un marco de *resiliencia* al trauma infantil, entienden que siempre hay oportunidades para apoyar trayectorias positivas de desarrollo entre los niños, incluso si han experimentado un trauma. La resiliencia se ha definido como "un *proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de adversidad significativa.* " La resiliencia no es un rasgo personal que los individuos poseen o no poseen (por lo tanto, es mejor evitar el término "resiliencia" porque connota una característica individual), sino un producto de factores que interactúan —biológicos, psicológicos, sociales y culturales— que determinan cómo responde un niño a eventos traumáticos.

La resiliencia al trauma se puede definir de varias maneras: resultados positivos del niño a pesar de la exposición al trauma, prevención de la recurrencia del trauma a pesar del alto riesgo de exposición adicional, o evitar experiencias traumáticas por completo ante un riesgo significativo. Las tres conceptualizaciones de resiliencia se basan en un enfoque ecológico.

El uso de un *enfoque ecológico* para promover la resiliencia en el desarrollo de los niños que experimentan traumas es útil porque asume que existen múltiples niveles de influencia en el desarrollo de un niño —el individuo, los padres, la familia, la escuela, la comunidad y la cultura— que pueden aumentar o disminuir riesgo y respuesta del niño a sufrir un trauma. Estas diversas influencias a menudo se denominan factores de riesgo y de protección.

Los *factores de riesgo* son circunstancias, características, condiciones, eventos o rasgos a nivel individual, familiar, comunitario o cultural que pueden aumentar la probabilidad de que una persona experimente adversidad (por ejemplo, trauma infantil, re-traumatización o resultados negativos debido a un trauma). Los factores de riesgo para tipos específicos de trauma pueden variar, pero comúnmente incluyen vivir en la pobreza, falta de apoyos sociales y antecedentes previos de trauma. Además, los niños que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o queer (LGBTQ) y los niños de familias militares tienen un mayor riesgo de sufrir un trauma. Sin embargo, la presencia de factores de riesgo o pertenencia a un grupo de alto riesgo no significa necesariamente que un niño experimente trauma o sus efectos más adversos. Los factores de protección pueden proteger a los niños del riesgo y mejorar las probabilidades de funcionamiento resiliente.

Los *factores protectores* son características, afecciones o eventos que promueven un desarrollo saludable y minimizan el riesgo o probabilidad de que una persona experimente una enfermedad o evento en particular, o sus resultados negativos relacionados. La investigación muestra que el factor protector más fuerte relacionado con la resiliencia al trauma infantil es la presencia confiable de un adulto sensible, nutritivo y receptivo. La presencia de tal figura puede ayudar a los niños restaurando una sensación de seguridad, previsibilidad y control; dándoles la sensación de seguridad; proporcionándoles una manera de procesar eventos traumáticos; protegiéndolos de la re-traumatización; apoyando su desarrollo de autorregulación; y ayudándolos a sanar.

Además, la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil destaca los siguientes factores protectores que promueven la resiliencia al trauma infantil:

- Apoyo de familiares, amigos, personas en la escuela y miembros de la comunidad
- Una sensación de seguridad en el hogar, en la escuela y en la comunidad
- Alta autoestima y sentido positivo de autoestima
- Autoeficacia
- Creencias espirituales o culturales, metas o sueños para el futuro que le dan sentido a la vida de un niño
- Un talento o habilidad en un área particular (por ejemplo, sobresaliendo en la escuela o en un deporte)
- Habilidades de afrontamiento que se pueden aplicar a diferentes situaciones

Por último, la resiliencia al trauma infantil depende en gran medida de los apoyos disponibles para un niño y su familia. Los miembros de la familia, los maestros, los proveedores de salud mental, los trabajadores de bienestar infantil y otros proveedores de servicios comunitarios pueden trabajar juntos para garantizar que los niños y las familias reciban los apoyos emocionales y concretos (por ejemplo, alimentos, refugio, estabilidad financiera) que necesitan. Este enfoque de sistema de atención es también una piedra angular de las TIC. [533]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Qué factores de riesgo encontraste en tu propia infancia? ¿Qué factores de protección experimentaste? ¿Cómo afectó esto a tu resiliencia?

El papel de la atención y la educación temprana en la salud mental de los niños

Muchas prácticas de programas de atención y educación temprana de alta calidad promueven la salud mental y el bienestar, incluyendo:

- El tamizaje y evaluación del bienestar social y emocional de los bebés y niños pequeños apoyan las funciones de promoción, prevención e intervención.
- integrando currículo e individualización.
- Un espacio bien diseñado es cómodo para bebés y niños pequeños con diferentes temperamentos, así como para sus maestros y padres.
- Los entornos mal diseñados son estresantes. A los maestros les preocupa la seguridad y el bienestar de los niños, y su dicho “no” ocupa mucha energía y atención de los maestros. El tiempo que los maestros pasan monitoreando les impide interactuar con un bebé o niño pequeño de maneras que construyen la autoestima.
- Tener asociaciones con recursos comunitarios a los que se pueda referir a las familias.
- Comunicación recíproca con las familias. [534]

Los servicios de salud mental en los programas de atención y educación temprana pueden abordar:

- Promoción: ayudar a todos los niños a sentirse bien consigo mismos, a llevarse bien con los demás y a manejar su comportamiento.
- Prevención—reducir la probabilidad de que los niños desarrollen problemas de salud mental y reducir el impacto de los problemas de salud mental que existen.
- Identificación temprana: prestar atención a los problemas de salud mental desde el principio.
- Tratamiento: ayudar a conectar a las familias con la ayuda adecuada para niños con problemas de salud mental. [535]

Cuadro 11.1 — Nueve cosas que deben saber los programas de cuidado y educación temprana [536]

Nueve cosas que deben saber los programas de cuidado y educación temprana
1. La salud mental es una parte esencial de la salud.
2. La salud mental de los niños pequeños está ligada al bienestar de las personas que los cuidan.
3. Promover la salud mental de infantes y niños pequeños puede marcar una diferencia positiva en los próximos años.
4. Las relaciones positivas apoyan la salud mental positiva.
5. La cultura juega un papel importante en la salud mental de los niños pequeños y en la forma en que las familias ven la salud mental y el comportamiento.
6. Cuanto más el personal y las familias conozcan sobre la salud mental, mejor serán capaces de apoyarla.

7. Abordar los problemas de salud mental cuando los niños son pequeños es más efectivo que esperar hasta que sean mayores.
8. La salud mental debe ser parte integral de los programas de atención y educación temprana.
9. Los programas que se enfocan en la salud mental son capaces de diseñar servicios que mejoren el comportamiento de los niños.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consulta de Salud Mental Infantil y Primera Infancia Consulta de Salud Mental Infantil y Primera Infancia (IECMHC) un servicio basado en la prevención que empareja a un consultor de salud mental con familias y adultos que trabajan con infantes y niños pequeños en los diferentes entornos donde aprenden y crecen, como cuidado infantil, preescolar y su hogar. El objetivo es construir la capacidad de los adultos para fortalecer y apoyar el desarrollo social y emocional saludable de los niños, temprano y antes de que sea necesaria la intervención. Se ha demostrado que el IECMHC mejora las habilidades sociales y el funcionamiento emocional de los niños, promueve relaciones saludables, reduce los comportamientos desafiantes, reduce el número de suspensiones y expulsiones, mejora la calidad del aula y reduce el estrés del proveedor, el agotamiento y la rotación de personal. [537]

Incrementar las oportunidades de los niños para practicar habilidades sociales y competencias emocionales

Las actividades cotidianas en el aula pueden planificarse e implementarse para ayudar al desarrollo social y emocional de los niños (que, como se mencionó, es lo mismo que su salud mental).

Enseñar a niños sobre las emociones

Hay muchas cosas que los maestros pueden hacer para ayudar a apoyar la comprensión de las emociones de los niños. Aquí hay algunas ideas:

- Haz caras expresando diferentes emociones y haz que los niños adivinen lo que podrías estar sintiendo.
- A lo largo del día, ayude a los niños a aprender a etiquetar sus propias emociones (por ejemplo, “Parece que te sientes enojado porque no podemos salir; ¿qué podemos hacer para ayudarte a sentirte mejor?”).
- Mientras lee cuentos a los niños, haga que los niños adivinen cómo se sienten los personajes de la historia. Haz preguntas como, “¿Cómo se puede decir que el personaje se siente así? ¿Se puede hacer una cara que demuestre ese sentimiento?”
- Usa títeres para representar diferentes situaciones; por ejemplo, un títere toma un juguete de otro títere. Pregunte a los niños qué emoción (es) podrían estar sintiendo los títeres.
- Con frecuencia dirija a los niños a que se miren los rostros y piensen en cómo se sienten.
- Escuche algunos tipos diferentes de música, como el rock o la clásica, y deje que los niños bailen con la música. Pregúntale a los niños cómo la canción hizo sentir a los niños.

Enseñar a niños sobre la amistad

Estar en un ambiente con muchos compañeros de la misma edad que están aprendiendo sobre cómo expresarse, trabajar con otros y regular sus comportamientos proporciona un gran lugar para ayudar a los niños a aprender sobre las amistades. Aquí hay algunas ideas:

- Modelo pidiendo ayuda a otros. Si tienes una tarea que hacer en el aula, involucra a otro niño.
- Siempre que los niños tengan que turnarse, haga que el niño que acaba de terminar llame a alguien para que vaya a continuación.
- Haga que los niños ayuden durante las rutinas como sacar cunas o colchonetas para la hora de la siesta.
- Habla sobre tus propios comportamientos sociales. Se pueden decir cosas como: “Le dije 'gracias 'a la señora Tanya porque me pasó la leche”, o “creo que voy a mantener la puerta abierta para Jamal porque tiene las manos llenas”.
- Identifique ciertos artículos en los centros que requieren que los niños se ayuden entre sí, como sacar una casa de muñecas de una estantería, mover el garaje del automóvil o alimentar a la mascota de la clase. Explíqueles a los niños que se necesitan dos amigos para hacer estas cosas.
- Proporcione juguetes y juegue juegos que requieran dos o más personas, como un carro o un juego de tirar y atrapar.
- Haz un “Tablero de la Amistad” en un tablón de anuncios en tu aula. Tome fotografías cuando los niños estén trabajando juntos en algo o jugando juntos y póngalas en la pared.

Dos niños jugando con bloques de lego en piso

Figura 11.10 — Cuando los niños trabajan juntos, practican sus habilidades sociales. [538]

Enseñar a los niños sobre la resolución de problemas

La vida cotidiana presenta muchas oportunidades para que los niños se involucren en identificar problemas y generar y probar soluciones. Aquí algunas ideas para en el aula:

- Aproveche las oportunidades naturales para incorporar palabras de resolución de problemas en el vocabulario del aula. Cuando no hay suficientes barras de pegamento o demasiadas personas que quieran ir en cierto centro, digan cosas como: “Tenemos un problema. ¿Qué podemos hacer para arreglarlo?”
- Utilice problemas naturales en grupos pequeños para intercambiar ideas sobre posibles soluciones. Hablar de ese problema y llegar a algunas ideas que podrían funcionar para resolver el problema.
- Usa títeres para representar situaciones problemáticas durante el tiempo de grupo. Pida a los niños que busquen una solución para el problema.
- Cuando un niño pide ayuda, aproveche la oportunidad para involucrar a otro niño en la solución del problema. Puedes decir: “Veamos y veamos si alguno de tus amigos te puede ayudar. Marne, Sheila necesita una barra de pegamento y ya no hay más. ¿Puedes ayudarla a resolver su problema?”
- Fomentar a los niños mientras están trabajando en un problema y brindarles reconocimiento cuando lo resuelvan. Se puede utilizar una situación que terminó bien como ejemplo para discutir en grupo grande.
- Discuta los problemas que los personajes están teniendo en los libros que estás leyendo. Haga una lluvia de ideas sobre algunas posibles soluciones y adivine lo que van a hacer.
- Informar una canción sobre qué hacer cuando los niños tienen un problema. Por ejemplo, a la melodía de *Fila, Rema, Rema Your Boat*: “Problema, problema, problema, oh, ¿qué podemos hacer? Detente y piensa en algo nuevo. Lo probaré contigo”.
- Si siguen surgiendo soluciones similares durante las discusiones de resolución de problemas, inicie un “Tablero de soluciones” que muestre las diferentes soluciones con una imagen para representarlo. Los niños pueden usarlo para ayudar a pensar en soluciones a medida que surgen los problemas, y el maestro puede incitar a un niño a que vaya a mirarlo.

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ maestro y niño de i-t pg.JPG

Figura 11.11 — Utilizar las oportunidades de la vida real para ayudar a los niños a practicar la resolución de problemas. [539]

Enseñar a los niños a manejar la decepción y las emociones difíciles

Manejar emociones intensas y la decepción cuando las cosas no salen a su manera son desafiantes para los niños pequeños (¡e incluso para los adultos!) para navegar. Pero los maestros pueden ayudar a los niños a desarrollar técnicas para manejar emociones difíciles. Aquí hay algunas ideas:

- A lo largo del día, modela etiquetando tus propias emociones. Por ejemplo, “me siento frustrado porque no puedo abrir este frasco de pintura”.
- Ayuda a los niños a aprender a etiquetar sus emociones cuando tienen conflicto con otros niños: “Bobby, parece que te sientes enojado porque Terrence se llevó tu juguete. ¿Puedes decirle a Terrence cómo te hace sentir cuando te quita el juguete?”
- Cuando los niños lloran, identifiquen sus sentimientos, y los suyos también. “Sé que fue realmente aterrador caerse del tobogán. Estaba preocupado por ti. Me alegro de que estés bien. ¿Hay algo que pueda hacer para ayudarte hasta que te

sientas mejor?”

- Ayude a los niños a aprender a tomar respiraciones profundas “oliendo las flores” y “soplando las velas de cumpleaños”. Saber respirar profundamente es una parte importante de aprender a calmarse cuando está enojado o molesto.
- Dé a los niños materiales para que los usen para salir de su ira. Pueden usar un martillo de juguete, exprimir plastilina o correr vueltas en el receso. Hágales saber que está bien estar enojado y que hay formas seguras de expresar enojo.
- Actúa la diferencia entre sentirse tenso (como un robot o una estatua) y relajado (como una muñeca de trapo o un animal de peluche). Haga que los niños lo actúen, también, para que empiecen a aprender a identificarse cuando se están enrollando.
- Ayudar a los niños a aprender a etiquetar sus propias emociones. Se puede decir: “Parece que estás realmente frustrado por aquí. ¿Cuál es el problema?”
- Dale a los niños diferentes situaciones, como “Un niño está muy triste porque extraña a su mamá”, y deja que lo interpreten. Habla sobre la emoción y algunas cosas que el niño podría hacer para sentirse mejor.
- Los libros de cuentos infantiles tienen muchas oportunidades para hablar sobre cómo lidiar con ciertas emociones. Señale las emociones simples de los personajes como felices, tristes, locos y emocionados, y busque oportunidades para etiquetar las más complejas como decepcionados, frustrados, sorprendidos y avergonzados. Ve qué hacen los personajes para lidiar con esas emociones y si los niños piensan o no que fue una buena manera. Hacer una lluvia de ideas sobre otras cosas que se podrían haber hecho cuando los personajes se sentían así.
- Si los niños se sienten tristes al momento de la entrega, pídales que “escriban” una carta o hagan un dibujo para mostrar a sus cuidadores a la hora de recoger. Hablar de cómo está bien sentirse triste, pero que su cuidador volverá al final del día. [540]

casa, o, hogar, vector, icono	Involucrar a las familias en el apoyo al desarrollo socioemocional de Hay muchas cosas que puedes hacer para dar a las familias ideas de cómo apoyar el desarrollo social y emocional de sus hijos también en el hogar. Se puede • Incorporar las palabras de emoción que los niños hayan estado practicando o hayan identificado durante el día en notas o boletines para padres de familia. Esto también puede ayudar a fomentar la discusión de palabras de emoción en el entorno hogareño. • Incluir una nota sobre una situación que surgió en la escuela y cómo se resolvió al informar a los padres de familia. Anime a los padres a que pregunten al respecto a los niños. • Anime a las familias a usar comidas y rutas de fin de día para discutir el día con sus hijos. • Comparte algunas de las cosas que haces a lo largo del día. Muchas de esas cosas también se pueden hacer en casa. Algunas ideas específicas que puedes dar a los padres incluyen las siguientes: • Durante las rutinas de baño, haga que los niños se miren en el espejo y practiquen hacer caras locas, tristes y felices. • Por la mañana, discuta cosas que te entusiasman para el próximo día. • Al salir de casa, pídele al niño que te ayude a llevar cosas. Después, agradecerles por ayudar. • A lo largo de las rutinas diarias fuera de la casa, habla de las diferentes formas en que las personas que ves ayudan (policías, choferes de autobús, cajeros). Enfatizar la naturaleza de ayuda de estos trabajos. • Usa la preparación de comidas como una oportunidad para practicar y hablar sobre habilidades sociales. Haga que los niños saquen los ingredientes, pongan la mesa o revuelvan los alimentos. Discuta lo importante que es ayudar y cuánto se agradece la ayuda. • Cree un kit de solución que pueda usarse en casa cuando su hijo tenga un problema. Agrega soluciones como pedirle ayuda a un hermano o padre, elegir un juguete diferente o salir a jugar. ¡Colóquelas en la nevera para un fácil acceso! • Modelar técnicas a utilizar cuando se trata de ira y frustración. Mostrar técnicas de respiración, contar, o lo que sea que funcione para calmarte. [541]

Apoyando a los niños bajo estrés

Apoyar la salud mental de los niños también se extiende a ayudar a los niños a lidiar con el estrés que puedan encontrar. Una de las cosas más importantes que pueden hacer los maestros es proporcionar al niño un refugio predecible y seguro donde

los niños puedan sentirse seguros. Los maestros pueden crear una rutina diaria cómoda y reconfortante centrada en el niño, individualizada, receptiva y estructurada amablemente para dar a los niños pequeños una sensación de control y previsibilidad que puede faltar en otros aspectos de la vida del niño. Un elemento central de estos esfuerzos es proporcionar a los niños relaciones adultas de apoyo que sean confiables y útiles. Esto puede ser más difícil de lo que cabría esperar porque los niños pequeños bajo estrés suelen poner a prueba estas relaciones para ver si los maestros y otros adultos seguirán respondiendo a ellas incluso cuando los niños actúen desafiante o negativamente.

En algunas circunstancias, puede ser útil para los maestros obtener el asesoramiento de un consultor de salud mental de la primera infancia que pueda observar al niño en el aula, platicar con el maestro sobre el comportamiento del niño y sugerir estrategias para brindar asistencia de apoyo. Los consultores de salud mental en la primera infancia pueden ser recursos valiosos para un programa de educación infantil. Pueden ayudar a los maestros a brindar el apoyo muy necesario a los niños pequeños que tal vez no tengan otras fuentes de apoyo similares en otras partes de sus vidas. [542]

Atención informada sobre el trauma

Como se mencionó, los niños que están expuestos a eventos traumáticos de la vida corren un riesgo significativo de desarrollar problemas graves y duraderos en múltiples áreas de desarrollo. Sin embargo, es mucho más probable que los niños exhiban resiliencia al trauma infantil cuando los programas, instituciones y sistemas de servicios para niños comprenden el impacto del trauma infantil, comparten formas comunes de hablar y pensar sobre el trauma e integrar a fondo prácticas y políticas efectivas para abordarlo—un enfoque a menudo referido como *atención informada sobre el trauma (TIC)*.

El contexto en el que los niños viven, aprenden y crecen da forma tanto a su bienestar inmediato como a largo plazo. En consecuencia, los niños que experimentan trauma tienen más probabilidades de exhibir resiliencia cuando sus entornos responden a sus necesidades específicas. Las familias, las escuelas, los programas y servicios comunitarios, y las personas que cuidan a los niños pueden aumentar las posibilidades de resiliencia después de un trauma infantil cuando se dan cuenta del impacto del trauma infantil, brindan una sensación de seguridad y previsibilidad, protegen a los niños de nuevas adversidades y ofrecen vías para su recuperación. Es decir, los niños se benefician cuando estas entidades les brindan atención informada sobre el trauma (TIC).

A pesar de su enfoque en el trauma, la TIC es inherentemente una perspectiva basada en fortalezas que enfatiza la resiliencia en lugar de la patología. Las TIC se han definido e implementado de varias maneras, pero la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias ha identificado cuatro elementos clave: las Cuatro Rs (ver Figura 11.12)

Cuatro Rs de Atención Informada sobre Trauma

Figura 11.12 — Las Cuatro R son los elementos clave de la Atención Informada por Trauma [543]

La aplicación de TIC a entornos del mundo real comienza con el primer contacto de un niño con un programa, institución o sistema de servicios. Requiere de un esfuerzo integral y múltiple que involucre a los muchos adultos en la vida de los niños. Por ejemplo, en un programa escolar o extraescolar, TIC significa aumentar los conocimientos y habilidades relacionados con el trauma entre facilitadores de programas, administradores escolares, conductores de autobuses, trabajadores del servicio de alimentos, asistentes de aula, personal administrativo, voluntarios, maestros, liderazgo, profesionales de educación especial, escuela trabajadores sociales y psicólogos, familias y cualquier otra persona que entre en contacto con niños. Sin embargo, aumentar el conocimiento del trauma es solo un aspecto de las TIC, lo que también significa que las personas que cuidan a los niños deben ser capaces de:

1. **Darse cuenta** de la naturaleza generalizada del trauma infantil y cómo afecta el desarrollo emocional, social, conductual, cognitivo, cerebral y físico del niño, así como su salud mental. Además, los adultos deben ser conscientes de la influencia del trauma en los familiares, los socorristas, los proveedores de servicios y otras personas que puedan experimentar estrés secundario (reacciones relacionadas con el trauma a la exposición a la experiencia traumática de otra persona). En algunos casos, los adultos sufren los mismos eventos o circunstancias traumáticas que el niño (por ejemplo, un desastre natural, violencia comunitaria, muerte de un miembro de la comunidad) y pueden beneficiarse de apoyos similares.
2. **Reconocer** los síntomas del trauma, incluyendo cómo las reacciones traumáticas (es decir, síntomas de estrés postraumático) varían según el género, la edad, el tipo de trauma o el entorno. Además, los adultos en la vida de los niños deben entender que los comportamientos desafiantes de un niño son reacciones normales, autoprotectoras y adaptativas a situaciones altamente estresantes, en lugar de ver a ese niño como un mal comportamiento intencional. Se entiende que las reacciones traumáticas de los niños son esfuerzos adaptativos para protegerse ante eventos traumáticos. Por ejemplo, un niño puede estar hipervigilante ante la ira o desaprobación de un adulto porque, en el pasado, él o ella experimentó abuso físico por parte de uno de sus padres. O bien, un niño puede desasociarse o soñar despierto como una respuesta aprendida

que le permita evitar sentir o pensar en una experiencia traumática. Además, TIC significa reconocer que el trauma puede influir en la participación de un niño en actividades y servicios, interacciones con compañeros y adultos, y la capacidad de respuesta a las reglas y pautas.
3. **Responder** haciendo los ajustes necesarios, en su propio lenguaje y comportamiento, al entorno del niño; y a las políticas, procedimientos y prácticas para apoyar la recuperación y resiliencia del niño ante el trauma.
4. **Resista la re-traumatización** dando forma activa a los entornos de los niños para evitar desencadenantes (sonidos, vistas, olores, objetos, lugares o personas que recuerdan a un individuo el trauma original) y proteger a los niños de más traumas, lo que puede exacerbar los impactos negativos del trauma e interferir con el proceso de curación.

Capacitación y Desarrollo Profesional en Trauma Infantil

Proporcionar a los adultos (personal, liderazgo, familias y socios comunitarios) capacitación y desarrollo profesional sobre el trauma infantil es un componente importante de la implementación de las TIC. Es esencial que los adultos tomen conciencia de la prevalencia e impacto del trauma, y aprendan a aplicar una "lente traumática" (es decir, adquirir la capacidad de ver las dificultades de conducta, aprendizaje y relaciones de los niños como reacciones naturales al trauma que ameritan comprensión y atención sensible). Además, los adultos pueden aprender estrategias clave para manejar problemas relacionados con el trauma en la infancia. Estos incluyen:

- creando ambientes que se sientan física y emocionalmente seguros.
- enseñar a los niños la autorregulación, habilidades de lenguaje y comunicación, y cómo construir relaciones saludables.
- aprender los desencadenantes del trauma de cada niño y cómo tanto el niño como los adultos pueden limitarlos, anticiparlos y sobrellevarlos.
- apoyar el desarrollo de vínculos saludables con los padres y otros cuidadores, así como las relaciones positivas con los compañeros.

Las evaluaciones de las iniciativas TIC también indican que cuando los padres, los proveedores de servicios y los programas comparten un lenguaje común y una visión del trauma, son más capaces de trabajar juntos para satisfacer las necesidades de los niños.

Las oportunidades de capacitación y desarrollo profesional también son importantes para aumentar la capacidad de los adultos para atender otros aspectos de las TIC, entre ellos:

- compromiso familiar.
- prácticas que responden a la cultura, el género y la orientación sexual.
- colaboración con proveedores de servicios comunitarios (por ejemplo, proveedores de salud mental que pueden detectar traumas infantiles y proporcionar tratamiento basado en evidencia).
- desarrollar e integrar protocolos de respuesta a emergencias y crisis.
- y establecer políticas informadas sobre el trauma que apoyen el desarrollo positivo de la juventud pese a la exposición al trauma

Desarrollar capacidades y mantener un compromiso continuo con los esfuerzos de TIC son fundamentales para la sustentabilidad. Sin embargo, aunque es un componente crítico de las TIC, capacitar al personal y a los padres sobre el impacto del trauma infantil no es suficiente y no constituye en sí mismo TIC. Las TIC también deben incluir el desarrollo profesional integral y continuo y la educación para padres, familias, personal escolar, personal de programas extraescolares y proveedores de servicios comunitarios para abordar conjuntamente el trauma infantil.

Estrés Traumático Secundario

TIC también significa atender la seguridad psicológica y física y el bienestar de los adultos que atienden a niños que han experimentado un trauma. Los profesionales, padres y otros adultos cuidadores pueden sufrir *estrés traumático secundario* (reacciones relacionadas con el trauma a la exposición a la experiencia traumática de otra persona). La Red Nacional de Estrés Traumático Infantil recomienda las siguientes estrategias para combatir el estrés traumático secundario y reducir el burnout y rotación del personal relacionado:

- Proporcionar supervisión reflectante de alta calidad
- Mantener el equilibrio de carga de trabajo
- Apoyar a los grupos de autocuidado laboral
- Mejorar la seguridad física del personal

- Brindar capacitación tanto al personal como al liderazgo para aumentar la conciencia sobre el estrés traumático secundario y cómo abordarlo de manera efectiva
- Desarrollar oportunidades para que el personal y el liderazgo aprendan y participen en prácticas de autocuidado.
- Crear asociaciones externas con expertos en estrés traumático secundario.
- Evaluar regularmente la vulnerabilidad y resiliencia del personal y el liderazgo ante el segundo estrés traumático
- Crear un sistema de amigos para la rendición de cuentas de autocuidado. [544]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Cuáles son las conclusiones clave para ti sobre cómo los maestros pueden apoyar la salud mental de los niños? ¿Cuáles son algunas formas en las que también puedes mantenerte mentalmente saludable?

Resumen

La salud mental de los niños (su desarrollo social y emocional) debe ser apoyada intencionalmente desde el principio. Los niños con problemas de salud mental (ambos diagnosticados y que pueden no diagnosticarse) y los niños que experimentan experiencias adversas en la infancia, traumas y estrés pueden necesitar apoyo adicional de salud mental. Los programas de cuidado y educación temprana deben practicar la atención informada sobre el trauma y reconocer su papel en ayudar a los niños y sus familias a desarrollar resiliencia.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Consultor de Salud Mental del Centro Universitario de Georgetown para la Primera Infancia: https://www.ecmhc.org/ • Centro de la Universidad Harvard Howard para el Niño en Desarrollo: https://developingchild.harvard.edu/ • Instituto Universitario de Salud Mental Infantil y Primera Infancia de Tulane: https://medicine.tulane.edu/infant-institute • Cero a Tres - Salud Mental en la Primera Infancia: https://www.zerotothree.org/espanol/... -salud mental • Salud Mental Infantil de los CDC: https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/index.html • Experiencias adversas en la infancia (ACE) de los CDC: https://www.cdc.gov/violencepreventi...udy/index.html • Comprender el estrés y la resiliencia en niños pequeños: eclkc.ohs.acf.hhs.gov/mental... jóvenes-niños • Consejo Científico Nacional del Niño en Desarrollo Estableciendo un Nivel Fundamento para la Vida: La Salud Mental Comienza en la Primera Infancia: http://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r.wpen... -Childhood.pdf • Salud Mental América: https://www.mhanational.org/childrens-mental-health • MentalHealth.gov: https://www.mentalhealth.gov/ • El Instituto Nacional de Salud Mental para Ayudar a Niños y Adolescentes a Hacer Frente a Desastres y Otros Eventos Traumáticos: Qué Pueden Hacer los Padres de Familia, Rescate y la Comunidad: https://www.nimh.nih.gov/health/publ...ts/index.shtml • Estrés en la Infancia: https://medlineplus.gov/ency/article/002059.htm • Eventos Traumáticos y Niños: https://medlineplus.gov/ency/patient...ons/000588.htm • Niños y Salud Mental: https://www.nimh.nih.gov/health/publ...th/index.shtml • Centro sobre la Fundación Social y Emocional para el Inventario de Prácticas de Aprendizaje Temprano para la Promoción de la Competencia Social Emocional de los Niños: http://csefel.vanderbilt.edu/modules...1/handout4.pdf • Cómo implementar la atención informada sobre el trauma para construir resiliencia al trauma infantil: https://www.childtrends.org/publicat...ildhood-trauma • Early Head Start's: Pathways to Prevention: Una guía completa para apoyar la salud mental de bebés y niños pequeños: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/...prevention.pdf • Módulos de capacitación para bebés y niños pequeños: http://csefel.vanderbilt.edu/resourc...ng_infant.html • Módulos de Capacitación Preescolar: http://csefel.vanderbilt.edu/resourc...preschool.html

This page titled 2: Salud Mental Infantil is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 11: Children's Mental Health by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

3: Promoviendo la buena salud y el bienestar

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Resumir lo que entra en los registros de salud infantil y del personal.
- Describir el proceso de chequeos diarios de salud.
- Explicar las buenas prácticas de higiene dental en el aula.
- Discutir la importancia del sueño.
- Identificar diferentes proyecciones que los programas de cuidado y educación temprana pueden implementar.
- Relacionar la importancia del tamizaje del desarrollo.
- Recordar formas de involucrar a las familias en el proceso de selección.

icono de gavel	**Reglamento de Licencias** Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: 101220 Evaluaciones médicas infantiles • Antes o dentro de los 30 días naturales siguientes a la inscripción, el licenciatario obtendrá una evaluación médica escrita del niño por un médico con licencia. La evaluación debe tener menos de un año de antigüedad. 101220.1 INMUNIZACIONES • Antes de ingresar a un Centro de Cuidado Infantil, los niños serán inmunizados contra enfermedades como lo exige el Código de Reglamentos de California, Título 17. • El niño que no cumpla con alguno de estos requisitos no será admitido en un Centro de Cuidado Infantil. • El licenciatario debe documentar y mantener los registros de vacunas de cada niño mientras el niño esté inscrito. 101221 REGISTROS INFANTIL • Se debe mantener un registro separado, completo y actual para cada niño. 101226.1 Inspección diaria para enfermedades • El licenciatario se encargará de garantizar que no se acepten a los niños con síntomas evidentes de enfermedad. • Ningún niño será aceptado sin contacto entre el personal del centro y la persona que lleve al niño al centro.

Introducción

El desarrollo saludable continúa apoyando el aprendizaje a lo largo de la infancia y la vida posterior. “La salud en los primeros años… sienta las bases para una vida de bienestar…” [303] Para promover la salud de los niños en los programas de atención y educación temprana, es importante llevar registros de la salud tanto de los niños como del personal. Los programas pueden apoyar la salud bucal de los niños y los hábitos saludables de sueño. Y pueden ayudar a identificar problemas de desarrollo y salud con los exámenes de detección.

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ juego de mesa de agua de ella pg2.JPG

Figura 7.1 — ¡Los niños sanos prosperan! [304]

Registros de salud de los niños

“La salud y seguridad de los niños individuales requiere que la información relativa a cada niño en cuidado se mantenga y esté disponible cuando sea necesario. Los registros infantiles constan de documentación diversa, como el historial médico y de inmunización de un niño, información de atención médica de emergencia y permiso de los padres para participar en actividades específicas... Cada centro de cuidado infantil debe mantener registros precisos de cada niño que recibe cuidado en el cuidado infantil”. [305]

Los registros de salud pueden ayudar a los programas de atención y educación temprana a identificar medidas preventivas de salud, desarrollar planes de atención para niños con necesidades especiales y determinar si un niño debe ser excluido o no de la atención debido a una enfermedad.

Los requisitos de licencia de cuidado infantil del Título 22 de California enumeran los siguientes elementos relacionados con la salud para incluir en los registros del niño:

- Evaluación médica y la siguiente información de salud:

- Restricciones dietéticas y alergias.
- Instrucciones de acción a tomar en caso de que el representante autorizado del niño, o el médico designado por el representante autorizado, no puedan ser contactados en caso de emergencia.
- Un formulario de consentimiento firmado para tratamiento médico de emergencia

- Registro de cualquier enfermedad o lesión que requiera tratamiento por parte de un médico o dentista y para la cual el centro brindó asistencia al niño para satisfacer sus necesidades médicas o dentales necesarias.
- Registro de los medicamentos actuales, incluyendo el nombre del médico prescriptor, e instrucciones, en su caso, con respecto al control y custodia de los medicamentos.
- Registros de vacunación actuales y actualizados [306]

Las Normas Nacionales de Salud y Seguridad recomiendan que también se incluyan en los registros del niño lo siguiente:

- Un historial de salud completado por la familia al ingreso
- Información del seguro médico del niño [307]

Resultado de imagen para carpetas de archivos

Figura 7.2 — Es importante llevar registros de salud de los niños y el personal. [308]

Registros de salud del personal

También es importante que se lleven registros que documenten la salud de todo el personal en un programa de atención y educación temprana. La licencia requiere que los siguientes elementos relacionados con la salud estén en los registros del personal:

- Reporte de exámenes de salud
- Liquidación TB [309]

En septiembre de 2016 se aprobó el Proyecto de Ley Senatorial 792 que requiere que personal o voluntarios en un programa de atención y educación temprana proporcionen registros de inmunizaciones (o inmunidad) para

- Pertussis
- Sarampión
- Influenza (anual entre el 1 de agosto y el 1 de diciembre de cada año; puede disminuir por escrito) [310]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	La importancia de mantener saludable al personal Una cultura de bienestar es un ambiente de trabajo donde se valora, apoya y promueve la salud y seguridad de un empleado a través del lugar de trabajo, programas de salud y bienestar, políticas, beneficios y apoyos ambientales. Una cultura de bienestar para el personal realmente va a ser la base para crear una cultura de salud y seguridad para los niños. El personal tiene problemas de salud como obesidad y depresión a tasas superiores a la media nacional. Los salarios de atención y educación temprana suelen ser bajos, lo que genera estrés financiero personal. Las tasas de rotación de personal son altas. En general, los educadores de la primera infancia están infravalorados por el trabajo importante y de alta demanda que realizan. El bienestar y la estabilidad del personal afectarán la calidad de los servicios que un programa puede brindar a familias y niños. Los niños necesitan relaciones consistentes, sensibles, solidarias y estables con los adultos. Los adultos que están bien, física y mentalmente, tienen más probabilidades de entablar relaciones positivas. Cuando apoyamos el bienestar del personal, fortalecemos la atención y la educación temprana. Los programas pueden usar el Modelo de Salud en el Lugar de Trabajo de los CDC para apoyar la salud de su personal. [311] Se describe en esta imagen (y se proporciona un enlace en la función Otros recursos para explorar al final del capítulo). Gráfico del Modelo de Salud Laboral que describe cómo mejorar la salud de los empleados en el trabajo Figura 7.3 — El Modelo de Evaluación de Salud en el Lugar de Trabajo de los CDC, planeación y gestión, implementación y evaluación. [312]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Qué significa para ti mantenerse saludable? ¿Qué haces (o podrías hacer) para manejar tu estrés, reforzar tu resiliencia y mantenerte físicamente saludable (nutrición, actividad, etc.)? ¿Cómo podría ayudarte tu empleador a mantenerte saludable?

Cheques Diarios de Salud

Todos los días se debe realizar un chequeo rápido de salud informal basado en observación a cada niño (antes de que el padre/cuidador se vaya). Los educadores de la primera infancia deben usar sus conocimientos sobre lo que es normal para un niño para identificar cualquier preocupación sobre el bienestar del niño (pero no como un intento de diagnosticar formalmente la enfermedad). No es un proceso que excluya formalmente a los niños de la enfermedad, pero el seguimiento de las preocupaciones que se notan en un chequeo de salud puede encontrar razones para excluir a los niños.

“En un entorno de cuidado infantil donde viene mucha gente al mismo tiempo, es difícil tomarse un momento con cada niño. Sin embargo, esta rutina acogedora puede establecer muchas cosas y es una buena política de desarrollo infantil. Este contacto ayudará a [los maestros] a comprender mejor a cada niño, ayudar a los niños a sentirse cómodos y bien consigo mismos, reducir la propagación de la enfermedad al excluir a los niños con signos evidentes de enfermedad y fomentar una mejor comunicación con [las familias]”. [313]

C:\Users\paris_j\Pictures\OER Images\ tiempo de entrega de ella pg2.JPG

Figura 7.4 — Los maestros deben hacer un chequeo de salud cuando se deja a cada niño. [314]

Realización del chequeo diario de salud

Los maestros deben usar todos sus sentidos para verificar si hay signos de enfermedad. Esto incluye:

- Escuchando lo que le dicen las familias sobre cómo se siente su hijo y cómo suena el niño (voz ronca, tos, sibilancias, etc.)
- Mirar al niño de pies a cabeza (con un escaneo rápido) para ver si el niño se ve enrojecido, pálido, tiene sarpullido, tiene secreción nasal o moco en los ojos
- Sentir la mejilla o el cuello del niño (como parte de un saludo) para darle calidez o sensación de calor
- Oler al niño por un aliento de olor inusual o una evacuación intestinal.

Aquí están las señales a observar para:

- Estado de ánimo general y comportamiento atípico
- Fiebre (temperatura elevada)
- Epulsiones o manchas inusuales, picazón, hinchazón y moretones
- Quejas de no sentirse bien
- Síntomas de enfermedad (tos, estornudos, secreción nasal, secreción ocular o auditiva, diarrea, vómitos, etc.)
- Enfermedad reportada en niños o familiares [315, 316]

Higiene Dental

La higiene dental es importante para prevenir la Caries de la Primera Infancia (ECC), que es un término que se usa para describir la caries dental, incluyendo dientes llenos o extraídos debido a caries, en los dientes primarios (dientes de leche). Es importante repensar la forma en que “tratamos” la caries dental. Tradicionalmente, esperábamos hasta que un niño tuviera una cavidad y “trataríamos” la cavidad con un relleno. Para prevenir la ECC, debemos intervenir antes de que se desarrolle la primera cavidad. [317] Los programas de atención y educación temprana pueden enseñar a niños y familias sobre higiene dental y cuidado bucal, así como implementar buenas prácticas de higiene dental. Aquí hay algunas ideas:

- Utilizar prácticas docentes que involucren a los niños y promuevan el pensamiento crítico Considera hacer preguntas como:

- ¿Cómo te cepillas los dientes?
- ¿Por qué te cepillas los dientes?
- ¿Qué más puedes hacer para mantener la boca y los dientes sanos?
- ¿Qué pasa si no te cepillas los dientes?
- Háblame de tu última visita al odontólogo.

- Integrar la salud bucal en las actividades (además del cepillado dental). Algunas posibilidades incluyen:

- Tener hijos separa las imágenes de alimentos que son buenos para la salud bucal de las imágenes de alimentos con alto contenido de azúcar.
- Lectura de libros con mensajes positivos de salud bucal a niños.
- Tener hijos fingir que están visitando un consultorio dental.
- Cantando canciones sobre salud bucal

- Involucrar a las familias en la promoción de la salud bucal Algunas formas de hacerlo incluyen:

- Trabajar con familias para encontrar las mejores formas de posicionar a su hijo para el cepillado de dientes. Recuerde a las familias que los niños pequeños no pueden cepillarse bien los dientes hasta los 7 a 8 años. También es importante que un padre cepille los dientes de su hijo o le ayude a cepillarse.
- Pedir a las familias que tomen fotografías de su hijo cepillarse los dientes y ayudar al niño a escribir historias sobre su experiencia.
- Ayudar a las familias a elegir y preparar alimentos que promuevan una buena salud bucal.
- Animar a las familias a preguntar a su hijo qué aprendió sobre la salud bucal en la escuela ese día.
- Ofrecer a las familias sugerencias para actividades en casa que apoyen lo que los niños están aprendiendo sobre la salud bucal en la escuela. [318]

Pasos para el cepillado de dientes en el aula

1. Sentado en una mesa en círculo, los niños se cepillan los dientes como actividad grupal todos los días.
2. Dele a cada niño un vaso de papel pequeño, una toalla de papel y un cepillo de dientes de cerdas suaves del tamaño de un niño.
3. Ponga una pequeña (del tamaño de un guisante) de pasta de dientes con flúor en el borde interior de cada taza, y haga que los niños usen sus cepillos de dientes para recoger los toques de pasta de dientes.
4. Cepille juntos durante dos minutos, usando un temporizador de huevos o una canción que dure aproximadamente dos minutos.
5. Cepíllate los dientes con los niños para dar ejemplo, y recuérdeles que se cepillen todos los dientes, por todos lados.
6. Cuando se acaben los dos minutos, haga que los niños escupen cualquier pasta de dientes adicional en sus tazas, se limpien la boca y tiren las tazas y toallas de papel.
7. Los niños pueden ir al fregadero en grupos para enjuagar sus cepillos de dientes y poner los cepillos de dientes en soportes para que se sequen. [319]

maestro sentado a la mesa con niños que se están cepillando los dientes

Figura 7.5 — Cepillado dental grupal en cuidado y educación temprana. [320]

Higiene del sueño

Es importante dormir lo suficiente. El sueño apoya la salud mental y corporal. Dormir lo suficiente no se trata solo de horas totales de sueño. También es importante obtener un sueño de buena calidad en un horario regular para sentirse descansado al despertar.

¡El sueño es una parte importante de la vida! Los niños pequeños pasan alrededor de la mitad de su tiempo durmiendo. [321]

- Los bebés necesitan dormir entre 12 y 16 horas al día (incluidas las siestas).
- Los niños pequeños necesitan dormir entre 11 y 14 horas al día (incluidas las siestas).
- Los niños en edad preescolar necesitan dormir entre 10 y 13 horas al día (incluidas las siestas).
- Los niños en edad escolar necesitan de 9 a 12 horas de sueño cada noche. [322]

Sabemos lo ocupados que están cuando están despiertos, pero ¿qué hacen durante todas esas horas de descanso? En realidad, dormir tiene muchos propósitos.

- Crecimiento: La hormona del crecimiento se libera cuando los niños duermen (Berk 2002, 302). Los niños pequeños están creciendo mientras duermen, y como tienen mucho que crecer, necesitan todo el sueño que puedan obtener.
- Restauración: Algunos investigadores del sueño han descubierto que el sueño es importante para permitir que el cerebro se relaje y restaure algunas de las hormonas y nutrientes que necesita (Jenni & O'Conner 1995, 205).
- Memoria: El sueño también es un momento en el que el cerebro está averiguando qué experiencias del día son importantes para recordar (Jenni & O'Conner 1995, 205).
- Salud: Un estudio encontró que los bebés y niños pequeños necesitan al menos 12 horas de sueño en un día de 24 horas. Cuando los bebés y niños pequeños tenían menos de 12 horas, tenían más probabilidades de ser obesos a los 3 años (Taveras et. al. 2008, 305). [323]

La cultura del sueño y el cuidado infantil

En todo el mundo la gente duerme de diferentes maneras. Algunas personas duermen adentro, otras duermen afuera. Algunas personas duermen en camas, otras en hamacas o en colchonetas en el piso. Algunas personas duermen solas, algunas duermen con un cónyuge o hijos o ambos. Algunas personas duermen solo por la noche, mientras que otras valoran una siesta durante el día. Cómo, cuándo y dónde la gente elige dormir tiene mucho que ver con su cultura, tradiciones y costumbres. Esto puede incluir dónde viven, cómo duerme su familia, incluso cuántas habitaciones hay en su casa. Los maestros tienen un papel en proporcionar un ambiente de sueño que sea cómodo y seguro para los niños a su cargo, al tiempo que honran las creencias culturales de las familias.

¿Qué pueden hacer los maestros para ayudar a los niños pequeños a sentirse más “en casa” cuando es el momento de que descansen?

- Piense en las rutinas de sueño y sueño como parte del plan de estudios individualizado del niño.
- Los maestros de aula deben reunirse con una familia antes de que un niño ingrese a su cuidado. Esta es una oportunidad para conocer los hábitos de sueño de un niño antes de ingresar al aula. Cuando sabes cómo duerme un bebé en casa, puedes usar esa información para planificar cómo podría dormir mejor a tu cuidado.
- Haga una lluvia de ideas sobre formas de adaptar su aula para ayudar a un niño a sentirse "en casa" durante los tiempos de descanso. Por ejemplo, un bebé que está acostumbrado a dormir en un ambiente ajetreado podría dormir mejor si enrolla una cuna en el aula. Algunos bebés y niños pequeños móviles pueden tener dificultades para dormir en el cuidado infantil porque piensan que se van a perder algo divertido! Estos niños se benefician de tener un lugar muy tranquilo para conciliar el sueño. Cuando se tiene una relación positiva con un bebé será más fácil saber qué le ayudará a relajarse en el sueño.
- Anime a las familias a traer "un poco de casa" al programa, como un animal de peluche o una manta especial. Un artículo de comodidad desde casa puede ayudar a los niños a sentirse conectados con sus familias. Es posible que quieran esa comodidad todo el día. El artículo de confort desde casa también puede ayudar a los niños a hacer la transición al sueño mientras están bajo su cuidado. Asegúrese de que los bebés menores de un año no tengan juguetes o mantas adicionales en la cuna con ellos.
- Comparte con las familias lo que aprendes de su hijo. Usa los horarios de recogida y entrega para hacer preguntas sobre el sueño en casa. Las familias pueden compartir información que podría hacer que su hijo se sienta más cómodo bajo su cuidado. Puedes ser un recurso para las familias sobre el sueño y su hijo. Recuerda que las familias son las expertas sobre su hijo.

Siesta y diferencias individuales

¿Te has dado cuenta de que algunos niños se quedarán dormidos todos los días a la misma hora sin importar qué más esté pasando? ¡Estos niños podrían quedarse dormidos en su almuerzo si se sirve demasiado tarde! ¿Has conocido a niños que parecen quedarse dormidos fácilmente algunos días y otras veces simplemente no pueden acomodarse en el sueño? Estos niños podrían necesitar una rutina muy estable. Algunos niños pequeños duermen menos y duermen más por la noche, mientras que otros necesitan dormir mucho durante el día.

Temperamento y sueño

Algunos de los diferentes patrones en el sueño de los niños tienen que ver con su temperamento (Jenni & O'Connor 2005, 204). El temperamento es como la personalidad con la que nacemos. Algunos niños son naturalmente tranquilos y se adaptan a nuevas situaciones mientras que otros realmente necesitan una rutina que sea la misma todos los días. Un niño podría quedarse dormido fácilmente con solo ponerla en su cuna o cuna cuando se va a dormir. Otro niño podría quedarse dormido en tus brazos pero sobresalto despierto en el momento en que se da cuenta de que ha sido acostado solo.

Ritmos circadianos y sueño

Algo más que puede hacer que la hora de la siesta sea fácil o difícil para los niños pequeños tiene que ver con sus ciclos naturales de sueño. Todos tienen una especie de "reloj" dentro de sus cuerpos que les dice cuando tienen hambre o sueño. El ciclo de este reloj se llama ritmos circadianos. Los ritmos circadianos son los patrones de dormir, despertar, comer, temperatura corporal e incluso liberaciones de hormonas en tu cuerpo durante un periodo de veinticuatro horas. La cantidad de niños que necesitan dormir, cuándo se sienten cansados y la facilidad con la que pueden conciliar el sueño están todos relacionados con sus ritmos circadianos (Ferber 2006, 31).

Satisfacer las necesidades de sueño de cada niño

Pensar en los ritmos circadianos y el temperamento nos recuerda cómo cada niño es diferente. Por eso es importante tener horarios de siesta que satisfagan las necesidades de todos los niños a su cargo. Ayudar a los niños pequeños a aprender a reconocer las necesidades de sus cuerpos y encontrar formas de satisfacerlas es la habilidad muy importante de la autorregulación. [324]

Resultado de imagen para niño somnoliento

Figura 7.6 — Los niños pueden cansarse en momentos que no sean el tiempo de siesta/descanso. [325]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Individualización de horarios de siesta Crear un espacio para los niños somnolientos puede permitirles relajarse o tomar una siesta cuando su cuerpo les dice que están cansados. Puede tomar algo de creatividad para descubrir cómo dejar que un niño pequeño duerma o descanse cuando está cansado. ¿Qué haces si un niño no duerme la siesta cuando otros lo están? ¿Cómo descansa un niño tranquilamente en un aula ocupada? Henry, de dos años y medio, es nuevo en tu salón de clases. Su madre ha compartido contigo que no duerme la siesta durante el día con ella. Cuando llega la hora de la siesta se nota que Henry no parece muy cansado. ¿Qué puedes hacer por Henry, u otros niños como él, mientras el resto de la clase duerme? • ¿Tienes un “rincón acogedor” que también podría ser un área de siesta de un solo niño? • ¿Hay lugares suaves para sentarse y relajarse con un libro o un peluche? • ¿Se proporcionan libros u otras actividades tranquilas si un niño no puede descansar o establecerse cuando otros niños lo están? • ¿Se proporcionan a los niños técnicas y estrategias para calmar sus cuerpos, por ejemplo, respirar profundamente, tensar y relajar sus cuerpos, sentir los latidos del corazón, etc.? [326]

Exámenes de Desarrollo y Salud

Existen condiciones específicas de salud que impactan en el aprendizaje y el desarrollo, las cuales pueden ser identificadas y atendidas tempranamente. Estas afecciones pueden ser identificadas a través de exámenes de salud tempranos. [327]

El cribado es el primer paso para conocer a un niño al inicio de cada año de inscripción. Estos “datos de referencia” ayudan al personal a planificar e individualizar los servicios. También les ayuda a identificar “banderas rojas” para su posterior examen o evaluación. Cuando las preocupaciones no se identifican, pueden llevar a problemas mayores. [328]

La detección ayuda al personal y a las familias:

- Celebre los hitos: Toda familia espera ver la primera sonrisa, el primer paso y las primeras palabras de un niño. Las proyecciones regulares con profesionales de la primera infancia ayudan a crear conciencia sobre el desarrollo de un niño, facilitando la celebración de hitos del desarrollo.
- Promover el cribado universal: Todos los niños necesitan apoyo en los primeros años para mantenerse sanos y felices. Al igual que los exámenes regulares de audición y visión pueden asegurar que los niños son capaces de escuchar y ver con claridad, los exámenes de desarrollo y conductuales pueden asegurar que los niños están progresando en áreas como el lenguaje, el desarrollo social o motor.
- Identificar los posibles retrasos y preocupaciones temprano: Con exámenes regulares, las familias, los maestros y otros profesionales pueden asegurar que los niños pequeños obtengan los servicios y apoyos que necesitan lo antes posible para ayudarlos a prosperar.
- Mejorar los apoyos al desarrollo: Las familias son los primeros y más importantes maestros de los niños. Herramientas, orientación y consejos recomendados por expertos, pueden ayudar a las familias a apoyar el desarrollo de sus hijos. [329]

El cribado es parte de un proceso más amplio que utilizan los profesionales para aprender sobre la salud y el desarrollo de los niños. En asociación con las familias, el monitoreo (o vigilancia) del desarrollo, los exámenes de detección y la evaluación mantienen a los niños en el camino del desarrollo.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Cuál es la diferencia entre tamizaje, evaluación y evaluación Cribado El proceso de tamizaje es el paso preliminar para determinar si las habilidades sensoriales, conductuales y de desarrollo están progresando como se esperaba. El cribado en sí no determina un diagnóstico ni necesidad de intervención temprana. Evaluación La evaluación es un proceso continuo para determinar las fortalezas y necesidades de un niño y su familia. El proceso de evaluación debe continuar a lo largo de la elegibilidad del niño y ser utilizado para determinar estrategias que apoyen el desarrollo del niño en el aula y en el hogar. Esto puede ser tanto un proceso formal como informal. Evaluación Una evaluación formal es realizada por un profesional calificado para identificar o diagnosticar una afección o discapacidad del desarrollo, sensorial o conductual que requiera intervención. Solo los niños que fueron identificados a través de exámenes de detección y evaluación continua como posiblemente con alguna afección o discapacidad podrían requerir intervención. La agencia de Intervención Temprana Parte C o la Agencia de Educación Local en su comunidad debe ser notificada para una evaluación formal para determinar su elegibilidad para la intervención temprana, educación especial u otros servicios relacionados. [330]

Un par de cosas importantes para recordar sobre el cribado:

- Los niños se desarrollan rápidamente durante los primeros tres años de vida, por lo que es fundamental vigilar la salud y el desarrollo de los bebés y niños pequeños.
- La mayoría de los programas para la primera infancia sirven a familias diversas Por lo tanto, las mejores herramientas de cribado recopilan información de formas que responden a la cultura y al lenguaje. [331]
- Cribado del desarrollo utilizando instrumentos de detección del desarrollo estandarizados basados en la investigación que sean válidos y confiables para la población y el propósito para el que se utilizarán; apropiados para la edad, el desarrollo, la cultura y el lenguaje, y apropiados para niños con discapacidades, según sea necesario; y conducida por personal calificado y capacitado. Actualmente, los instrumentos de detección estandarizados para niños desde el nacimiento hasta los 5 años están ampliamente disponibles en inglés y español, pero prácticamente no están disponibles para niños cuyas familias hablan otros idiomas. [332]

casa, o, hogar, vector, icono	**Involucrar a las familias en los exámenes** Las familias pueden ser su aliado y activo más poderoso durante todo el proceso de selección. Ellos son los expertos en su hijo y pueden proporcionar información significativa y confiable. Los exámenes de detección también son una oportunidad para apoyar a las familias a enfocarse en su hijo y aumentar su comprensión del desarrollo de su hijo. Cuando las familias son socios activos en el proceso de evaluación (e intervención), el personal y las familias pueden compartir una comprensión de lo que es mejor para el niño, las prioridades de las familias y las metas para el aprendizaje y desarrollo del niño. Puedes involucrar a las familias mediante: • Discutir y explicar el proceso de tamizaje y los resultados. Asegúrese de incluir una explicación de las herramientas que utilizó y cualquier adaptación relevante de desarrollo, lingüística o cultural hecha para su hijo. • Escuchar los comentarios y preocupaciones de los padres sobre el sistema de detección y evaluación. ¿Qué les resultó útil o confuso? • Ayudar a las familias a navegar el seguimiento. ¿El niño necesita una evaluación formal? Si es así, ¿cómo puede ayudar al padre a iniciar este proceso? • Involucrar a su Comité de Padres para informar los procedimientos de selección de un programa ¿Cómo puede nuestro programa hacer esto más fácil para las familias? • Asociarse con familias para determinar los servicios de salud individuales apropiados para su hijo. [333]

Monitoreo y cribado del desarrollo

Los primeros años de vida son tan importantes para el desarrollo de un niño. Las experiencias tempranas marcan la diferencia en cómo se desarrollan los cerebros de los niños pequeños y pueden influir en el aprendizaje permanente y la salud Los educadores de la primera infancia pasan mucho tiempo con niños pequeños y son fundamentales para determinar muchos de los tipos de experiencias que van a tener. El monitoreo del desarrollo significa observar y señalar formas específicas en que un niño juega, aprende, habla, actúa y se mueve todos los días, de manera continua. El monitoreo del desarrollo a menudo implica rastrear el desarrollo de un niño usando una lista de verificación de hitos del desarrollo.

Los maestros están en una posición única para monitorear el desarrollo de cada niño a su cuidado. Pueden ser los primeros en observar posibles retrasos en el desarrollo de un niño. Trabajar con grupos de niños de la misma edad puede ayudar a los maestros a reconocer a los niños que alcanzan hitos temprano y tarde. Trabajar con niños de diferentes edades puede ayudar a los maestros a notar si las habilidades de un niño son más similares a las de un niño menor o mayor que a las de sus compañeros de la misma edad. Debido a que los maestros pasan el día enseñando, jugando y observando a los niños, pueden sentirse preocupados de que un niño a su cargo no esté alcanzando hitos que otros niños de su edad tienen, o pueden hacer que las familias les pregunten si están preocupados por el desarrollo de su hijo. [334]

Resultado de imagen para comillas prediseñadas	La primera vez que escuché el término “monitoreo del desarrollo”, me sentí muy intimidado y pensé, “esto suena muy complicado y requiere mucho tiempo. ¿Cómo voy a hacer eso además de todo lo demás que tengo que hacer durante el día?” Me sentí muy aliviado cuando descubrí que el “monitoreo del desarrollo” es solo una forma elegante de decir “mira, observa y graba lo que los niños están haciendo para asegurarse de que están en camino”. Acabo de marcar en una lista de verificación simple cuando los niños cumplen hitos. Observamos niños todos los días de todos modos. Observamos lo que hacen cuando juegan en el aula o afuera, cuando comen, y así sucesivamente. El monitoreo es solo eso: observar y observar, y grabar lo que ves. Hacer una verificación en una lista cuando un niño cumple con un hito toma aproximadamente dos segundos, y es más fácil que casi cualquier otra cosa que hagamos todo el día. Definitivamente es más fácil que tener una habitación llena de niños pequeños para dormir a la hora de la siesta, ¡y es mucho más divertido que cambiar pañales! Y si eso es todo lo que se necesita para estar realmente seguro de que cada niño está en camino y para asegurarse de que no me falta nada en todo el alboroto cada día, ¡estoy por todas partes! -Sra. Carolyn (educadora de primera infancia) [335]

Una lista completa de hitos del desarrollo para niños desde el nacimiento hasta los 8 años se encuentra en el Apéndice I, pero aquí hay algunos ejemplos de niños desde el nacimiento hasta los 5 años que muestran hitos típicos para su edad.

Primera figura: Un bebé con vestido rosa está sentado en un sofá. El pie de foto junto a ella dice: De dos meses de edad, Joy puede levantar la cabeza. Ella sostiene sus manos en puños. A ella le encantan las caras y ha comenzado a seguir objetos con sus ojos. Ella arrulla y gira la cabeza hacia los sonidos. Ella sonríe a la gente. Segunda figura: Un bebé que se sostiene con una camisa rosa a rayas. El pie de foto al lado del bebé dice: Valentina tiene cuatro meses de edad. Ella sostiene su cabeza firme sin apoyo y rueda de su barriga a su espalda. Ella se lleva las manos a la boca y sostiene juguetes con agarre palmar. Ella te avisa si está feliz o triste. Ahora balbucea y le gusta jugar con la gente.

Primera figura: Un infante sentado en un columpio en un patio de recreo. El pie de foto al lado del infante dice: José, de 6 meses, rueda en ambas direcciones y empieza a sentarse con apoyo y rebota cuando está parado. Alcanza con los brazos y se lleva cosas a la boca. Busca juguetes que hayan sido parcialmente ocultos o caídos. Balbucea. Disfruta mirándose en un espejo. Segunda figura: Un infante vistiendo pijamas coloridos. El pie de foto al lado del infante dice: Amir tiene 9 meses de edad. Se tira para pararse y ahora se arrastra. Puede usar un agarre de pinza para recoger objetos y moverlos suavemente entre sus manos. Toca peek-a-boo y copia otros gestos y sonidos. Entiende “no”. Es ceñido con sus padres y le teme a los extraños.

Primera figura: Una niña con un top rosa y lazos blancos en el pelo mira hacia arriba a la cámara. El pie de foto al lado del infante dice: Jae Hwa, de 12 meses, camina aferrándose a los muebles y se queda sola. Le gusta golpear objetos juntos y explora hurgando con su dedo índice. Ella encuentra cosas ocultas fácilmente y responde a simples peticiones habladas. Sus palabras favoritas son “mama” y “uh-oh!” Llora cuando su mamá se va y tiene un juguete favorito. Segunda figura: Una niña con camisa rosa mira hacia abajo a algo fuera de marco. El pie de foto al lado del infante dice: Tiara, de 18 meses, camina sola y empieza a correr. Ella sube y baja de los muebles. Ella garabea y puede apilar hasta 4 cuadras. Señala y nombra algunas partes del cuerpo y habla en oraciones de dos palabras. Ella tiene rabietas de temperamento. Le encanta explorar con su familia cerca.

Figura: Un niño pequeño con camisa amarilla está mirando hacia abajo a algo en sus manos. El pie de foto al lado del infante dice: Connor acaba de cumplir dos años. Corre y camina subiendo y bajando escaleras aguantando. Es zurdo y le encanta jugar en el agua y verter y arrojar arena. Es hábil con el juguete de clasificación de formas y puede hacer artículos en libros de imágenes. Habla en oraciones de 2 a 4 palabras y sigue instrucciones sencillas. Se emociona con otros niños, pero todavía juega principalmente cerca de ellos (en lugar de con ellos). No siempre hace lo que se le dice (mostrando desafío).

Una foto de Aniyah de 2 años y Tanner de 3 años con descripciones de sus personalidades.

Una imagen de Isabella de 4 años y Mateo de 5 años con descripciones de sus personalidades.

Figura 7.7 — Cómo podrían ser los niños a cada edad. [336]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Sientes que tienes menos conocimiento o tienes menos experiencia con una edad específica de niños (consulta el Apéndice I para ver hitos detallados desde los 2 meses hasta los 12 años de edad)? ¿Qué puedes hacer para mejorar tu familiaridad con los hitos para niños de esa edad? ¿Por qué sería importante esto?

El cribado del desarrollo es un proceso más formal que utiliza una herramienta de detección validada a edades específicas para determinar si el desarrollo de un niño está bien encaminado o si necesita ser remitido para su posterior evaluación. [337]

El tamizaje por sí solo no es suficiente para identificar un problema de desarrollo. Más bien, ayuda al personal y a las familias a decidir si remitir a un niño para una mayor evaluación por parte de un profesional calificado. Cuanto antes se identifique un posible retraso, antes un programa puede referir a un niño para una evaluación adicional y apoyos y servicios adicionales. [338]

La mayoría de los niños con retrasos en el desarrollo no son identificados lo suficientemente temprano para que puedan beneficiarse de los servicios de intervención temprana; los programas de atención y educación temprana pueden ayudar a cambiar eso. Aunque alrededor de 1 de cada 6 niños tiene una discapacidad del desarrollo, menos de la mitad de estos niños son identificados como que tienen un problema antes de comenzar la escuela.

Con demasiada frecuencia, los adultos no reconocen los signos de una posible discapacidad del desarrollo, no están seguros de si su preocupación está justificada o no tienen recursos para ayudar a que su preocupación sea más fácil de hablar. Pero identificar las preocupaciones y hablar de ellas es muy importante para conseguir a un niño la ayuda que pueda necesitar. [339]

El cribado del desarrollo implica:

- Herramientas estandarizadas de detección del desarrollo basadas en la investigación
- Información de familiares, maestros y otro personal que conozca al niño
- Consentimiento escrito de los padres antes de iniciar la selección
- Comunicación con las familias en su idioma materno

Herramientas de cribado apropiadas

Al buscar herramientas de cribado, tenga en cuenta lo siguiente.

- Las herramientas de tamizaje deben estar basadas en la investigación y diseñadas para ser una breve medida del desarrollo que identifique si el niño necesita una evaluación más profunda.
- Las herramientas de cribado deben ser

- Adecuada para la
- Culturalmente apropiado
- Sensible al idioma materno de la familia
- Utilizado por personal capacitado y calificado
- Válido para los resultados previstos
- Confiable entre los usuarios
- Claramente identificado para su uso en tamizaje

Los programas necesitan tomar decisiones cuidadosas e informadas sobre si evaluar a un niño que aprende dos idiomas (DLL) en su idioma materno, inglés o ambos. Algunas habilidades pueden verse diferentes dependiendo de la cultura y los antecedentes del niño. Utilizar una herramienta de tamizaje que considere el contexto cultural del niño. Cuando no se dispone de una herramienta de detección culturalmente apropiada, preguntar a las familias sobre el comportamiento típico de sus hijos se vuelve aún más crítico. Esta información ayuda al personal a interpretar los resultados de los exámenes.

Timing

Los programas deben completar el primer tamizaje del desarrollo en el primer o dos meses de atención. Los programas pueden realizar un seguimiento del desarrollo de un niño con una evaluación anual después de eso. Además, el proveedor de atención primaria de salud infantil y familiar puede realizar exámenes de detección del desarrollo, detección de trastornos del espectro autista y vigilancia del desarrollo.

Después de la detección

Estos son ejemplos de los siguientes pasos que un programa podría tomar en función de los resultados del cribado.

Resultados: No hay preocupaciones.
Acción: El niño participa en una atención continua e individualizada. El personal realiza evaluaciones continuas de los niños.

Resultados: Los resultados no están claros o puede haber preocupaciones adicionales.
Acción: El niño participa en una atención continua e individualizada. El personal realiza evaluaciones continuas de los niños. La familia y el personal observan de cerca el desarrollo del niño a lo largo del tiempo para decidir si deben volver a examinar o evaluar al niño.

Resultados: El tamizaje o información recopilada de familiares, maestros y otros miembros del personal del programa encontraron algunas preocupaciones.

Acción: El niño participa en una atención continua e individualizada. El personal del programa trabaja con la familia para derivar al niño para una evaluación gratuita. Los bebés y niños pequeños acuden a la agencia correspondiente de la Parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA) y los niños en edad preescolar acuden a la agencia correspondiente de la Parte B, generalmente Es posible que las familias necesiten apoyo para navegar por el proceso de derivación y evaluación. [340]

Si se diagnostica un retraso o discapacidad, el tratamiento temprano es importante. La terapia del habla, la fisioterapia y otros servicios están disponibles en todos los estados de forma gratuita o a bajo costo para las familias. Sin embargo, si una preocupación de desarrollo no se identifica temprano, las familias no pueden aprovechar estos servicios. [341]

Cribado de la visión

Las familias y el personal de cuidado y educación temprana no siempre pueden saber cuándo un niño tiene problemas para ver. La observación por sí sola no es suficiente. Es por ello que es importante implementar los exámenes de detección de la visión basados en evidencia durante la primera infancia.

La detección oportuna de la visión (junto con un examen de la vista cuando se indica) es un paso importante hacia la detección temprana de cualquier posible problema de visión. La detección temprana puede conducir a una intervención efectiva y ayudar a restaurar la visión adecuada. Los niños pequeños rara vez se quejan cuando no pueden ver bien porque para ellos, es normal.

Involucrar familias

Es más fácil para las familias asociarse con el personal de atención y educación temprana y los proveedores de atención médica cuando entienden cómo la visión influye en el desarrollo y el aprendizaje de sus hijos. Preparar a las familias sobre qué esperar de un examen de la vista les ayuda a saber cómo preparar a su hijo. También es importante hablar sobre quién tendrá acceso a los resultados de los exámenes de detección de su hijo. Una de las mejores formas de promover la salud visual de los niños es mediante el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos que definan y apoyan formas para que el personal colabore con las familias.

Incluya preguntas en el formulario de antecedentes de salud familiar del programa para identificar a los niños que pueden tener un mayor riesgo de problemas de visión. Por ejemplo, ¿hay antecedentes familiares de ambliopía, estrabismo o enfermedad ocular temprana y grave?

Proporcionar recursos para ayudar a las familias a aprender más sobre la salud de los ojos y la importancia de la detección temprana de problemas de visión. ¿Saben las familias que no siempre es posible saber si los niños tienen un problema de visión con solo mirarse a los ojos? ¿O que los niños pequeños rara vez se quejan cuando no ven bien?

Además de asegurar exámenes de visión oportunos, los programas pueden apoyar a niños y familias a quienes se les ha dado recomendaciones de tratamiento por parte de un especialista en la vista (como usar anteojos o parchear un ojo para ambliopía), así como recordar a las familias las visitas de seguimiento al oculista siempre que se recomiende.

chica en gafas

Figura 7.8 — Los programas pueden apoyar a los niños que usan anteojos para corregir su visión. [342]

Rescreening

Los programas que realizan exámenes de visión deberán determinar cuándo volver a examinar a los niños que no pasan. Algunos niños pueden ser incapaces de prestar atención, cooperar o entender lo que necesitan hacer durante el primer intento de detección. Esto es especialmente cierto para las pruebas de agudeza visual. Es posible que estos niños no hayan "fallado" en sus exámenes de visión. Pueden considerarse "incomprobables".

La investigación muestra que los niños en edad preescolar que son "no comprobables" tienen casi el doble de probabilidades de tener un problema de visión que aquellos que pasan con éxito una prueba de detección. Deben ser rescribados lo antes posible, pero no más de 6 meses después. Si un niño falla o es incomprobable en el segundo intento, considere remitirlo para un examen completo de la vista.

Atención continua

Es importante recordar que el tamizaje solo proporciona una evaluación de la visión en un momento dado. Ocasionalmente, un miembro de la familia o maestro identificará un problema de visión nuevo o diferente después de que un niño haya sido previamente examinado. Además, a medida que los niños crecen sus ojos cambian y pueden surgir nuevos signos de un problema ocular o visión borrosa a medida que maduran. Los programas deben abordar esta nueva preocupación con el padre y el proveedor de atención médica con prontitud. [343]

Cribado Auditivo

Las familias y el personal de atención y educación temprana no siempre pueden saber cuándo un niño es sordo o tiene problemas de audición. La observación por sí sola no es suficiente. Es por ello que es importante implementar el cribado auditivo basado en evidencia a lo largo de la primera infancia.

La audición nos ayuda a comunicarnos con los demás y comprender el mundo que nos rodea. Sin embargo, alrededor de 2 a 3 de cada 1,000 niños en Estados Unidos nacen sordos o con problemas de audición. Un niño también puede experimentar una disminución en la capacidad auditiva en cualquier momento causada por una enfermedad, trauma físico o factores ambientales o genéticos. Se estima que la incidencia de pérdida auditiva permanente se duplica cuando los niños ingresan a la escuela. Un niño puede tener dificultad para escuchar en un oído o en ambos oídos. La dificultad puede ser temporal o permanente. Puede ser leve o puede ser una incapacidad total para escuchar el lenguaje hablado y otros sonidos importantes.

Cualquier incapacidad para escuchar con claridad puede entorpecer el habla, el lenguaje, el desarrollo social y emocional de un niño y la preparación escolar. La intervención puede mejorar el rendimiento social, emocional y académico cuando los niños sordos o con problemas de audición son identificados tempranamente.

niño en regazo de adulto recibiendo una evaluación auditiva

Figura 7.9 — Este niño está siendo sometido a un examen de audición. [344]

Un examen de audición basado en evidencia es una forma de identificar a los niños que necesitan una evaluación para determinar si son sordos o con problemas de audición. Previo al alta del hospital, casi todos los recién nacidos son examinados y es necesaria una evaluación para quienes no pasan el tamizaje.

Involucrar familias

Es más fácil para las familias asociarse con el personal de atención y educación temprana y los proveedores de atención médica cuando entienden cómo la audición influye en el desarrollo del habla y el lenguaje de sus hijos, la socialización y el aprendizaje. Preparar a las familias sobre qué esperar de un examen de audición les ayuda a saber cómo preparar a su hijo. También

es importante hablar sobre quién tendrá acceso a los resultados de los exámenes de detección de su hijo. Cuando un niño no pasa un examen de audición, los programas pueden brindar apoyo para ayudar a las familias a hacer un seguimiento con derivaciones y cualquier tratamiento recomendado. Si un niño es identificado como sordo o con problemas de audición, será útil la colaboración entre la familia, el programa de atención y educación temprana, y el audiólogo del niño y otros proveedores de intervención temprana. Compartir información con la familia sobre la importancia de la audición para el desarrollo del lenguaje y la comunicación de los niños. Esto apoya la alfabetización de salud de una familia y puede ayudarles a completar los pasos de seguimiento.

Rescreening

Si su programa realiza un examen de audición y un niño no pasa, es importante que colabore y apoye a la familia para completar todos los pasos de seguimiento recomendados.

- Por lo general, el niño es examinado por segunda vez dentro de aproximadamente 2 semanas.
- Si el niño no pasa, el niño debe ser derivado a un proveedor de atención médica para una evaluación del oído medio. Un proveedor de atención médica puede diagnosticar y tratar problemas comunes como acumulación de cerumen o infecciones del oído medio. Es necesario un tercer tamizaje después del examen médico.
- Si un niño aún no pasa, los programas deben recomendar para su derivación a un audiólogo pediátrico para una evaluación diagnóstica completa.

También es importante que los programas de apoyo a las familias hagan un seguimiento si el programa obtiene resultados del proveedor de atención médica del niño indicando que el niño no pasó un examen de audición. [345]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Recuerdas que te hicieron pruebas de visión o audición durante tu infancia? Si te diagnosticaron deficiencias visuales o auditivas, ¿cómo se descubrió? ¿A qué edad pasó eso?

Cribado de plomo

La detección de plomo mide el nivel de plomo en la sangre. El plomo es un veneno que es muy peligroso para los niños pequeños debido a su pequeño tamaño y rápido crecimiento y desarrollo. Puede causar anemia, dificultades de aprendizaje y otros problemas médicos.

Los niños pueden inhalar o tragar plomo a través de la exposición a:

- Ambientes domésticos o de cuidado infantil, incluidos los siguientes:
- Construido antes de 1960 con pintura descascarada o renovación
- Ubicado cerca de una autopista o industria líder
- Familiares que trabajan con plomo o han sido tratados por intoxicación por plomo
- Cerámica importada para cocinar, almacenar o servir alimentos
- Remedios caseros con plomo
- Ciertos caramelos, los cuales pueden contener altos niveles de plomo en la envoltura o palo. Tenga cuidado al proporcionar caramelos importados a los niños.
- Comer astillas de pintura o suciedad
- Agua bombeada a través de tuberías basadas en plomo

La detección de plomo implica una prueba de plomo en la sangre, a partir de un dedo o una extracción de sangre venosa. Se recomienda a los 12 meses y 24 meses de edad. Los niños de 3 a 6 años de edad deben hacerse análisis de sangre si no han sido evaluados

Síntomas de la intoxicación por plomo

La mayoría de los niños con intoxicación por plomo no presentan síntomas. Sin embargo, podrías notar:

- Retraso del desarrollo
- Dificultades de aprendizaje
- Irritabilidad
- Dolores de cabeza
- Mala falta de apetito o dolor de estómago
- Pérdida de peso
- Fatiga y lentitud
- Crecimiento y desarrollo lentos
- Vómitos
- Estreñimiento
- Hipoacusia

Seguimiento al cribado de plomo
Nuevas recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) establecen que si el cribado indica un nivel de plomo de cinco microgramos por decilitro o más, el niño debe ser derivado a un profesional de la salud. [346]

El plomo tiene resultados negativos en una variedad de cosas, que incluyen:

- Atención (fácilmente distraído, retos con atención sostenida, hiperactividad)
- funciones ejecutivas (problemas de planeación, control de impulsos, pensamiento flexible, etc.)
- habilidades visual-espaciales (problemas relacionados con la percepción visual, la memoria, la organización y el razonamiento con información presentada visualmente)
- comportamiento social (agresión, comportamiento disruptivo, mala autorregulación)
- habla y lenguaje (problemas con el procesamiento fonológico y de oraciones y el reconocimiento de la palabra hablada)
- habilidades motoras finas y gruesas (inestabilidad, torpeza y problemas de coordinación, control visual-motor y destreza) [347]

Dependiendo de los efectos del envenenamiento por plomo, los programas de atención y educación temprana pueden implementar servicios de intervención para apoyar al niño. Otros tratamientos incluyen:

- Asesoría Nutricional
- Suplementos de hierro
- Medicamentos para extraer el plomo de la sangre
- Análisis de seguimiento de la sangre del niño
- Remisión para pruebas de desarrollo [348]

Cribado Social y Emocional y Conductual

Los niños pequeños están aprendiendo a llevarse bien con los demás y a manejar sus propias emociones. Cuando un niño ingresa a un programa, el personal conoce en qué habilidades sociales y emocionales están trabajando los niños. Pueden usar herramientas de detección social y emocional o conductual para recopilar esa información. [349]

Resultado de imagen para rabieta

Figura 7.10 — El cribado le ayudará a proporcionar

apoyo a la salud social y emocional de los niños. [350]

La salud social y emocional, la capacidad de formar relaciones sólidas, resolver problemas y expresar y administrar emociones, es fundamental para la preparación escolar y el éxito de por vida. Sin ella, los niños pequeños son más propensos a:

- Tener dificultades para experimentar o mostrar emociones, lo que puede llevar a retirarse de las actividades sociales y mantener la distancia de los demás
- Tiene problemas para hacer amigos y llevarse bien con los demás
- Tener comportamientos, como morder, golpear, usar palabras poco amables o intimidar, comportamientos que a menudo

conducen a dificultades para aprender, suspensión o expulsión, y más tarde deserción escolar [351]

Puede encontrar más información sobre este tema en otras partes de este libro. El comportamiento se ha abordado en el Capítulo 3 en la sección de Seguridad Interpersonal y la salud mental infantil es el foco del Capítulo 11.

Resumen

Al mantener registros precisos, realizar controles de salud diarios, apoyar el desarrollo de una buena higiene dental por parte de los niños y proporcionar a los niños las necesidades de sueño individuales, programas de cuidado y educación temprana pueden ayudar a promover una buena salud a diario. Cuando los programas monitorean y evalúan a los niños, pueden asegurarse de que se puedan identificar afecciones o situaciones que puedan interferir con la salud o el bienestar de un niño y se implementen apoyos para mitigar los posibles efectos negativos.

icono de computadora portátil	**Recursos para una mayor exploración** • Alfabetización en Salud de Head Start: Consejos para Gerentes de Salud**:** https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/public...ealth-managers • Salud del Personal en Programas de Atención y Educación Temprana: https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/...ealth_0606.pdf • Registros de licencias que se mantendrán en las instalaciones: https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entr...sh/LIC311A.pdf • La cultura del sueño y el cuidado infantil: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/... -sleep-pdf.pdf • Centro sobre el Niño en Desarrollo de la Universidad de Harvard (2010). Los fundamentos de la salud de por vida se construyen en la primera infancia. http://www.developingchild.harvard.edu • Los fundamentos de la salud de por vida se construyen en la primera infancia https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpe...ong-Health.pdf • Nacimiento hasta los 5: ¡Mírame prosperar! Una guía para proveedores de cuidado y educación temprana para el cribado del desarrollo y del comportamiento https://www2.ed.gov/about/inits/list... -march2014.pdf • Prevenir la ceguera: 18 Hitos del Desarrollo de la Visión Desde el Nacimiento hasta el Primer Cumpleaños del Bebé https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/... -in-year-1.pdf • Pérdida Auditiva de los CDC en Niños https://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/index.html • Alcance de la audición en la primera infancia http://www.infanthearing.org/earlychildhood/ • Instrumentos de cribado y evaluación del desarrollo con énfasis en el desarrollo social y emocional para niños pequeños desde el nacimiento hasta los cinco años https://ectacenter.org/~pdfs/pubs/screening.pdf • Enlaces a instrumentos y herramientas de cribado de uso común toolkits.solutions.aap.org/s...creening_tools • Intervenciones Educativas para Niños Afectados por el Plomo https://www.cdc.gov/nceh/lead/public...ed_by_lead.pdf • ¡Míreme! Curso Celebrando Hitos y Compartiendo Preocupaciones de los CDC https://www.cdc.gov/ncbddd/watchmetr...g-2019-508.pdf • Hitos del desarrollo de los CDC http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/p...checklists.pdf • “Aprende las señales” de los CDC. Actúa temprano”. : https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/...materials.html

This page titled 3: Promoviendo la buena salud y el bienestar is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 7: Promoting Good Health and Wellness by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

4: Prevención de Enfermedades

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Describir cada una de las cinco formas en que se transmite la enfermedad.
- Explicar cómo la inmunización previene enfermedades.
- Identificar las precauciones estándar para prevenir enfermedades.
- Discutir prácticas para proteger a los niños de los peligros ambientales.

icono de gavel

Reglamento de Licencias

Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen:

101226.2 AISLAMIENTO PARA ENFERM

- Se habilitará un centro para aislar y atender a cualquier niño que se enferme durante el día.
- Se notificará inmediatamente al representante autorizado del niño cuando el niño se enferme lo suficiente como para requerir el aislamiento, y se le pedirá que lo recoja a la mayor brevedad posible.
- (de 101426.2) Además de 101226.2, el área de aislamiento para infantes debe tener una cuna, cuna, colchoneta o corralito por cada lactante enfermo. Esta zona de aislamiento debe estar bajo constante supervisión visual por parte del personal.

101231 Prohibición de fumar

- Está prohibido fumar en las instalaciones de un Centro de Cuidado Infantil.

101238 EDIFICIOS Y TERRENOS

- El centro deberá estar limpio, seguro, sanitario y en buen estado en todo momento.

101238.4 ESPACIO DE ALMAC

- Cada niño deberá tener un espacio de almacenamiento individual para artículos personales.

101239.1 EQUIPO DE NAPPING

- Las cunas deben mantenerse en condiciones seguras.
- Los tapetes de piso utilizados para la siesta deben tener al menos ¾ de pulgada de grosor, estar cubiertos con vinilo o material similar que pueda limpiarse y marcarse para distinguir el lado para dormir del lado del piso.
- La ropa de cama debe almacenarse individualmente y mantenerse limpia

101428 SERVICIOS PERSONALES PARA EL CUIDADO

- Habrá un plan escrito de adiestramiento sanitario para cada infante que esté siendo entrenado en el baño.
- Siempre que se utilice un orinal, se colocará en el piso y se vaciará, limpiará y desinfectará rápidamente después de cada uso.
- Ningún niño será dejado desatendido mientras esté en un orinal o asiento.
- Cada niño recibirá instrucción y asistencia en el lavado de manos después de usar el inodoro. El infante deberá mantenerse limpio y seco en todo momento.
- La ropa sucia o mojada proporcionada por el representante del infante se colocará en un recipiente hermético y se entregará al representante al final del día.
- Las toallas y paños utilizados para la limpieza de los bebés no se compartirán y se lavarán después de cada uso.
- El cambiador se desinfectará después de cada uso.

101438.1 CUIDADO INFANTIL SANEAMIENTO

- Todos los artículos utilizados por mascotas y animales se mantendrán fuera del alcance de los infantes.
- Cada cuidador deberá lavarse las manos con agua y jabón antes de alimentarse y después de cada cambio de pañal.
- Las áreas a las que tengan acceso los infantes se lavarán, limpiarán y desinfectarán de la siguiente manera: los pisos se aspirarán o barrirán y trapearán diariamente y con la frecuencia que sea necesario. Los pisos alfombrados se aspirarán diariamente y se limpiarán al menos cada 6 meses. Las paredes se lavarán con solución desinfectante al menos semanalmente.
- El área para cambiar pañales se desinfectará incluyendo paredes y pisos. Después de cada cambio de pañal, se lavarán las encimeras, los fregaderos, los cajones y los gabinetes cerca del área para cambiar pañales.

- Los objetos que sean utilizados por los infantes que estén bocados deberán ser lavados y desinfectados.
- Solo se utilizará jabón dispensador en un dispensador apropiado.
- Solo se utilizarán toallas de papel desechables en un soporte o dispensador apropiado para el secado de manos.

Ley de Escuelas Saludables

Una ley de California llamada Ley de Escuelas Saludables requiere que se sigan ciertas reglas cuando alguien aplique pesticidas en el centro de cuidado infantil. [352]

Introducción

La ciencia y la experiencia nos dicen que las enfermedades infecciosas, especialmente las enfermedades gastrointestinales, lo que significa vómitos y diarrea, y las enfermedades respiratorias, incluyendo tos, resfriados, dolor de garganta y secreción nasal, se incrementan entre los niños que son atendidos en entornos grupales fuera del hogar. Además, estos niños pueden estar en mayor riesgo de ciertas otras infecciones que pueden ser transmitidas por insectos o por fluidos corporales. También es cierto que los niños que son atendidos en entornos grupales fuera del hogar tienen más probabilidades de experimentar enfermedades infecciosas que son más graves y más prolongadas (aunque el 90% de esas infecciones son leves y autolimitadas, no requiriendo ningún tratamiento especial).

Pero también hay buenas noticias. Las enfermedades infecciosas como la neumonía y la influenza, que juntas fueron las principales causas de muerte entre los niños estadounidenses a principios del siglo XX, han disminuido 99.7 por ciento. Las enfermedades infantiles comunes como la difteria, la tos ferina, el sarampión, las paperas y la rubéola son raras excepto en comunidades donde las tasas de inmunización son bajas, y la poliomielitis es inaudita en nuestro país hoy en día.

Si bien los niños más pequeños son más susceptibles a enfermedades infecciosas debido a que sus sistemas inmunitarios son inmaduros, a medida que envejecen, los incidentes de enfermedades infecciosas disminuyen a medida que maduran sus sistemas inmunitarios. Además, los niños que experimentan más enfermedades infecciosas a una edad temprana en el grupo de atención fuera del hogar tienen una incidencia decreciente de enfermedades infecciosas a medida que envejecen. De hecho, tienen menos enfermedades infecciosas en el jardín de infantes que los niños que fueron atendidos exclusivamente en casa. La enfermedad también disminuye con los años de asistencia en entornos de atención temprana y educación fuera del hogar.

gráfico que muestra la disminución de la enfermedad con la edad

Figura 8.1 — A medida que los niños crecen, se enferman con menos frecuencia. [353]

Hay consecuencias negativas de la enfermedad infantil, entre ellas:

- Es desagradable estar enfermo (para los niños o los adultos que también pueden infectarse).
- Las enfermedades que son menores en los niños pueden ser mucho más graves para adultos y mujeres embarazadas.
- Algunas enfermedades tienen efectos graves (e incluso pueden poner en peligro la vida).
- Hay costos médicos a corto plazo.
- También puede haber costos adicionales de cuidado infantil o salarios perdidos para los padres/cuidadores de niños que deben ser excluidos del cuidado grupal.
- El uso excesivo de antibióticos en un esfuerzo por mejorar a los niños contribuye a la resistencia a los antibióticos entre las bacterias comunes.

Para prevenir enfermedades necesitamos entender las diferentes formas en que se propaga la enfermedad, cómo las vacunas protegen a los niños y qué precauciones universales puede tomar el personal del programa de atención y educación temprana para prevenir la propagación de enfermedades.

Cómo se transmiten las enfermedades

Las bacterias, los virus, los hongos y los parásitos que causan enfermedades pueden transmitirse de cinco maneras, incluso a través de:

1. la vía respiratoria

2. la vía fecal-oral
3. la ruta de contacto directo
4. la vía del fluido corporal (incluyendo sangre, orina, vómito y saliva)
5. la ruta vectorizada

Transmisión Respiratoria

La mayoría de los gérmenes respiratorios permanecen en la nariz, senos paranasales, boca y garganta, o posiblemente en el oído medio. Las enfermedades respiratorias altas (resfriados) son las más comunes y las más propensas a transmitirse en entornos de atención y educación temprana.

Las enfermedades respiratorias más comunes incluyen:

- Sinusitis
- Dolor de garganta
- Resfriado común
- Infección recurrente del oído medio
- garganta estreptocócica
- RSV
- Neumonía
- Bronquitis

La neumonía y la bronquitis rara vez son el resultado de una infección recogida en un entorno de educación temprana. También contamos con inmunizaciones para muchas enfermedades respiratorias que rara vez se transmiten en entornos de atención y educación temprana en la actualidad, entre ellas:

- Paperas
- Sarampión
- Meningitis bacteriana
- Varicela
- Difteria
- Tos ferina
- Neumonía
- Gripe estacional

Si realmente pudiéramos ver lo que sale de la boca de un niño junto con una tos o un estornudo, podríamos apreciar más la vía respiratoria de transmisión de enfermedades infecciosas.

spray de un estornudo

Figura 8.4 — Cómo podría parecer si pudiéramos ver lo que un niño tose o estornuda. [354]

Los gérmenes que se encuentran en esta nube contaminada de exhalación pueden terminar en superficies y manos y transmitirse a otros. Se alienta al personal y a los niños que puedan toser en sus mangas. Cubrirse la boca con la mano solo transfiere estos gérmenes a su mano. Esto se abordará más a fondo más adelante en el capítulo.

Transmisión Fecal-Oral

Cuando los organismos que viven en nuestros intestinos se meten en nuestra boca pueden causar enfermedades. Por lo general, esto sucede a través de las manos de alguien, generalmente las nuestras. Las enfermedades de las vías fecal-orales incluyen:

- Hepatitis A
- diarrea
- enfermedad de manos, pies y boca
- oxiuro
- rotavirus
- norovirus
- giardia
- shigella

- criptosporidiosis

Por eso es tan importante que todos se laven las manos después de usar el baño, cambiarse los pañales, al preparar los alimentos, y antes de comer.

Intoxicación Alimentaria

E. coli y salmonela son dos de los gérmenes que también puede haber escuchado mencionar en las noticias cuando las tiendas de abarrotes envían de vuelta verduras frescas, carne o aves de corral. Estos organismos se originan con los propios animales de granja y pueden causar diarrea y vómitos si los niños o el personal comen alimentos contaminados. Preparar y servir adecuadamente los productos frescos, la carne y las aves de corral es esencial para prevenir la intoxicación alimentaria.

Transmisión de Contacto Directo

El contacto directo con la piel (o el cabello) de otra persona pone a bebés y niños en riesgo de padecer enfermedades como:

- herpes labial
- conjuntivitis
- ojo rosado
- impétigo
- piojos
- sarna
- tiña (un hongo, no un gusano).

Transmisión de Fluidos Corporales

Los fluidos corporales, como la saliva, la orina, el vómito y la sangre, pueden causar enfermedades, como:

- Caries dental (por saliva)
- Citomegalovirus o CMV (por orina)
- Hepatitis B (prevenible por vacuna)
- Hepatitis C (rara en niños)
- VIH (no hay casos de transmisión en un entorno de educación temprana)

Transmisión vectorial

Un vector es un ser vivo que puede transmitir enfermedades. Sabemos, por ejemplo, que las garrapatas pueden transmitir la enfermedad de Lyme y la fiebre manchada de las Montañas Rocosas. Se sabe que las pulgas transmiten peste bubónica y tifus. Los mosquitos pueden infectar a personas con encefalitis de San Luis (LES), dengue, virus Zika y enfermedad del Nilo Occidental. Las ratas y los ratones pueden transmitir leptospirosis, triquinosis, hantavirus e intoxicación alimentaria bacteriana. Los mapaches pueden propagar lombrices intestinales de mapache.

Figura 8.5 — Casos de enfermedad por mosquitos y garrapatas en California de 2004-2016. [355]

Si bien estas enfermedades son relativamente poco comunes, el riesgo nos recuerda la importancia de

- utilizando técnicas de manejo integrado de plagas para mantener a los insectos y roedores fuera de los edificios (cubierto más adelante en este capítulo)
- usar repelente de insectos específicamente recomendado para niños durante actividades al aire libre
- eliminar el agua estancada en la que los mosquitos puedan poner sus huevos
- verificar y eliminar garrapatas (abordadas en la Figura 4.10) en centros cuando los niños regresan después de jugar en o cerca de áreas muy boscosas [356]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Por qué es importante entender cómo se propagan las enfermedades y enfermedades?

Inmunizaciones

La prevención de enfermedades infecciosas comienza con inmunizaciones (o vacunas). Las inmunizaciones se consideran la intervención número uno en salud pública del siglo XX y una de las 10 intervenciones principales de la primera década del siglo XXI. [357]

La vacunación puntual durante toda la infancia es esencial porque ayuda a proporcionar inmunidad antes de que los niños estén expuestos a enfermedades potencialmente mortales. Las vacunas se prueban para garantizar que sean seguras y efectivas para que los niños las reciban a las edades recomendadas. [358] Véase la Figura 8.X para el calendario actual de inmunizaciones.

Los niños totalmente vacunados en Estados Unidos están protegidos contra dieciséis enfermedades potencialmente dañinas (ver Figura 8.X). Las enfermedades prevenibles por vacunación pueden ser muy graves, pueden requerir hospitalización, o incluso ser mortales, especialmente en bebés y niños pequeños. [359]

Aquí está el horario de los CDC para garantizar que un niño esté completamente vacunado:

Calendario de inmunización 2019

Figura 8.6 — Calendario de inmunización. [360]

2

El calendario actual de vacunas (ver Figura 8.6) protege a los niños de las enfermedades enumeradas en la Tabla 8.1)

Cuadro 8.1 — Enfermedades Prevensibles por Vacunación. [361]

Enfermedad	Vacuna	La enfermedad se propaga por	Síntomas de la enfermedad	Complicaciones de Enfermedades
Varicela	La vacuna contra la varicela protege contra la varicela	Aire, contacto directo	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (cerebro hinchazón), neumonía (infección en los pulmones)
Difteria	La vacuna DTaP* protege contra la difteria	Aire, contacto directo	Dolor de garganta, fiebre leve, debilidad, inflamación glándulas en el cuello	Hinchazón del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, coma, Parálisis, muerte

HiB	La vacuna Hib protege contra Haemophilus Influenza tipo b	Aire, contacto directo	Puede que no haya síntomas a menos que las bacterias entrar en la sangre	Meningitis (infección de la cubierta alrededor del cerebro y médula espinal), discapacidad intelectual. epiglotitis (infección potencialmente mortal que puede bloquear la tráquea Y conducen a problemas respiratorios graves), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Hepatitis A	La vacuna HepA protege contra la hepatitis A.	Contacto directo, contaminado comida o agua	Puede que no haya síntomas - fiebre, dolor de estómago, pérdida de apetito. Fatiga, vómitos, ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos). orina oscura	Insuficiencia hepática. artralgia (dolor articular), renal, pancreático, y trastornos de la sangre
Hepatitis B	La vacuna HepB protege contra la hepatitis B.	Contactar con fluidos corporales	Puede haber síntomas fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (coloración amarillenta de piel y ojos), dolor articular	Infección hepática crónica, insuficiencia hepática, cáncer de hígado
Influenza	La vacuna contra la influenza protege contra la influenza.	Aire, contacto directo	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, fatiga extrema	Neumonía (infección en los pulmones)
Sarampión	La vacuna MMR* protege contra el sarampión.	Aire, contacto directo	Sarpullido, fiebre, fuerte, secreción nasal, conjunción rosada	Encefalitis (inflamación cerebral), neumonía (infección en los pulmones). muerte

Paperas	La vacuna MMR* protege contra las paperas.	Aire, contacto directo	Glándulas salivales inflamadas (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular	Meningitis (infección de la cubierta alrededor del cerebro y médula espinal), encefalitis (hinchazón cerebral), inflamación De testículos u ovarios, sordera
Tos ferina	La vacuna DTaP* protege contra la tos ferina (tos ferina).	Aire, contacto directo	Tos severa, secreción nasal, apnea (una pausa en respiración en bebés)	Neumonía (infección en los pulmones), muerte
Polio	La vacuna IPV protege contra la polio.	Aire. contacto directo, a través de la boca	Puede haber síntomas, dolor de garganta, fiebre, náuseas. dolor de cabeza	Parálisis, muerte
Neumocócica	La vacuna POII 3 protege contra el neumococo.	Aire, contacto directo	Puede que no haya síntomas -. neumonía (infección en los pulmones)	Bacteriemia (infección de la sangre), meningitis (infección de la cobertura alrededor del cerebro y la médula espinal). muerte
Rotavirus	La vacuna RV protege contra rotavirus.	A través de la boca	Diarrea, fiebre, vómitos	Diarrea severa, deshidratación
Rubéola	La vacuna MMR* protege contra la rubéola.	Aire, contacto directo	Niños infectados con virus de la rubéola a veces tiene sarpullido, fiebre. ganglios inflamados	Muy grave en mujeres embarazadas, puede provocar abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro, defectos congénitos
Tétanos	La vacuna DTaP* protege contra el tétanos.	Exposición a través de cortes en la piel	Rigidez en cuello y músculos, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre	Huesos rotos, dificultad respiratoria, muerte

Cómo funcionan las vacunas

El sistema inmunológico ayuda al cuerpo humano a combatir los gérmenes produciendo sustancias para combatirlos. Una vez

que lo hace, el sistema inmunológico “recuerda” al germen y puede volver a combatirlo. Las vacunas contienen gérmenes que han sido muertos o debilitados. Cuando se administra a una persona sana, la vacuna activa el sistema inmunológico para responder y así construir inmunidad.

Antes de las vacunas, las personas se volvieron inmunes solo al contraer realmente una enfermedad y sobrevivir a ella. Las inmunizaciones son una forma más fácil y menos riesgosa de volverse inmunes.

Las vacunas son la mejor defensa que tenemos contra enfermedades contagiosas graves, prevenibles y a veces mortales. Las vacunas son algunos de los productos médicos más seguros disponibles, pero como cualquier otro producto médico, puede haber riesgos. La información precisa sobre el valor de las vacunas, así como sus posibles efectos secundarios, ayuda a las personas a tomar decisiones informadas sobre la vacunación.

Posibles efectos secundarios

Las vacunas, como todos los productos médicos, pueden causar efectos secundarios en algunas personas. La mayoría de estos efectos secundarios son menores, como enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección. Lea más para conocer los posibles efectos secundarios de las vacunas.

Cualquier vacuna puede ocasionar efectos secundarios. En su mayor parte, estos son menores (por ejemplo, un brazo dolorido o fiebre de bajo grado) y desaparecen en pocos días. [362] Los efectos secundarios graves después de la vacunación, como una reacción alérgica grave, son muy raros. [363]

Recuerde, las vacunas son monitoreadas continuamente por seguridad, y como cualquier medicamento, las vacunas pueden causar efectos secundarios. Sin embargo, la decisión de no inmunizar a un niño también implica riesgo y podría poner al niño y a otras personas que entran en contacto con él o ella en riesgo de contraer una enfermedad potencialmente mortal.

¿Qué tan bien funcionan las vacunas?

Las vacunas funcionan muy bien. Ningún medicamento es perfecto, por supuesto, pero la mayoría de las vacunas infantiles producen inmunidad alrededor del 90— 100% del tiempo.

¿Y el argumento que hicieron algunas personas de que las vacunas no funcionan tan bien y que las enfermedades estarían desapareciendo solas por una mejor higiene o saneamiento, aunque no hubiera vacunas?

Eso simplemente no es cierto. Ciertamente, una mejor higiene y saneamiento pueden ayudar a prevenir la propagación de enfermedades, pero los gérmenes que causan la enfermedad seguirán estando alrededor, y mientras estén seguirán enfermando a las personas.

Todas las vacunas deben estar autorizadas (aprobadas) por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) antes de ser utilizadas en Estados Unidos, y una vacuna debe pasar por pruebas extensas para demostrar que funciona y que es segura antes de que la FDA la apruebe. Entre estas pruebas se encuentran los ensayos clínicos, que comparan grupos de personas que reciben una vacuna con grupos de personas que obtienen un control. Una vacuna es aprobada solo si la FDA determina que es segura y efectiva para su uso previsto.

Si miras el historial de alguna enfermedad prevenible por vacunación, prácticamente siempre verás que el número de casos de enfermedad comienza a disminuir cuando se licencia una vacuna. Las vacunas son la herramienta más efectiva que tenemos para prevenir enfermedades infecciosas.

Oposición a las vacunas

En 2010, un brote de tos ferina (tos ferina) en California enfermó a 9,143 personas y resultó en 10 muertes infantiles: el peor brote en 63 años (Centers for Disease Control 2011b). Los investigadores, sospechando que la causa principal del brote fue la disminución de la fuerza de las vacunas contra la tos ferina en niños mayores, recomendaron una vacuna de refuerzo para los niños de 11 a 12 años y también para las mujeres embarazadas (Zacharyczuk 2011). La tos ferina es más grave para los bebés; uno de cada cinco necesita ser hospitalizado, y como son demasiado jóvenes para la vacuna ellos mismos, es crucial que las personas a su alrededor sean inmunizadas (Centros para el Control de Enfermedades 2011b). Varios estados, entre ellos California, han estado requiriendo el refuerzo de la tos ferina para niños mayores en los últimos años con la esperanza de evitar otro brote.

Pero, ¿qué pasa con las personas que no quieren que sus hijos reciban esta vacuna, o alguna otra? Esa pregunta está en el centro de un debate que lleva años cogiendo a fuego lento. Las vacunas son preparaciones biológicas que mejoran la inmunidad contra una determinada enfermedad. Las vacunas han contribuido a la erradicación y debilitamiento de numerosas enfermedades infecciosas, como la viruela, la poliomielitis, las paperas, la varicela y la meningitis.

Fisioterapia contra la polio

Figura 8.7 — Estos dos niños pequeños contrajeron polio. [364]

Sin embargo, muchas personas expresan preocupación por los posibles efectos secundarios negativos de las vacunas. Estas preocupaciones van desde temores sobre sobrecargar el sistema inmunológico del niño hasta informes polémicos sobre efectos secundarios devastadores de las vacunas. [365]

A pesar de que los niños siguen recibiendo varias vacunas hasta su segundo cumpleaños, estas vacunas no sobrecargan el sistema inmunológico. Todos los días, el sistema inmunológico saludable de un bebé combate con éxito miles de antígenos, las partes de los gérmenes que hacen que su sistema inmunológico responda. Incluso si su hijo recibe varias vacunas en un día, las vacunas contienen solo una pequeña cantidad de antígenos en comparación con los antígenos que su bebé encuentra todos los días.

Este es el caso incluso si su hijo recibe vacunas combinadas. Las vacunas combinadas toman dos o más vacunas que podrían administrarse individualmente y las ponen en una sola inyección. Los niños reciben la misma protección que ellos de las vacunas individuales que se administran por separado, pero con menos inyecciones. [366]

Un error de aprensión es que la vacuna misma podría causar la enfermedad contra la que se supone que está inmunizando. [367] Las vacunas ayudan a desarrollar inmunidad imitando una infección, pero esta infección de “imitación” no causa enfermedad. En cambio, hace que el sistema inmunológico desarrolle la misma respuesta que a una infección real para que el cuerpo pueda reconocer y combatir la enfermedad prevenible por vacunación en el futuro. En ocasiones, después de recibir una vacuna, la infección de imitación puede ocasionar síntomas menores, como fiebre. Tales síntomas menores son normales y deben esperarse ya que el cuerpo construye inmunidad. [368]

Otra preocupación comúnmente circulada es que las vacunas, específicamente la vacuna MMR (MMR significa sarampión, paperas y rubéola), están vinculadas al autismo. La conexión con el autismo ha sido particularmente polémica. En 1998, un médico británico llamado Andrew Wakefield publicó un estudio en la revista Lancet de Gran Bretaña que vinculaba la vacuna MMR con el autismo. El informe recibió mucha atención mediática, lo que provocó que las tasas de inmunización británicas disminuyeran del 91 por ciento en 1997 a casi el 80 por ciento en 2003, acompañadas de un aumento posterior en los casos de sarampión (Devlin 2008). Una investigación prolongada del British Medical Journal demostró que no sólo era inexistente el vínculo en el estudio, sino que el doctor Wakefield había falsificado datos para sustentar sus afirmaciones (CNN 2011). El doctor Wakefield fue desacreditado y despojado de su licencia, pero la duda aún persiste en la mente de muchos padres.

En Estados Unidos, muchos padres todavía creen en el ahora desacreditado vínculo MMR-autismo y se niegan a vacunar a sus hijos. Otros padres optan por no vacunar por diversas razones como creencias religiosas o de salud. En una instancia, un niño cuyos padres optaron por no vacunar regresó a su hogar a Estados Unidos después de un viaje al extranjero; nadie sabía aún que estaba infectado con sarampión. El niño expuso a 839 personas a la enfermedad y causó 11 casos adicionales de sarampión, todos en otros niños no vacunados, incluido un lactante que tuvo que ser hospitalizado.

Bebé con sarampión

Figura 8.8 — Un lactante con sarampión [369]

Según un estudio publicado en Pediatrics (2010), el brote le costó al sector público 10,376 dólares por caso diagnosticado. El estudio mostró además que la no vacunación intencional de los infectados ocurrió en estudiantes de escuelas privadas, escuelas públicas charter y escuelas públicas en áreas socioeconómicas altas (Sugerman et al. 2010). [370]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	¿Qué pasa con la vacuna contra la gripe? Hay muchas razones para vacunarse contra la influenza (influenza) cada año. A continuación se muestra un resumen de los beneficios de la vacunación contra la influenza, y estudios científicos seleccionados que respaldan estos beneficios. • La vacunación contra la influenza puede evitar que se enferme de gripe. • La vacunación contra la gripe puede reducir el riesgo de hospitalización asociada a la gripe. • La vacunación contra la influenza es una importante herramienta preventiva para las personas con afecciones crónicas de salud. • La vacunación contra la gripe ayuda a proteger a las mujeres durante y después del embarazo y ayuda a proteger al bebé de la gripe durante varios meses después del nacimiento • La vacunación contra la gripe puede salvar vidas en los niños. • Se ha demostrado en varios estudios que la vacunación contra la gripe reduce la gravedad de la enfermedad en personas que se vacunan pero que aún se enferman. • Vacunarse usted mismo también puede proteger a las personas que lo rodean, incluidas las que son más vulnerables a la enfermedad grave de la gripe, como bebés y niños pequeños, personas mayores y personas con ciertas afecciones crónicas de salud. [371] trabajo anual de los CDC sobre la vacuna contra la influenza Figura 8.9 — Qué hace en la vacuna antigripal cada año. [372]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** Usando la información que se ha proporcionado sobre las vacunas, piense en formas en las que podría responder a lo siguiente: 1. “No creo en dar todas las vacunas, como la varicela. Es mejor que los niños solo contraigan la enfermedad como todos lo hacíamos cuando éramos niños”. 2. “¿Por qué tienen que dar las vacunas tan temprano? Parece que es demasiado, demasiado rápido”. 3. “He escuchado que las vacunas dan autismo a algunos niños. Y aunque no lo hagan, los efectos secundarios son simplemente demasiado aterradores”.

Precauciones universales para prevenir la propagación de enfermedades

Existen algunas prácticas estándar que previenen, o reducen el riesgo de, la propagación de enfermedades en los programas de atención y educación temprana. Estos se modelan a partir de prácticas en el cuidado de la salud, donde todos son tratados como potencialmente infectados con algo que es contagioso. Muchas enfermedades son en realidad contagiosas antes de que la persona infectada sea sintomática, por lo que esperar hasta que veas signos de enfermedad es una forma ineficaz de prevenir su propagación. Los proveedores de cuidado infantil pueden practicar estas cuatro cosas para ayudar a controlar la propagación de enfermedades.

1. Lavado de manos
2. Uso de guantes no porosos desechables cuando se trabaja con fluidos corporales
3. Desinfección de superficies potencialmente contaminadas
4. Eliminación adecuada de residuos potencialmente contaminados [373]

Lavado de manos

El lavado regular de manos es un paso importante para minimizar la propagación de gérmenes. Las manos recogen los gérmenes de todas las cosas que tocan y luego los esparcen de un lugar a otro. Los gérmenes que están en las manos también pueden ingresar al cuerpo cuando una persona come o cuando se tocan los ojos, la nariz, la boca o cualquier área del cuerpo donde se rompa la piel (a causa de un corte, sarpullido, etc.).

Todo lo que se necesita para lavarse las manos es jabón y agua limpia y corriente. Lavarse las manos con agua y jabón elimina la suciedad visible y los gérmenes ocultos. Estudios han demostrado que el lavado de manos redujo el número de enfermedades diarreicas en 31 por ciento y enfermedades respiratorias en 21 por ciento.

Las manos deben lavarse:

- antes de comer, alimentar o preparar alimentos. Esto evita que los gérmenes entren en la boca de las manos. (Las prácticas de higiene relacionadas específicamente con la inocuidad de los alimentos se abordarán en el Capítulo 15.)
- después de tocar saliva (después de alimentarse o comer), moco (limpiarse la nariz, usar un pañuelo), fluidos corporales (ir al baño, cambiar pañales), alimentos o animales
- cuando está visiblemente sucio, después de tocar la basura o después de limpiar

El Centro para el Control de Enfermedades recomienda los siguientes pasos para lavarse las manos:

1. “Moje sus manos con agua limpia y corriente (tibia o fría) y aplique jabón”.
2. “Frota tus manos para hacer espuma y frotarte bien las manos; asegúrate de fregar el dorso de tus manos, entre los dedos y debajo de las uñas”.
3. “Continúa frotándote las manos durante al menos 20 segundos. ¿Necesitas un temporizador? Tararea la canción de “Happy Birthday” de principio a fin dos veces”.
4. “Enjuáguese bien las manos con agua corriente”.
5. “Séquese las manos con una toalla limpia o séquelas al aire”.

diagrama de lavado de manos

Figura 8.10 — Ilustraciones de los 5 pasos del lavado de manos. [374]

Los bebés y niños pequeños necesitarán ayuda para lavarse las manos. *Caring for Our Children* recomienda que los cuidadores:

- Cuna de manera segura a un bebé en un brazo para lavarse las manos en un fregadero.
- Brindar asistencia con el lavado de manos a niños pequeños que aún no pueden lavarse las manos de forma independiente.
- Ofrezca un taburete escalonado a los niños pequeños para que puedan llegar de manera segura al fregadero. [375]

Usar Guantes Desechables

Los maestros y cuidadores deben usar guantes cuando anticipen entrar en contacto con cualquiera de los siguientes (en el cuerpo de un niño o una superficie contaminada)

- Sangre o sustancias corporales (es decir, fluidos o sólidos)
- Membranas mucosas (por ejemplo, nasal, oral, área genital)
- Piel no intacta (por ejemplo, erupciones o cortes y raspaduras) [376]

Una vez que los guantes están sucios, es importante quitarlos con cuidado.

1. Con una mano enguantada, agarre el área de la palma de la otra mano enguantada y retire el primer guante.
2. Sostenga el guante quitado en la mano enguantada.
3. Deslice los dedos de la mano sin guantes debajo del guante restante en la muñeca y retire el segundo guante sobre el primer guante.
4. Deseche los guantes en un contenedor de desechos. [377]

diagrama que muestra la extracción segura de guantes

Figura 8.11 — Retiro seguro de guantes. [378]

Después de quitarte los guantes debes lavarte las manos. “No reutilice los guantes: esto puede propagar gérmenes de un niño a otro... Los guantes proporcionan protección adicional contra enfermedades transmisibles solo si se usan correctamente. Si usas guantes incorrectamente, en realidad te arriesgas a propagar más gérmenes que si no usas guantes en absoluto. Preste atención a su técnica de guantado para que no desarrolle una falsa sensación de seguridad (y descuido) al usar guantes”. [379]

Limpieza y desinfección

Lavado de superficies Los gérmenes se extienden sobre las superficies de manos y objetos (pañuelos o juguetes con la boca) o de un estornudo o tos. Es importante limpiar bien todas las superficies, incluidos los juguetes y cualquier superficie que un niño pequeño se ponga en la boca, porque no se pueden ver gérmenes y es fácil pasar por alto superficies que no se ven sucias o sucias.

El uso del baño y el cambio de pañales involucran gérmenes de fluidos corporales y material fecal. Estos gérmenes se propagan fácilmente en un baño sobre las manos, los grifos y los grifos. Lavar rutinariamente las superficies del baño elimina la mayoría de los gérmenes y evita que se propaguen. La cocina es otra área del hogar donde es importante limpiar bien las superficies.

Los términos “limpieza”, “desinfección” y “desinfección” merecen mucha atención.

La limpieza elimina la suciedad visible, la suciedad y los gérmenes. El agua y el jabón limpiarán la mayoría de las superficies.

La **desinfección** reduce, pero no elimina totalmente, los gérmenes a un nivel que es poco probable que cause enfermedades. Los desinfectantes pueden ser apropiados para usar en superficies donde come (como una mesa o bandeja para trona) y con juguetes que los niños colocan en la boca. Es importante seguir las instrucciones de la etiqueta, que también pueden incluir enjuagar las superficies después de usar el producto desinfectante.

La desinfección destruye o inactiva los gérmenes infecciosos en las superficies. Los desinfectantes se pueden usar en mesas para cambiar pañales, inodoros y encimeras. [380]

Los programas de cuidado y educación temprana pueden crear una solución de lejía y agua de una cucharada de lejía doméstica a un cuarto de galón de agua para superficies que necesitan ser desinfectadas o desinfectadas. Para su uso efectivo, la superficie debe humedecerse con la solución y dejarse secar al aire. Se debe preparar una solución de lejía fresca todos los días para mantener la efectividad y almacenarse en una botella de spray claramente etiquetada fuera del alcance de los niños. Las investigaciones muestran que otros químicos (por ejemplo, amoníaco, vinagre, bicarbonato de sodio, bórax) no son efectivos contra algunas bacterias. [381] “Los artículos que se pueden lavar en un lavavajillas o ciclo caliente de una lavadora no tienen que ser desinfectados porque estas máquinas utilizan agua que está lo suficientemente caliente durante un periodo de tiempo lo suficientemente largo como para matar la mayoría de los gérmenes”. [382]

La limpieza y desinfección son esenciales. Los estudios han demostrado que algunos gérmenes, incluido el virus de la influenza, pueden sobrevivir en las superficies durante dos a ocho horas; el rotavirus puede sobrevivir hasta 10 días. [383]

Cuadro 8.2 — Horario de Limpieza y Desinfección [384]

Superficie/Artículo	Limpia	Desinfectar	Frecuencia
Encimeras y Sobremesas	X	X	Diariamente y cuando está ensuciado
Áreas de preparación de alimentos y servicio	X	X	Antes y después de su uso; entre preparación de alimentos crudos y cocidos
Pisos	X	X	Diariamente y cuando está ensuciado

Manijas de puerta y gabinete	X	X	Diariamente y cuando está ensuciado
Alfombras y tapetes grandes	X		Aspirar diariamente; limpiar mensualmente para bebés, cada 3 meses para otras edades y cuando estén sucios
Alfombras pequeñas	X		Agitar o aspirar diariamente; lavar semanalmente
Utensilios, superficies y juguetes que entran en la boca o han estado en contacto con fluidos corporales	X	X	Después del uso de cada niño
Juguetes no contaminados con fluidos corporales	X		Semanal
Vestir ropa no usada en la cabeza	X		Semanal
Sombreros	X		Después del uso de cada niño
Sábanas y fundas de almohada	X		Semanalmente y cuando está visiblemente sucia
Mantas y sacos de dormir	X		Mensualmente y cuando está visiblemente sucia
Cubbies	X		Semanal
Cuna	X		Semanal
Lavabos para lavar las manos incluyendo grifo, dispensador de jabón y área circundante	X	X	Diariamente o cuando está ensuciado
Asientos de inodoros, tiradores, pomos de puerta o tiradores en área de baño, pisos	X	X	Diariamente e inmediatamente se ensucie
Inodoros	X	X	Diario
Cambiadores	X	X	Después del uso de cada niño

Sillas para ir al baño (desaconsejado en el cuidado infantil debido a riesgos de contaminación)	X	X	Después del uso de cada niño
Cualquier superficie contaminada con fluidos corporales (saliva, moco, vómito, orina, heces o sangre)	X	X	De inmediato
Contenedores de agua	X	X	Diario

Eliminación de Residuos

La eliminación y almacenamiento adecuados de los desechos de basura evitan la propagación de enfermedades, olores y problemas con las plagas. Los artículos desechables (pañales, guantes, toallas de papel y pañuelos faciales) deben desecharse inmediatamente en un recipiente apropiado. Asegúrese de que el recipiente sea a prueba de agua y roedores, operado con un pedal, esté forrado con una bolsa de plástico, al alcance del área para cambiar pañales, fregadero para lavarse las manos y áreas de preparación de alimentos, fuera del alcance de los bebés y niños pequeños y que no puedan ser derribados por bebés y niños pequeños. Los contenedores deben vaciarse, limpiarse y desinfectarse diariamente. [385]

Cambio de Pañales

Las áreas para cambiar pañales deben ser lisas y no porosas (como una almohadilla cubierta de plástico), tener un borde elevado para evitar que los niños se caigan, estar cerca de un fregadero, estar fuera del alcance de los niños y lejos de las áreas de preparación de alimentos. [386]

El siguiente procedimiento de cambio de pañal debe publicarse en el área de cambio y seguirse para proteger la salud y seguridad de los niños y el personal:

Paso 1: Antes de llevar al niño al área para cambiar pañales, realice una higiene de manos (incluyendo ponerse guantes, si se usa) y lleve suministros al área para cambiar pañales, y coloque un forro desechable en el área para cambiar pañales.

Paso 2: Llevar/llevar al niño a la mesa cambiador/superficie, manteniendo la ropa sucia lejos de usted y cualquier superficie que no pueda limpiar y desinfectar fácilmente después del cambio. Siempre mantenga una mano sobre el niño.

Paso 3: Retire el pañal y la ropa sucios sin contaminar ninguna superficie que no esté ya en contacto con las heces u orina. Ponga el pañal sucio en el contenedor de desechos cubierto. Ponga cualquier ropa sucia en una bolsa de plástico que esté bien cerrada para dársela a la familia.

Paso 4: Limpie el área del pañal del niño con toallitas desechables y coloque las toallitas sucias en un contenedor de desechos cubierto.

Paso 5: Retiró el forro desechable y los guantes y colóquelos en el contenedor

Paso 6: Use pañuelo facial para aplicar cualquier crema o pomada. Deslice el pañal limpio debajo del niño y abrótelo y vístelo.

Paso 6: Lávese las manos del niño y devuélvalo a un área supervisada.

Paso 7: Limpie y desinfecte la superficie que cambia el pañal y cualquier equipo o suministros que hayan sido tocados (y cualquier otra área que el niño haya manchado antes de cambiarlo).

Paso 8: Realice la higiene de las manos y registre el cambio de pañal, el contenido del pañal y/o cualquier problema.

Los cuidadores/maestros nunca deben dejar a un niño desatendido sobre una mesa o encimera. No se debe usar una correa o arnés de seguridad en la mesa cambiador/superficie de pañales. [387]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Si usa sillas para ir al baño Debido a que son difíciles de limpiar y desinfectar, las sillas para ir al baño no son ideales en un ambiente de cuidado infantil. Si se usan, deben usarse solo en el baño. Después de cada uso: • Vaciar el contenido inmediatamente en el inodoro • Enjuague con agua y vierta agua en el inodoro • Lavar con agua y jabón (con una toalla de papel) y vaciar el agua jabonosa en el inodoro • Enjuague de nuevo y vacíe en el inodoro • Rocíe con solución de lejía • Secar al aire • Lavar y desinfectar el fregadero • Lavarse las manos (niño y adulto) [388]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** Estás en una entrevista de trabajo para convertirte en maestra en una habitación infantil y el director te pregunta qué harías para prevenir la propagación de enfermedades en tu salón de clases. ¿Qué podrías querer mencionar?

Salud Ambiental

En ocasiones la amenaza para la salud proviene del propio medio ambiente. La calidad del aire, los peligros químicos, el agua potable, el moho y el manejo de plagas son temas de los que los proveedores de atención temprana y educación deben conocer.

Calidad del Aire Exterior

Los niños son más susceptibles a los efectos del aire contaminado porque respiran más oxígeno en relación con su peso corporal que los adultos. [389] Por lo tanto, ellos “pueden estar expuestos a mucha contaminación. Los niños deben mantenerse adentro cuando la calidad del aire es mala, o al menos deben desanimarse de realizar actividades intensas al aire libre. Los educadores y los padres deben ser conscientes de que la construcción y el tránsito cercanos pueden aumentar la contaminación. El corte del césped escolar nunca debe ocurrir durante el horario escolar ya que esto puede provocar un ataque de alergia o asma. Nunca se deben rociar insecticidas mientras los niños están bajo cuidado. El aire exterior puede incluir olores, contaminantes de vehículos y humos de basura almacenada, productos químicos y respiraderos de plomería”. [390]

Calidad del aire interior

Hay tantas fuentes de contaminación del aire interior en las guarderías que se considera que el aire está de dos a cinco veces más contaminado que el aire exterior. Las fuentes comunes de contaminación del aire interior incluyen fuentes de combustión como petróleo, gas, queroseno, carbón, madera y productos de tabaco; materiales de construcción y muebles tan diversos como aislamiento deteriorado que contiene amianto, alfombras húmedas o húmedas, y gabinetes o muebles hechos de ciertos productos de madera prensada; productos para limpieza y mantenimiento del hogar, cuidado personal o pasatiempos; sistemas de calefacción central y refrigeración y dispositivos de humidificación; y fuentes exteriores como radón, pesticidas y contaminación del aire exterior. [391]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Humo de tabaco ambiental y peligros de los cigarrillos electrónicos Figura 8.13 — El humo de segunda mano de los cigarrillos electrónicos tampoco es seguro. [394] Los científicos siguen trabajando para comprender más a fondo los efectos sobre la salud y las dosis dañinas del contenido de los cigarrillos electrónicos cuando se calientan y se convierten en un aerosol, tanto para los usuarios activos que inhalan desde un dispositivo como para aquellos que están expuestos al aerosol de segunda mano. Otro riesgo a considerar involucra baterías defectuosas de cigarrillos electrónicos que se sabe que causan incendios y explosiones, algunas de las cuales han resultado en lesiones graves. La mayoría de las explosiones ocurrieron cuando se estaban cargando las baterías de los cigarrillos electrónicos. [395]

Molde

El moho es un hongo que prospera en interiores cuando se acumula humedad excesiva o agua en interiores o cuando los problemas de humedad permanecen sin descubrir o no abordados. Hay moldes que pueden crecer en madera, papel, alfombras y alimentos. No hay una manera práctica de eliminar todo el moho y las esporas de moho en el ambiente interior. La forma de controlar el crecimiento de moho en interiores es controlar la humedad.

El moho debe controlarse en entornos de cuidado infantil para evitar posibles impactos en la salud de bebés y niños, incluidas reacciones alérgicas, asma y otros problemas respiratorios. [396]

Manejo Integrado de Plagas

La exposición a plagas como cucarachas, roedores, hormigas e insectos picantes en guarderías puede poner a los niños en riesgo de padecer enfermedades, ataques de asma, picaduras y picaduras. El uso inadecuado de pesticidas también puede poner en riesgo a los niños. Un estudio reciente sobre el uso de plaguicidas en centros de cuidado infantil reveló que 75% de los centros reportaron al menos una aplicación de pesticida en el último año. Varios factores aumentan tanto la exposición de los niños como su vulnerabilidad a estas exposiciones en comparación con los adultos. Los niños pasan más tiempo en el piso, donde los residuos pueden transferirse a la piel y ser absorbidos.

Los niños pequeños también suelen colocar sus manos y objetos en la boca, lo que resulta en la ingestión no dietética de pesticidas. Los niños están menos desarrollados inmunológica, fisiológicamente y neurológicamente, y por lo tanto pueden ser más susceptibles a los efectos adversos de las sustancias químicas y toxinas. Cada vez hay más evidencia de efectos adversos de los pesticidas en niños pequeños, particularmente en el neurodesarrollo. [397]

El Manejo Integrado de Plagas (IPM) es un enfoque eficaz y ambientalmente sensible para el manejo de plagas que se basa en una combinación de prácticas de sentido común. Los programas IPM utilizan información actual e integral sobre los ciclos de vida de las plagas y su interacción con el medio ambiente.

Manejo Integrado de Plagas “(IPM) es un método de control de plagas más seguro, más efectivo y duradero que enfatiza la prevención de plagas al eliminar el acceso de las plagas a alimentos, agua y refugio. Al usar IPM, identifique adecuadamente la plaga y sepa por qué está ahí para que se pueda usar una combinación adecuada de diferentes métodos de control de plagas para una mejor efectividad en el control de la plaga”. [398] Esta información, en combinación con los últimos métodos tóxicos disponibles de control de plagas, se utiliza para manejar el daño de plagas por los medios más económicos, y con el menor peligro posible para las personas, los bienes y el medio ambiente. [399]

trampa para insectos

Figura 8.14 — El uso de trampas puede ayudar a un programa a determinar qué insectos están tratando

con el fin de tomar las medidas más efectivas y menos peligrosas para deshacerse de ellos. [400]

Riesgos Químicos

Un niño nacido hoy crecerá expuesto a más químicos que un niño de cualquier otra generación en la historia de nuestra nación. De los 85 mil químicos sintéticos que se comercializan hoy en día, solo una pequeña fracción ha sido probada para determinar su toxicidad en la salud humana.

Un estudio de 2005 encontró 287 productos químicos diferentes en la sangre del cordón umbilical de 10 bebés recién nacidos: productos químicos de pesticidas, envases de comida rápida, carbones, emisiones de gasolina e incineración de basura. Los niños son más vulnerables a los productos químicos tóxicos porque sus cuerpos siguen creciendo y desarrollándose. [401]

Plásticos en entornos de cuidado infantil

Ciertos tipos de plásticos contienen químicos como ftalatos, bisfenol A (BPA), cloruro de polivinilo (PVC) y poliestireno que pueden ser tóxicos para los niños. Estos plásticos se pueden encontrar en biberones, vasos para sorbos, anillos de dentición, chupetes y juguetes. Cuando estos artículos están en la boca de un niño o cuando se calientan (como en un microondas), los niños pueden estar expuestos a sustancias químicas nocivas que tienen el potencial de imitar o suprimir las hormonas e interrumpir el crecimiento y desarrollo normales. [402]

Agua Potable

Estados Unidos tiene uno de los suministros públicos de agua potable más seguros del mundo. Más de 286 millones de estadounidenses obtienen su agua del grifo de un sistema de agua comunitario. La Agencia de Protección Ambiental (EPA) de Estados Unidos regula la calidad del agua potable en los sistemas públicos de agua y establece los niveles máximos de concentración de químicos y contaminantes del agua.

Las fuentes de agua potable están sujetas a contaminación y requieren un tratamiento adecuado para eliminar los contaminantes causantes de enfermedades. La contaminación de los suministros de agua potable puede ocurrir tanto en el agua de origen como en el sistema de distribución después de que ya se haya producido el tratamiento del agua. Hay muchas fuentes de contaminación del agua, incluyendo productos químicos y minerales naturales (por ejemplo, arsénico, radón, uranio), prácticas locales de uso de la tierra (fertilizantes, pesticidas, operaciones de alimentación concentrada), procesos de fabricación y desbordamientos de alcantarillado o liberaciones de aguas residuales.

La presencia de contaminantes en el agua puede provocar efectos adversos para la salud, incluyendo enfermedades gastrointestinales, problemas reproductivos y trastornos neurológicos. [403] Los niños pequeños corren un riesgo particular de exposición a contaminantes en el agua potable porque, libra por libra, beben más agua que los adultos (incluida el agua utilizada para preparar la fórmula), y porque sus sistemas corporales inmaduros son menos eficientes en la desintoxicación. La exposición al plomo en el agua potable es un grave problema de salud, especialmente para niños pequeños y bebés ya que los niveles elevados de plomo en los niños pueden provocar retrasos en el desarrollo físico o mental, un coeficiente intelectual más bajo e incluso daño cerebral. [404]

Con su madre a su lado, este joven se había tomado un breve descanso durante un día de juego en un patio de recreo local para tomar un trago de agua fría

Figura 8.15 — Es importante que los niños tengan acceso al agua potable segura. [405]

Bajo la normatividad federal de la Ley de Agua Potable Segura, todos los proveedores de agua deben notificar rápidamente a los consumidores cuando exista un problema grave con la calidad del agua. Los sistemas de agua que atienden a las mismas personas durante todo el año deben proporcionar informes anuales de confianza del consumidor sobre la fuente y la calidad del agua del grifo. Los estándares nacionales de agua potable son legalmente exigibles, lo que significa que tanto la EPA de Estados Unidos como los estados pueden tomar acciones de cumplimiento contra los sistemas de agua que no cumplen con los estándares de seguridad. [406]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Cuáles son cinco cosas importantes que los programas de cuidado y educación temprana deben recordar sobre la salud ambiental para mantener saludables a los niños?

Resumen

Comprender cómo se propaga la enfermedad, ayuda a los programas de atención y educación temprana a prevenir la propagación de enfermedades. Las inmunizaciones también juegan un papel importante en la prevención de enfermedades. Y cuando el personal del programa usa precauciones universales, incluyendo el lavado de manos, limpieza y desinfección, y la eliminación adecuada de los desechos, también evitan la propagación de enfermedades.

Los programas también deben ser conscientes de los peligros ambientales que representan una amenaza para la salud de los niños. Estos incluyen calidad del aire interior y exterior, moho y productos químicos. Los programas deben utilizar el manejo integrado de plagas y asegurarse de que su agua potable también sea segura.

casa, o, hogar, vector, icono	**Involucrar familias** Los maestros pueden usar las siguientes estrategias para ayudar a las familias a desarrollar los hábitos de salud de sus hijos: • Proporcionar a las familias información concisa y precisa sobre las formas de promover y desarrollar buenos hábitos de salud en los niños; la información debe presentarse en inglés y en los idiomas de origen de las familias. Capturar su interés abordando temas relacionados con la edad y el desarrollo de sus hijos, así como temas relacionados con los riesgos comunes para la salud de los niños, como la obesidad infantil, el asma y la caries dental. También son relevantes temas de prevención de lesiones y primeros auxilios, como el tratamiento de quemaduras, sangrado y asfixia. Proporcione materiales informativos escritos que sean breves y fáciles de leer. • Proporcionar información individualizada, así como información general de salud, a todas las familias a través del contacto diario, talleres y reuniones de padres. Toda la información debe presentarse en inglés y en los idiomas de origen de las familias. Acomodar los horarios familiares proporcionando talleres y reuniones en varios momentos (por ejemplo, mañana, tarde, noche), y organizar el cuidado infantil durante las reuniones. • Muestre a los familiares lo que están aprendiendo los niños enviando a casa ejemplos de trabajo, alentando a las familias a visitar el preescolar y observar a los niños en acción, y compartiendo carteras infantiles durante las visitas domiciliarias. Reforzar el aprendizaje de los niños sobre los hábitos de salud a través de actividades para llevar a casa, prestar bibliotecas de libros de lectura en voz alta en los idiomas de las familias del grupo y mostrar el trabajo infantil. • Al introducir rutinas de salud (por ejemplo, lavarse las manos, cepillarse los dientes), invite a los miembros de la familia a participar y modelar. Animar a las familias a aportar ideas o materiales para áreas de interés que reflejen diversos hábitos de salud en el hogar. • Identificar los recursos comunitarios relacionados con los hábitos de salud (por ejemplo, lavarse las manos, cepillarse los dientes) e invitar al personal de la comunidad a participar y llevar recursos a talleres familiares o reuniones de padres. Enfatizar el papel de los familiares y del hogar para ayudar a los niños a desarrollar hábitos de salud e informar a todos los padres de la disponibilidad de recursos comunitarios gratuitos y de bajo costo. • Ser sensibles y respetuosos con los diferentes valores o creencias, así como los distintos niveles de acceso a los productos y servicios de salud. Reúna información sobre los recursos disponibles y accesibles en la comunidad, incluidos aquellos para niños con necesidades especiales, y brinde esta información a todas las familias, traducidos a sus idiomas de origen.

icono de la computadora portátil	**Recursos para una mayor exploración** • Salud y Seguridad en el Entorno de Cuidado Infantil: Prevención de Enfermedades Infecciosas Un plan de estudios para la formación de proveedores de cuidado infantil (3ª edición): https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/...2018-FINAL.pdf • Centros de Cuidado Infantil Seguros y Saludables: https://www.epa.gov/sites/production...y2012_ENGa.pdf • Lavado de manos: https://www.cdc.gov/handwashing/index.html • Vacunas: https://www.cdc.gov/vaccines/ • Salud Ambiental en el Cuidado de Niños: https://www.epa.gov/childcare • Publicaciones y recursos del Programa de Salud de Cuidado Infantil de California: https://cchp.ucsf.edu/content/resources • Calidad del Aire: https://legacy.azdeq.gov/function/ab... /indoorair.pdf • Remediación de Moho en Escuelas: https://www.epa.gov/mold/mold-remedi...uildings-guide • Manejo Integrado de Plagas en Centros de Cuidado Infantil: https://www.epa.gov/sites/production...ts/IPM_CCC.pdf • Manejo Integrado de Plagas (IPM) Escolar y Cuidado Infantil de California: apps.cdpr.ca.gov/schoolipm/ • Paquete de Cumplimiento de la Ley de Escuelas Saludables para Centros de Cuidado Infantil: apps.cdpr.ca.gov/schoolipm/s... are_packet.pdf • Kit de herramientas de calidad 3TSWater de la EPA: https://www.epa.gov/ground-water-and-drinking-water/3ts-reducing-lead-drinking-water-toolkit

This page titled 4: Prevención de Enfermedades is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 8: Prevention of Illness by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

5: Atención de salud de apoyo

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Identificar síntomas de enfermedad infecciosa que es común durante la primera infancia.
- Esquema de criterios para la exclusión del cuidado de niños enfermos y personal.
- Describir consideraciones que los programas deben hacer respecto al cuidado de niños que están levemente enfermos.
- Recordar los requisitos de licencia para el manejo de medicamentos en programas de cuidado y educación temprana.
- Explicar la comunicación sobre la enfermedad que debe ocurrir entre las familias y los programas de atención y educación temprana.

icono de gavel	**Reglamento de Licencias** Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: **101212 REQUISITOS** • El licenciatario deberá reportar enfermedades especificadas al departamento de salud local 101226 SERVICIOS DE SALUD • El licenciatario notificará inmediatamente al representante autorizado del menor si éste se enferma. • El licenciatario hará las gestiones oportunas para obtener el tratamiento médico de cualquier niño según sea necesario. • En centros donde el licenciatario elige manejar medicamentos: • Los medicamentos deben mantenerse inaccesibles para los niños. • Los medicamentos recetados deben administrarse de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta según lo prescrito por el médico del niño y debe haber aprobación por escrito e instrucciones del representante autorizado del niño antes de darle la medicación al niño. • Los medicamentos de venta libre deben administrarse de acuerdo con la etiqueta del producto y debe haber aprobación por escrito e instrucciones del representante autorizado del niño antes de darle la medicación al niño. 101226.2 AISLAMIENTO PARA ENFERMED • Se habilitará un centro para aislar y atender a cualquier niño que se enferme durante el día. • El representante autorizado del menor será notificado inmediatamente cuando el niño se enferme lo suficiente como para requerir el aislamiento, y se le pedirá que lo recoja a la mayor brevedad posible. • (de 101426.2) el área de aislamiento para programas de cuidado de infantes debe tener una cuna, cuna, colchoneta o corralito por cada lactante enfermo. Esta zona de aislamiento debe estar bajo constante supervisión visual por parte del personal.

Enfermedad en Programas de Atención y Educación Temprana

Los síntomas de enfermedades infecciosas más frecuentes que se reportan en los entornos de atención y educación temprana son dolor de garganta, secreción nasal, falta de aliento o tos, fiebre, vómitos y diarrea (gastroenteritis), dolores de oído y erupciones cutáneas.

Una gráfica que muestra que 66% de los síntomas para niños en atención son respiratorios. 14% son fiebre, 9% son gastroenteritis, 6% son dolor de oídos y 5% son sarpullido.

Figura 9.1 — Los síntomas respiratorios son, con mucho, los más comunes en los niños atendidos. [407]

Sin embargo, estos no son los síntomas que necesariamente conducen a ausencias. De hecho, aunque los síntomas respiratorios son los más comunes, son las erupciones y las enfermedades gastrointestinales las que más a menudo impiden que los niños asistan a sus programas de educación temprana. Esto es más un reflejo de las políticas de exclusión que el riesgo real de enfermedad grave. [408]

gráfico circular de razones de ausencias por enfermedad

Figura 9.2 — Las erupciones cutáneas, vómitos y diarrea dan como resultado la mayor cantidad de ausencias de atención. [409]

Es importante que los programas de la primera infancia identifiquen las enfermedades con precisión y respondan de manera que protejan la salud de todos los niños y el personal (ya sea para permitirles permanecer en la atención o para excluirlos de la atención).

Identificación de enfermedades infecciosas

Cuando estás familiarizado con diferentes enfermedades infecciosas, es más fácil identificarlas en los niños y saber si los niños (y el personal) afectados deben ser excluidos del programa de atención y educación temprana.

Frío Común

Un niño está estornudando y tiene congestión nasal y moqueante. Es muy probable que tengan un resfriado común. Como se presenta en el Capítulo 8, los niños se enferman muchas veces al año, probablemente entre 4 y 12 veces, dependiendo de la edad y cantidad de tiempo en el cuidado infantil. Muchos de estos probablemente se deben al resfriado común. Más de 200 virus pueden causar un resfriado, pero los rinovirus son el tipo más común.

diagrama de la cavidad nasal

Figura 9.3 — Cuando tienes un resfriado, la mucosidad llena tu nariz y

podría causar goteo post-nasal, dolor de cabeza y dolor de garganta. [410]

Los síntomas de un resfriado generalmente alcanzan su punto máximo dentro de 2 a 3 días y pueden incluir:

- Estornudar
- Nariz congestionada
- Secreción nasal
- Dolor de garganta
- Tos
- Moco goteando por la garganta (goteo post-nasal)
- Ojos llorosos
- Fiebre (aunque la mayoría de las personas con resfriados no tienen fiebre)

Cuando los virus que causan resfriados primero infectan la nariz y las bolsas llenas de aire en la cara (senos paranasales), la nariz deja un moco claro. Esto ayuda a lavar los virus de la nariz y los senos paranasales. Después de 2 o 3 días, la mucosidad puede cambiar a un color blanco, amarillo o verde. Esto es normal y no significa que se necesite un antibiótico. Algunos síntomas, particularmente secreción nasal, congestión nasal y tos, pueden durar hasta de 10 a 14 días, pero esos síntomas deberían estar mejorando durante ese tiempo.

No hay cura para un resfriado. Mejorará por sí sola, sin antibióticos. Cuando un niño con un resfriado se siente lo suficientemente bien como para participar y el personal puede brindarle atención adecuada a ellos y a todos los demás niños, no es necesario que el niño sea excluido de la atención.

Debido a que los resfriados pueden tener síntomas similares a los de la gripe, puede ser difícil distinguir entre las dos enfermedades basándose solo en los síntomas. La gripe y el resfriado común son enfermedades respiratorias, pero son causadas

por diferentes virus. [411]

Influenza

En general, la gripe es peor que un resfriado, y los síntomas son más intensos. Las personas con resfriados tienen más probabilidades de tener secreción nasal o congestión nasal. Los resfriados generalmente no resultan en problemas de salud graves, como neumonía, infecciones bacterianas u hospitalizaciones. La gripe puede tener complicaciones asociadas muy graves. [412]

Archivo:Síntomas de influenza.svg

Figura 9.4 — Síntomas de la gripe. [413]

La gripe puede causar enfermedades leves a graves y, a veces, puede llevar a la muerte. La gripe suele aparecer repentinamente. Las personas que tienen gripe suelen sentir algunos o todos estos síntomas:

- Fiebre (común, pero no siempre) o sensación de fiebre o escalofríos
- tos
- dolor de garganta
- secreción nasal o tapada
- dolores musculares o corporales
- dolores de cabeza
- fatiga (cansancio)
- algunas personas pueden tener vómitos y diarrea, aunque esto es más común en niños que en adultos.

La mayoría de las personas que contraen gripe se recuperarán en unos días o menos de dos semanas, pero algunas personas desarrollarán complicaciones (como neumonía) como resultado de la gripe, algunas de las cuales pueden poner en peligro la vida y provocar la muerte.

Las infecciones de los senos paranasales y del oído son ejemplos de complicaciones moderadas por la gripe, mientras que la neumonía es una complicación grave de la gripe que puede ser el resultado de la infección por el virus de la influenza sola o de la coinfección Otras posibles complicaciones graves desencadenadas por la gripe pueden incluir inflamación del corazón (miocarditis), tejido cerebral (encefalitis) o muscular (miositis, rabdomiólisis) e insuficiencia multiorgánica (por ejemplo, insuficiencia respiratoria y renal). La infección por el virus de la gripe de las vías respiratorias puede desencadenar una respuesta inflamatoria extrema en el cuerpo y puede conducir a la sepsis, la respuesta del cuerpo que amenaza la vida a la infección. La gripe también puede empeorar los problemas médicos crónicos. Por ejemplo, las personas con asma pueden experimentar ataques de asma mientras tienen gripe. [414]

Una vacuna anual contra la influenza es el primer y más importante paso para proteger contra la influenza y sus complicaciones potencialmente graves para todas las personas mayores de 6 meses. Si bien hay muchos virus de influenza diferentes, las vacunas contra la influenza protegen contra los 3 o 4 virus que la investigación sugiere que serán los más comunes. La vacunación contra la influenza puede reducir las enfermedades gripales, las visitas médicas, faltar a la escuela debido a la gripe, prevenir las hospitalizaciones relacionadas con la influenza y reducir el riesgo de morir por influenza. Además, hay datos que sugieren que incluso si alguien se enferma después de la vacunación, su enfermedad puede ser más leve. [415]

Una vez que una persona tiene gripe, su proveedor de atención médica puede recomendar medicamentos antivirales. Cuando se usan para el tratamiento, los medicamentos antivirales pueden disminuir los síntomas y acortar la duración de la enfermedad en 1 o 2 días. También pueden prevenir complicaciones graves de la gripe, como la neumonía. Para las personas con alto riesgo de complicaciones graves de la gripe (incluidos los niños), el tratamiento con medicamentos antivirales puede significar la diferencia entre una enfermedad más leve o más grave que posiblemente resulte en una estadía en el hospital. Los CDC recomiendan un tratamiento inmediato para las personas que tienen infección por influenza o sospecha de infección por influenza y que tienen un alto riesgo de complicaciones graves por la influenza. [416]

Al igual que con un resfriado, un niño con gripe no necesita ser excluido si el personal puede cuidarlos a ellos y a todos los demás niños y se sienten lo suficientemente bien como para participar.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**Evitar la propagación de gérmenes a otros** Los programas de atención y educación temprana deben enseñar a los niños y modelar una buena etiqueta para la tos y el estornudo. Siempre estornudar o toser en un pañuelo que se desecha después de su uso. Si no hay un pañuelo disponible, usa tu manga superior, cubriendo completamente la boca y la nariz. Siempre lávese las manos después de toser, estornudar y soplar la nariz. [417] chica tosiendo en la manga Figura 9.5 —Cubre toses y estornudos, pero no con la mano. [418]

Sinusitis (infección sinusal)

Las infecciones sinusales ocurren cuando se acumula líquido en las bolsas llenas de aire en la cara (senos paranasales), lo que permite que los gérmenes crezcan. Los virus causan la mayoría de las infecciones sinusales, pero las bacterias pueden causar algunas infecciones sinusales

diagrama de senos paranasales

Figura 9.6 — Cuando tienes una infección de los senos paranasales, uno o más de tus senos paranasales se inflaman y se acumula líquido, causando congestión y secreción nasal. [419]

Los síntomas comunes de las infecciones sinusales incluyen:

- Secreción nasal
- Nariz tapada
- Dolor o presión facial
- Dolor de cabeza
- Moco goteando por la garganta (goteo post-nasal)
- Dolor de garganta
- Tos
- Mal aliento

La mayoría de las infecciones sinusales suelen mejorar por sí solas sin antibióticos. [420] Al igual que con los resfriados y la gripe, un niño no necesita ser automáticamente excluido del cuidado de una infección sinusal.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Cuál fue su última experiencia con una infección de las vías respiratorias altas (como resfrío, gripe o infección de los senos paranasales? Si un niño tuviera los mismos síntomas que tú, ¿habría necesitado ser excluido de la atención?

Dolor de garganta

Un dolor de garganta puede hacer que sea doloroso tragar. Un dolor de garganta también puede sentirse seco y áspero. El dolor de garganta puede ser un síntoma del resfriado común, alergias, faringitis estreptocócica u otra enfermedad del tracto respiratorio superior. La faringitis estreptocócica es una infección en la garganta y las amígdalas causada por bacterias llamadas *Streptococcus* del grupo A (también llamado *Streptococcus pyogenes*).

Las infecciones por virus son la causa más común de dolor de garganta. Los siguientes síntomas sugieren que un virus es la causa de la enfermedad en lugar de la bacteria llamada estreptococo del grupo A:

- Tos

- Secreción nasal
- Ronquera (cambios en la voz que la hacen sonar respirada, ronca o tensa)
- Conjuntivitis (también llamada ojo rosado)

Los síntomas más comunes de la faringitis estreptocócica incluyen:

- Dolor de garganta que puede comenzar muy rápido
- Dolor al tragar
- Fiebre
- Amígdalas rojas e inflamadas, a veces con manchas blancas o vetas de pus
- Pequeñas manchas rojas en el techo de la boca
- Ganglios linfáticos inflamados en la parte frontal del cuello

Un médico puede determinar la causa probable de un dolor de garganta. Si un dolor de garganta es causado por un virus, los antibióticos no ayudarán. La mayoría de los dolores de garganta mejorarán por sí solos dentro de una semana y no son motivo de exclusión del cuidado infantil.

Dado que las bacterias causan faringitis estreptocócica, se necesitan antibióticos para tratar la infección y prevenir la fiebre reumática y otras complicaciones. Un médico no puede decir si alguien tiene faringitis estreptocócica con solo mirar en la garganta. Si un médico sospecha faringitis estreptocócica, puede hacerse una prueba para confirmar el diagnóstico. Un niño con faringitis estreptocócica debe ser excluido del cuidado hasta que ya no tenga fiebre Y haya tomado antibióticos durante al menos 24 horas. [421]

Infección de Oído

Existen diferentes tipos de infecciones de oído. La infección del oído medio (otitis media aguda) es una infección en el oído medio.

Otro padecimiento que afecta el oído medio se llama otitis media con derrame. Ocurre cuando se acumula líquido en el oído medio *sin* infectarse y sin causar fiebre, dolor de oído o acumulación de pus en el oído medio.

Cuando el canal auditivo externo está infectado, la afección se llama oído de nadador, que es diferente de una infección del oído medio.

Figura 9.7 — Un oído sano y un oído infectado, incluyendo externo,

oído medio e interno, mostrando inflamación y líquido en el oído. [422]

Infección del oído medio

Una infección del oído medio puede ser causada por:

- *Bacterias, como Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenza (no tipificables), las dos causas bacterianas más comunes*
- Virus, como los que causan resfriados o gripe

Los síntomas comunes de la infección del oído medio en los niños pueden incluir:

- Dolor de oído
- Fiebre
- Inquietud o irritabilidad
- Frotar o tirar de una oreja
- Dificultad para dormir

A puede hacer el diagnóstico de una infección del oído medio mirando dentro del oído del niño para examinar el tímpano y ver si hay pus en el oído medio. A menudo no se necesitan antibióticos para las infecciones del oído medio porque el sistema inmunológico del cuerpo puede combatir la infección por sí solo. Sin embargo, a veces se necesitan antibióticos, como la

amoxicilina, para tratar casos graves de inmediato o casos que duran más de 2 a 3 días. [423]

Oreja de nadador

Las infecciones del oído pueden ser causadas por dejar agua contaminada en el oído después de nadar. Esta infección, conocida como “oído de nadador” u otitis externa, no es lo mismo que la infección común del oído medio infantil. La infección ocurre en el conducto auditivo externo y puede causar dolor e incomodidad a nadadores de todas las edades.

Los síntomas del oído del nadador suelen aparecer a los pocos días de nadar e incluyen:

- Picazón dentro de la oreja.
- Enrojecimiento e hinchazón de la oreja.
- Dolor cuando se tira de la oreja infectada o cuando se ejerce presión sobre la oreja.
- Drenaje de pus del oído infectado.

Aunque todos los grupos de edad se ven afectados por el oído del nadador, es más común en los niños y puede ser extremadamente doloroso. Si se sospecha de oído de nadador, se debe consultar a un proveedor de atención médica. El oído de nadador se puede tratar con gotas antibióticas para los oídos. [424]

Piojos

Los piojos son insectos parásitos que viven en la cabeza. Sobreviven alimentándose de sangre humana. Las infestaciones de piojos se propagan con mayor frecuencia por contacto cercano de persona a persona. Los piojos se mueven arrastrándose; no pueden saltar ni volar.

Los piojos adultos tienen 2—3 mm de largo. Los piojos infestan la cabeza y el cuello y unen sus huevos a la base del tallo del cabello. Los piojos se mueven arrastrándose; no pueden saltar ni volar. [425]

Figura 9.9 — Piojo cabeza adulto. [426]

Los síntomas de una infestación de piojos incluyen:

- Sensación de cosquillas de algo que se mueve en el cabello.
- Picazón, causado por una reacción alérgica a las picaduras del piojo de la cabeza.
- Irritabilidad y dificultad para dormir; los piojos son más activos en la oscuridad.
- Llagas en la cabeza causadas por rascarse. Estas llagas a veces pueden infectarse con bacterias que se encuentran en la piel de la persona.

El contacto cabeza a cabeza con una persona que ya tiene una infestación es la forma más común de contraer piojos. El contacto de cabeza a cabeza es común durante el juego en la escuela, en casa y en otros lugares (actividades deportivas, juegos infantiles, fiestas de pijama, campamento).

Aunque es poco común, los piojos se pueden propagar compartiendo ropa o pertenencias. Esto sucede cuando los piojos se arrastran, o las liendres que están adheridas al pelo desprendido eclosionan, y se meten en la ropa o pertenencias compartidas. Los ejemplos incluyen:

- Compartir ropa (sombreros, bufandas, abrigos, uniformes deportivos) o artículos (cintas para el pelo, broches, peines, cepillos, toallas, peluches) usados recientemente o usados por una persona con una infestación;
- O tumbado en una cama, sofá, almohada o alfombra que recientemente ha estado en contacto con una persona con una infestación.

Los perros, gatos y otras mascotas no juegan un papel en la propagación de los piojos.

El diagnóstico de una infestación de piojos se realiza mejor encontrando una ninfa viva o piojo adulto en el cuero cabelludo o el cabello de una persona. Debido a que las ninfas y los piojos adultos son muy pequeños, se mueven rápidamente y evitan la luz, pueden ser difíciles de encontrar. El uso de una lupa y un peine de dientes finos puede ser útil para encontrar piojos vivos.

Si no se ven piojos rastreros, encontrar liendres firmemente adheridas dentro de un ¼ de pulgada de la base de los pelos sugiere fuertemente, pero no confirma, que una persona está infestada y debe ser tratada. Las liendres que están unidas a más de ¼ de pulgada de la base del tallo del cabello casi siempre están muertas o ya eclosionadas. Las liendres a menudo se confunden con otras cosas que se encuentran en el cabello, como caspa, gotas de spray para el cabello y partículas de suciedad. Si no se observan ninfas vivas o piojos adultos, y las únicas liendres que se encuentran están a más de ¼ de pulgada del cuero cabelludo, la infestación probablemente sea vieja y ya no esté activa y no necesite ser tratada. [427]

Resultado de imagen para tratamiento de piojos

Figura 9.10 —Piojo como liendre (huevo), ninfa (juvenil) y adulto comparado con un centavo. [428]

El tratamiento para los piojos se recomienda para las personas diagnosticadas con una infestación activa. Todos los miembros del hogar y otros contactos cercanos deben ser revisados; aquellas personas con evidencia de una infestación activa deben ser tratadas con medicamentos de venta libre o recetados (siguiendo las instrucciones proporcionadas).

Sombreros, bufandas, fundas de almohada, ropa de cama, ropa y toallas usadas o usadas por la persona con la infestación en el periodo de 2 días justo antes de iniciar el tratamiento se pueden lavar y secar a máquina usando los ciclos de agua caliente y aire caliente porque los piojos y los huevos se matan por exposición durante 5 minutos a temperaturas mayores Los artículos que no se pueden lavar pueden limpiarse en seco o sellarse en una bolsa de plástico durante dos semanas. No se deben compartir artículos como sombreros, ayudas de aseo y toallas que entren en contacto con el cabello de una persona con una infestación. Aspirar muebles y pisos puede eliminar los pelos que podrían tener liendres viables adheridos. Los piojos no sobreviven mucho tiempo si se caen de una persona y no pueden alimentarse.

Después del tratamiento, es importante revisar el cabello y peinar con un peine de liendres para eliminar liendres y piojos cada 2—3 días, lo que disminuirá la posibilidad de reinfestación. Revisar durante 2 a 3 semanas asegurará que todos los piojos y liendres se hayan ido. [429]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	No más políticas de “No liendres” Los niños diagnosticados con piojos vivos no necesitan ser enviados a casa temprano de los programas de atención y educación temprana o de la escuela; pueden regresar a casa al final del día, recibir tratamiento y regresar a clase después de que haya comenzado el tratamiento adecuado. Las liendres pueden persistir después del tratamiento, pero el tratamiento exitoso debería matar los piojos rastreros. Los piojos pueden ser una molestia pero no se ha demostrado que propaguen enfermedades. La higiene personal o la limpieza en el hogar o la escuela no tiene nada que ver con contagiarse piojos. Tanto la Academia Americana de Pediatría (AAP) como la Asociación Nacional de Enfermeras Escolares (NASN) abogan por que se suspendan las políticas de “no-nit”. Las políticas “sin nit” que requieren que un niño esté libre de liendres antes de poder regresar a la escuela deben suspenderse por las siguientes razones: • Muchas liendres están a más de ¼ de pulgada del cuero cabelludo. Tales liendres generalmente no son viables y es muy poco probable que eclosionen para convertirse en piojos rastreros, o de hecho pueden ser conchas vacías, también conocidas como 'envolturas'. • Las liendres están cementadas a los ejes del cabello y es muy poco probable que se transfieran con éxito a otras personas. • La carga de ausentismo innecesario para los estudiantes, familias y comunidades supera con creces los riesgos asociados a los piojos. • El diagnóstico erróneo de liendres es muy común durante los controles de liendres realizados por personal no médico. [430]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Qué experiencia o conocimientos tienes sobre las políticas que tienen los programas específicos de educación y atención temprana y las escuelas sobre los piojos? ¿Son (o fueron) esas políticas “no hay liendres” o están en línea con las recomendaciones anteriores?

Otras Enfermedades

Para conocer más sobre las siguientes enfermedades, vaya al Apéndice J.

- Bronquitis
- Varicela
- Conjuctivitis (Ojo Rosa)
- Quinta enfermedad (mejilla abofeteada)
- Enfermedad de manos, pies y boca
- Hepatitis A
- Impétigo
- Sarampión
- Meningitis
- Molusco contagioso
- Paperas
- Norovirus
- Pertussis
- Lombrices intestinales
- Virus respiratorio sincitial
- Tiña
- Roseola
- Rotavirus
- Rubéola (Sarampión Alemán)
- Shigella
- Tuberculosis

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Peligro de Enfermedades Infecciosas para Adultos Debido a que los empleados del programa de cuidado y educación temprana están alrededor de niños que tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y tienen una comprensión limitada de las prácticas de higiene, esos empleados también tienen un mayor riesgo de enfermarse. Si bien la mayoría de las enfermedades que se propagan en los programas de atención y educación temprana no son graves, algunas pueden ser muy peligrosas. El conocimiento sobre la enfermedad y cómo prevenir su propagación ayuda. Estar completamente inmunizado (de enfermedades infantiles y/o vacunas) también protege la salud de los adultos. Las empleadas que están o podrían quedar embarazadas quieren tener especial cuidado porque la exposición por primera vez a la varicela, citomegalovirus (CMV), la enfermedad de Fixths y la rubéola puede causar daños importantes a la salud fetal, defectos congénitos e incluso la muerte fetal. [431]

Enfermedades Informables

Algunas enfermedades son una amenaza suficiente para la comunidad que se requiere que los casos diagnosticados sean

reportados al departamento de salud local. Consulte el Cuadro 9.1 para qué enfermedades se deben reportar, cómo y con qué rapidez.

Cuadro 9.1 — Enfermedades reportables al Departamento de Salud Local

(requerido por Licensing in California) [432]

Cómo reportar	Enfermedad
Reporte inmediatamente por teléfono	• Ántrax • Influenza aviar (humana) • Botulismo (infantil, transmitido por alimentos o herida) • Brucelosis • Cólera • Intoxicación por Peces Ciguatera • Dengue • Diarrea del Recién Nacido (brote) • Difteria • Intoxicación por ácido domoico (Envenenamiento amnésico por mariscos) • Escherichia coli: productora de toxina shiga (STEC) incluyendo E. coli O157 • Infecciones por hantavirus • Síndrome urémico hemolítico • Infecciones meningocócicas • Intoxicación paralítica por mariscos • Plaga (humana o animal) • Rabia (humana o animal) • Intoxicación por pescado escombroide • Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) • Toxina chiíta (detectada en heces) • Viruela (Variola) • Tularemia • Fiebre hemorrágica viral (por ejemplo, virus Crimea-Congo, Ébola, Lassa y Marburgo) • Fiebre Amarilla • Se sospecha que dos o más casos o casos sospechosos de enfermedades transmitidas por alimentos de hogares separados tienen la misma fuente de enfermedad • Ocurrencia de cualquier enfermedad inusual • Brotes de cualquier enfermedad (Incluidas enfermedades no enumeradas aquí)

Reporte por fax, teléfono o correo dentro de un (1) día hábil de identificación	• Amebiasis • Babesiosis • Campilobacteriosis • Varicela (solo hospitalizaciones y muertes) • Fiebre de las garrapatas • Conjuntivitis Infecciosa Aguda del Recién Nacido • Criptosporidiosis • Encefalitis: viral, bacteriana, fúngica o parasitaria • Enfermedades transmitidas por los alimentos • Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae (reportar un incidente menor a 15 años de edad) • Hepatitis A • Listeriosis • Malaria • Sarampión (Rubeola) • Meningitis—viral, bacteriana, fúngica, parasitaria • Tos ferina (tos ferina) • Poliomielitis paralítica • Psitacosis • Fiebre Q • Fiebre recidivante • Salmonelosis • Shigelosis • Infección por Staphylococcus aureus (brotes de cualquier tipo y casos individuales solo en manipuladores de alimentos y trabajadores lácteos) • Sífilis • Triquinosis • Tuberculosis • Fiebre tifoidea (casos y portadores) • Infecciones por Vibrio • Enfermedad asociada al agua (por ejemplo, picazón del nadador o erupción en la bañera de hidromasaje) • Infección por el Virus del Nilo Occidental (VNO) • Yersiniosis

Reporte por fax, teléfono o correo dentro de los siete (7) días naturales siguientes a la identificación	• Chancroide • Infecciones por clamidia (incluyendo Linfogranulom Venereum (LGV)) • Coccidioidomicosis • Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) y otras encefalopatías espongiformes transmisibles (EET) • Cisticercosis o teniasis • Ehrlichiosis • Giardiasis Infecciones gonocócicas • Hepatitis viral • Hepatitis B (especificar caso agudo o crónico) • Hepatitis C (especificar caso agudo o crónico) • Hepatitis D (Delta) • Hepatitis, otras, agudas • Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) • Muertes por influenza (reportar un incidente de menos de 18 años de edad) • Síndrome de Kawasaki (síndrome de ganglios linfáticos mucocutáneos) • Legionelosis • Lepra (enfermedad de Hansen) • Leptospirosis • Enfermedad de Lyme • Paperas • Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) • Fiebre reumática aguda • Fiebre manchada de las montañas • Rubéola (Sarampión Alemán) • Síndrome de Rubéola Congénita • Tétanos • Síndrome de choque tóxico • Toxoplasmosis • Fiebre del Tifus

Políticas de exclusión

La mayoría de los niños con enfermedades leves pueden asistir de manera segura al cuidado infantil. “Muchas políticas de salud relativas al cuidado de niños enfermos [incluidas las políticas de exclusión] se han basado en malentendidos comunes sobre el contagio, los riesgos para los niños enfermos y los riesgos para otros niños y personal. La investigación actual muestra claramente que ciertos niños enfermos no representan una amenaza para la salud. Además, la investigación muestra que mantener a ciertos otros niños levemente enfermos en casa o aislados en el entorno de cuidado infantil no impedirá que otros niños se enfermen”. [433]

Pero hay momentos en que la exclusión es la respuesta correcta. La licencia establece que un niño puede estar demasiado enfermo para asistir si:

- El niño no se siente lo suficientemente bien como para participar cómodamente en las actividades del programa.
- El personal no puede atender adecuadamente al niño enfermo sin comprometer el cuidado de los demás niños.
- El niño presenta alguno de los siguientes síntomas a menos que un proveedor de salud determine que el niño está lo suficientemente bien para asistir y que la enfermedad no es contagiosa:

- Fiebre (por encima de 100° F. axilar o superior a 101° F. por vía oral) acompañada de cambio de comportamiento y otros signos o síntomas de enfermedad (es decir, el niño se ve y actúa enfermo)
- Signos o síntomas de enfermedad posiblemente grave (por ejemplo, llanto persistente, irritabilidad extrema, tos incontrolada, dificultad para respirar, sibilancias, letargo)
- Diarrea: Cambios en el patrón habitual de las heces del niño: aumento de la frecuencia de heces, heces sueltas/acuosas, las heces se quedan sin pañal o el niño no puede llegar al baño a tiempo.

- Vómitos más de una vez en las 24 horas previas
- Llagas bucales con babeo
- Sarpullido con fiebre o cambio de comportamiento

- El niño tiene alguno de los siguientes diagnósticos por parte de un proveedor de salud (hasta que esté tratado y/o ya no sea contagioso):

- Conjuntivitis infecciosa/ojo rosado (con secreción ocular) -hasta 24 horas después del inicio del tratamiento
- Sarna, piojos u otra infestación, hasta 24 horas después del tratamiento y sin liendres
- Impétigo hasta 24 horas después del inicio del tratamiento
- Faringitis estreptocócica, escarlatina u otra infección estreptocócica, hasta 24 horas después del inicio del tratamiento y el niño esté libre de fiebre
- La tos ferina, hasta cinco días después del inicio del tratamiento
- Tuberculosis (TB) -hasta que un proveedor de atención médica determine que la enfermedad no es contagiosa
- Chicken pox-hasta seis días después del inicio del sarpullido o todas las llagas han costrado
- Paperas: hasta nueve días después del inicio de los síntomas (hinchazón de las “mejillas”)
- Hepatitis A hasta siete días después del inicio de los síntomas (p. ej., ictericia)
- Sarampión-hasta seis días después del inicio del sarpullido
- Rubéola (sarampión alemán) -hasta seis días después del inicio del sarpullido
- Herpes oral (si el niño está babeando o las lesiones no pueden cubrirse) -hasta que las lesiones sanen
- Culebrilla (si las lesiones no pueden cubrirse) -hasta que las lesiones estén secas [434]

Si hay un brote de alguna enfermedad notificable (Ver Tabla 9.X), un niño o miembro del personal que cumpla con los siguientes criterios según lo determine el departamento de salud local o un proveedor de atención médica es:

- contribuir a la transmisión de la enfermedad
- no inmunizado adecuadamente cuando la enfermedad es prevenible por vacunación
- con mayor riesgo debido a que circulan los patógenos.

Pueden ser readmitidos cuando el funcionario del departamento de salud o ese proveedor de salud decida que el riesgo de transmisión ya no está presente. [435]

Qué hacer cuando un niño requiere exclusión

Cuando un niño se enferma lo suficiente como para ser excluido, debe ser inmediatamente aislado de otros niños. Se requiere que los programas de atención y educación temprana estén equipados para aislar y atender a cualquier niño que se enferme durante el día. El área de aislamiento se ubicará para permitir una fácil supervisión de los niños por parte del personal del centro y equipada con una colchoneta, cuna, sofá o cama para cada niño enfermo (o una cuna si cuida a infantes).

El representante autorizado del niño será notificado inmediatamente cuando el niño se enferme lo suficiente como para requerir el aislamiento, y se le pedirá que lo recojan del centro lo antes posible. [436]

Consulte el Cuadro 9.2 para obtener una lista de enfermedades que requieren exclusión y cuándo los niños que son diagnosticados con esas enfermedades pueden regresar a la atención.

Cuadro 9.2 — Condiciones que Requieren Exclusión [437]

Condición	Criterios de exclusión
Varicela	Hasta 6 días después del inicio del sarpullido o una vez que las llagas se hayan secado o costra.

Condición	Criterios de exclusión
Culebrilla	Solo las llagas no se pueden cubrir con vendas o ropa. Si no, hasta que las llagas estén secas y hayan costrado.
Sarpullido con fiebre o dolor en las articulaciones	Hasta 6 días después del inicio del sarpullido.
Sarampión y Rubéola	Hasta el diagnóstico no será sarampión o rubéola.
Pertussis	Si dos o más episodios en 24 horas o si van acompañados de fiebre, hasta que el vómito se resuelva o se determine no ser causado por enfermedad contagiosa.
Paperas	Hasta 9 días después de que las glándulas comiencen a hincharse.
Enfermedades diarreicas	Se trata de tres o más episodios en las últimas 24 horas o si se acompaña de fiebre, hasta que la diarrea se resuelva.
Hepatitis A	Según lo dirigido por el departamento de salud.
Impétigo	Hasta 24 horas después de que comience el tratamiento y las lesiones no estén drenando.
Tuberculosis Activa	Hasta que el departamento de salud local apruebe el regreso a la atención.
Faringitis estreptocócica (y otras infecciones estreptocócicas)	Hasta 24 horas después del tratamiento y la fiebre se ha ido.
Piojos	Hasta después del primer tratamiento
Sarna	Hasta que se complete el tratamiento
Influenza Haemophilus Tipo b (Hib)	Hasta que haya comenzado el tratamiento antibiótico.

Condición	Criterios de exclusión
Enfermedades Respiratorias	Si el niño no está lo suficientemente bien como para participar y/o cuidar al niño limita al proveedor de cuidar a los otros niños o si compromete la salud y seguridad de los otros niños.
Herpes herpes labial	Sólo si las llagas no pueden cubrirse (o evitar que se toquen).
Otras condiciones exigidas por ley estatal de salud pública	Según lo requiera el departamento de salud local.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Considera las siguientes situaciones. ¿Se debe excluir o no a cada niño del cuidado? Si es así, ¿por qué y cuándo debe regresar el niño? Si no, ¿qué debe hacer el profesor/ cuidador? 1. El papá de Mario lo deja y le deja saber a la señora Michelle que está un poco bajo el clima. No tiene fiebre, pero tiene tos leve y secreción nasal. Pero comió un buen desayuno y tiene un nivel de energía bastante típico. 2. Alrededor de una hora después del día, Li vomita. El señor Abraham revisa y tiene fiebre de 101.3°. Se ve un poco pálida y solo quiere recostarse. A medida que va a llamar a la familia de Li, ella vuelve a vomitar. 3. Cuando Latanya va a cambiarle el pañal a Daniel ella nota un sarpullido en su estómago. Ella comprueba su temperatura y él no está corriendo fiebre. No lo está rascando ni aparentemente en alguna molestia. Ella recuerda que tiene antecedentes de eccema y dermatitis de contacto. 4. Apurva se despierta de la hora de la siesta con secreción proveniente de un ojo derecho ligeramente hinchado e inyectado en sangre. Ella le dice a la señora María que le duele el ojo y le “pica un poco”. Ahora, invente sus propios ejemplos de un niño que debe ser excluido del cuidado y que no debe excluirse automáticamente.

Cuidando a niños levemente enfermos

Debido a que los jóvenes en programas de cuidado y educación temprana tienen alta incidencia de enfermedades y pueden tener afecciones (como eccema y asmas), los proveedores deben estar preparados para atender a niños levemente enfermos, al menos temporalmente. Y como sabemos que excluir a la mayoría de los niños levemente enfermos no impide la propagación de enfermedades y puede tener efectos negativos en las familias, los programas deben considerar si pueden atender a niños con síntomas leves (no cumplir con la política de exclusión). El Programa de Salud de Cuidado Infantil de California plantea las siguientes preguntas a considerar:

- ¿Hay suficiente personal (incluidos voluntarios) para proporcionar modificaciones menores que un niño pueda necesitar (como actividades silenciosas o líquidos adicionales)?
- ¿El personal está dispuesto y capaz de atender los síntomas del niño (como secarse la secreción nasal y revisar la fiebre) sin descuidar el cuidado de otros niños del grupo?
- ¿Hay un espacio donde el niño levemente enfermo pueda descansar si es necesario?

- ¿Las familias pueden o están dispuestas a pagar extra por la atención por enfermedad si no hay otros recursos disponibles, para que pueda contratar personal adicional según sea necesario?
- ¿Las familias han hecho arreglos alternativos para que alguien recoja y cuide a sus hijos enfermos si no pueden?"

Es importante que los programas reconozcan que las familias tienen que pesar muchas cosas al tratar de decidir si enviar o no a un niño al cuidado infantil. Deben considerar cómo se siente el niño (física y emocionalmente), si el programa puede o no atender las necesidades específicas del niño, qué arreglos de cuidado alternativo hay disponibles, así como los ingresos que pueden perder si tienen que quedarse en casa. [438]

Signo de exclamación, Advertencia, Peligro, Atención, Negro	Responder a una enfermedad que requiere atención médica "Algunos padecimientos, requieren de ayuda médica inmediata. Si se puede contactar a los padres, dígales que vengan enseguida y que notifiquen a su proveedor médico. Llame a los servicios médicos de emergencia (9-1-1) de inmediato y notifique también a los padres si ocurre alguna de las siguientes cosas: • Usted cree que un niño necesita una evaluación médica inmediata y un tratamiento que no puede esperar a que los padres lleven al niño a su cuidado. • Un niño tiene rigidez en el cuello (que limita su capacidad de ponerse la barbilla al pecho) o dolor de cabeza intenso y fiebre. • Un niño tiene una convulsión por primera vez. • Un niño que tiene fiebre así como dificultad para respirar. • Un niño se ve o actúa muy enfermo, o parece estar empeorando rápidamente. • [Un niño tiene s] parientes o labios que se ven azules, morados o grises. • Un niño está teniendo dificultad para respirar o respira tan rápido o fuerte que no puede jugar, hablar, llorar o beber. • Un niño que está vomitando sangre. • Un niño se queja de dolor de cabeza o siente náuseas, o está menos alerta o más confundido, después de un duro golpe en la cabeza. • Varios niños presentan lesiones o enfermedades graves al mismo tiempo. • Un niño tiene un gran volumen de sangre en las heces. • Un niño tiene un sarpullido rojo como la sangre o púrpura que se propaga repentinamente. • Un niño actúa inusualmente confuso. • [Un niño es u] nsensible o [tiene] una capacidad de respuesta decreciente. Dígale al padre que venga de inmediato y obtenga ayuda médica de inmediato, cuando ocurra alguna de las siguientes cosas. Si el padre o el proveedor médico del niño no está disponible de inmediato, llame al 9-1-1 (EMS) para obtener ayuda inmediata: • Fiebre en cualquier niño que aparezca más que levemente enfermo. • Un lactante menor de 2 meses de edad tiene una temperatura axilar ("axila") superior a 100.4° F. • Un lactante menor de cuatro meses de edad tiene dos o más episodios de vómito contundente (no el simple retorno de la leche tragada o escupiendo) después de comer. • Un niño tiene dolor de cuello cuando se mueve o se toca la cabeza. • Un niño tiene un dolor de estómago intenso que hace que el niño se doble y grite. • Un niño tiene dolor de estómago sin vómitos ni diarrea después de una lesión reciente, golpe en el abdomen o caída dura. • Un niño tiene heces que son negras o tienen sangre mezclada a través de ellas. • Un niño no ha orinado en más de ocho horas, y la boca y la lengua se ven secas. • Un niño tiene un drenaje continuo y claro de la nariz después de un duro golpe en la cabeza. • Un niño tiene una condición médica señalada en su plan de atención especial como que requiere atención médica. • [Un niño tiene una] n lesión que puede requerir tratamiento médico como un corte que no se mantiene unido después de limpiarlo". [439]

Administración de medicamentos

Algunos niños en su entorno de cuidado y educación temprana pueden necesitar tomar medicamentos durante las horas que les brinda atención. Es importante que los programas de atención y educación temprana cuenten con una política escrita para el uso de medicamentos recetados y sin receta. [440]

De acuerdo con la licencia, los programas que opten por manejar medicamentos deben cumplir con lo siguiente:

- Todos los medicamentos recetados y sin receta se almacenarán centralmente en un lugar seguro inaccesible para los niños, con una etiqueta inalterada y etiquetados con el nombre y la fecha del niño
- Se utilizará un refrigerador para almacenar cualquier medicamento que requiera refrigeración.
- Los medicamentos recetados pueden ser administrados con permiso por escrito por los representantes autorizados del niño de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta del médico
- Los medicamentos de venta libre pueden administrarse sin aprobación o instrucciones del médico del niño con la aprobación por escrito e instrucciones del representante autorizado del niño y cuando se administren de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta del producto.

Figura 9.11 — La medicación debe administrarse de acuerdo con la etiqueta. [441]

Razones válidas para un programa de atención y educación temprana para considerar la administración de medicamentos.

- Algunas dosis de medicamentos no se pueden ajustar para que se tomen antes y después de la atención (y mantenerlos fuera de atención cuando de otra manera lo suficientemente bien como para atender, sería una dificultad para las familias.
- Algunos niños pueden tener afecciones crónicas que pueden requerir la administración urgente de medicamentos (como asma y diabetes). [442]

Comunicación con las familias

Cuando los niños son excluidos del cuidado, es importante proporcionar documentación a las familias sobre cómo el niño cumple con las pautas de su política de exclusión y lo que debe suceder antes de que el niño pueda regresar a su cuidado. Consulte el Apéndice K para una posible forma que podrían usar los programas.

También se requieren programas para informar a las familias cuando los niños están expuestos a una enfermedad transmisible. Consulte el Apéndice L para ver un ejemplo de un formulario de aviso de exposición que puede proporcionar a las familias para que sepan qué signos de enfermedad deben vigilar y para buscar consejo médico cuando sea necesario. [443]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	**Pausa para reflexionar** ¿Por qué es importante que los programas de atención y educación temprana se comuniquen claramente con las familias respecto a las enfermedades transmisibles?

Resumen

Familiarizarse con las enfermedades infecciosas que son comunes en la primera infancia permite al personal del programa de atención y educación temprana identificar enfermedades y responder adecuadamente. Esto incluyó saber cuándo los niños (y el personal) deben ser excluidos de la atención y qué debe suceder antes de que regresen.

Los programas deben crear políticas sobre cómo manejarán a los niños que están levemente enfermos (aquellos que necesitan atención antes de que puedan ser recogidos de la atención y aquellos que no requieren exclusión) y los niños que tienen enfermedades que requieren atención médica. Los programas que opten por administrar medicamentos, deben estar familiarizados con las regulaciones de licencia que deben seguir.

La comunicación abierta con las familias es importante cuando un niño se enferma o está potencialmente expuesto a una enfermedad. Ayudar a las familias a comprender y seguir las políticas de exclusión es vital para mantener a todos en el programa lo más saludables posible.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Salud y Seguridad en el Entorno de Cuidado Infantil: Prevención de Enfermedades Infecciosas Un plan de estudios para la formación de proveedores de cuidado infantil: https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/...f/idc2book.pdf • A Quick Guide to Common Childhood Diseases (recurso canadiense): bccdc.ca/resource-gallery/documentos/guidelines%20and%20forms/guidelines%20and%20Manuales/epid/otro/epid_gf_childhood_quickguide_may_09.pdf • Infecciones infantiles comunes: una guía para directores, maestros y proveedores de cuidado infantil (recurso canadiense): https://www.tbdhu.com/sites/default/...20Manual_0.pdf • Manual de Salud de Recursos Escolares de Georgia: https://www.choa.org/~/media/files/C...trol.pdf?la=es • Enfermedades y Afecciones Índice A-Z: https://www.cdc.gov/diseasesconditions/az/a.html • Enfermedades Infecciosas en la Infancia: http://www.ocwtp.net/PDFs/Trainee%20...hartOption.pdf • Uso Apropiado de Antibióticos: https://www.cdc.gov/antibiotic-use/c...ity/index.html • Cuándo mantener a su hijo en casa lejos del cuidado infantil: https://www.healthychildren.org/Engl...hild-Care.aspx

This page titled 5: Atención de salud de apoyo is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 9: Supportive Health Care by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

1: Nutrición básica para niños

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Definir y explicar la función de cada macronutriente y tipo de micronutriente.
- Examinar los factores que afectan la calidad de los alimentos.
- Discutir las influencias en la elección de alimentos.
- Esbozar cómo lograr una dieta saludable.
- Describir los programas que apoyan la nutrición en los programas de atención y educación temprana.
- Identificar formas de evaluar la calidad de las comidas y refrigerios en los programas de atención y educación temprana.

icono de gavel	Reglamento de Licencias Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: **101227 COMIDA SERVICIO** • La selección de alimentos, la preparación de almacenamiento y el servicio serán seguros y saludables y de la calidad y cantidad necesarias para satisfacer las necesidades de los niños. Leyes Adicionales Los proveedores de cuidado infantil con licencia deben • seguir los requisitos del plan de comidas del Programa Federal de Alimentos de Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). • haber completado 16 horas de Capacitación en Salud y Seguridad Preventiva aprobada (incluyendo una hora en nutrición). • seguir la Ley de Bebidas Saludables en el Cuidado Infantil.

Introducción

Para planificar, preparar y servir alimentos nutritivos a los niños en programas de cuidado y educación temprana, es importante tener una comprensión básica de la nutrición y los programas y recursos disponibles para apoyar la satisfacción de las necesidades nutricionales de los niños.

¿Qué son los Nutrientes?

Los alimentos que comemos contienen nutrientes. Los nutrientes son sustancias que requiere el organismo para realizar sus funciones básicas. Los nutrientes deben obtenerse de nuestra dieta, ya que el cuerpo humano no los sintetiza ni los produce. Los nutrientes tienen una o más de tres funciones básicas: aportan energía, contribuyen a la estructura corporal y/o regulan los procesos químicos en el cuerpo. Estas funciones básicas nos permiten detectar y responder al entorno ambiental, mover, excretar desechos, respirar (respirar), crecer y reproducirse. Se requieren seis clases de nutrientes para que el cuerpo funcione y mantenga la salud general. Estos son carbohidratos, grasas, proteínas, agua, vitaminas y minerales. Los alimentos también contienen no nutrientes que pueden ser dañinos (como toxinas naturales comunes en alimentos vegetales y aditivos como algunos colorantes y conservantes) o beneficiosos (como los antioxidantes).

Macronutrientes

Los nutrientes que se necesitan en grandes cantidades se denominan macronutrientes. Hay tres clases de macronutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas. Estos pueden ser procesados metabólicamente en energía celular, permitiendo que nuestros cuerpos lleven a cabo sus funciones básicas. Una unidad de medida de la energía alimentaria es la caloría. El agua también es un macronutriente en el sentido de que se requiere una gran cantidad de ella, pero a diferencia de los otros macronutrientes, no rinde calorías.

Carbohidratos

Los carbohidratos son moléculas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno. Las principales fuentes alimenticias de carbohidratos son los granos, la leche, las frutas y las verduras con almidón, como las papas. Las verduras sin almidón también contienen carbohidratos, pero en cantidades menores. Los carbohidratos se clasifican ampliamente en dos formas según su estructura química: carbohidratos simples, a menudo llamados azúcares simples; y carbohidratos complejos.

Los carbohidratos simples constan de una o dos unidades básicas. Ejemplos de azúcares simples incluyen la sacarosa, el tipo de azúcar que tendrías en un tazón en la mesa del desayuno, y la glucosa, el tipo de azúcar que circula en tu sangre.

Los carbohidratos complejos son cadenas largas de simples. Durante la digestión, el cuerpo descompone los carbohidratos complejos digeribles en azúcares simples, en su mayoría glucosa. Luego, la glucosa se transporta a todas nuestras células donde se almacena, se usa para producir energía o se usa para construir macromoléculas. La fibra también es un carbohidrato complejo, pero no puede ser descompuesta por enzimas digestivas en el intestino humano. Como resultado, pasa por el tracto digestivo sin digerir a menos que las bacterias que habitan el colon o el intestino grueso lo descompongan.

Un gramo de carbohidratos digeribles produce cuatro kilocalorías de energía para que las células del cuerpo realicen el trabajo. Además de proporcionar energía y servir como bloques de construcción para macromoléculas más grandes, los carbohidratos son esenciales para el correcto funcionamiento del sistema nervioso, corazón y riñones. Como se mencionó, la glucosa se puede almacenar en el cuerpo para su uso futuro.

Grasas

Las grasas (oficialmente llamadas lípidos) también son una familia de moléculas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno, pero a diferencia de los carbohidratos, son insolubles en agua. Las grasas se encuentran predominantemente en la mantequilla, los aceites, las carnes, los productos lácteos, los frutos secos y las semillas, y en muchos alimentos procesados. El trabajo principal de las grasas es proporcionar o almacenar energía. Las grasas aportan más energía por gramo que los carbohidratos (nueve kilocalorías por gramo de grasas versus cuatro kilocalorías por gramo de carbohidratos). Además del almacenamiento de energía, las grasas sirven como un componente importante de las membranas celulares, rodean y protegen los órganos (en los tejidos que almacenan grasa), proporcionan aislamiento para ayudar en la regulación de la temperatura y regulan muchas otras funciones en el cuerpo.

Proteínas

Las proteínas son macromoléculas compuestas por cadenas de subunidades llamadas aminoácidos. Los aminoácidos son subunidades simples compuestas por carbono, oxígeno, hidrógeno y nitrógeno. Las fuentes alimenticias de proteínas incluyen carnes, productos lácteos, mariscos y una variedad de diferentes alimentos de origen vegetal, especialmente la soja. La palabra proteína proviene de una palabra griega que significa “de importancia primordial”, que es una descripción acertada de estos macronutrientes; también se les conoce coloquialmente como los “caballos de batalla” de la vida. Las proteínas proporcionan cuatro kilocalorías de energía por gramo; sin embargo, proporcionar energía no es la función más importante de la proteína. Las proteínas proporcionan estructura a los huesos, músculos y piel, y juegan un papel en la realización de la mayoría de las reacciones químicas que tienen lugar en el cuerpo. Los científicos estiman que existen más de cien mil proteínas diferentes dentro del cuerpo humano. Los códigos genéticos en el ADN son básicamente recetas de proteínas que determinan el orden en el que se unen 20 aminoácidos diferentes para hacer miles de proteínas específicas.

Agua

Hay otro nutriente que debemos tener en grandes cantidades: el agua. El agua no contiene carbono, sino que está compuesta por

dos hidrógenos y un oxígeno por molécula de agua. Más del 60 por ciento de tu peso corporal total es agua. Sin él, nada podría transportarse dentro o fuera del cuerpo, no se producirían reacciones químicas, los órganos no se amortiguarían y la temperatura corporal fluctuaría ampliamente.

queso, bistec y huevo Proteína	rebanada de pan Carbohidratos	aceite Grasas	vaso de agua Agua

Figura 12.1 — Los Macronutrientes: Carbohidratos, Grasas, Proteínas y Agua [545]

Micronutrientes

Los micronutrientes son nutrientes que requiere el organismo en cantidades menores, pero siguen siendo esenciales para llevar a cabo las funciones corporales. Los micronutrientes incluyen todos los minerales y vitaminas esenciales. Existen dieciséis minerales esenciales y trece vitaminas (Consulte la Tabla 12.1 “Los minerales y sus funciones principales” y la Tabla 12.2 “Vitaminas y sus funciones principales” para obtener una lista completa y sus funciones principales). A diferencia de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, los micronutrientes no son fuentes de energía (calorías), sino que ayudan en el proceso como componentes de las enzimas. Las enzimas son proteínas que causan reacciones químicas en el cuerpo y están involucradas en todos los aspectos de las funciones del cuerpo, desde la producción de energía hasta la digestión de nutrientes y la construcción de macromoléculas. Los micronutrientes desempeñan muchos papeles esenciales en el cuerpo.

Minerales

Los minerales son sustancias inorgánicas sólidas que forman cristales y se clasifican dependiendo de la cantidad de ellos que necesitemos. Los oligoelementos, como molibdeno, selenio, zinc, hierro y yodo, solo se requieren en unos pocos miligramos o menos. Los macrominerales, como calcio, magnesio, potasio, sodio y fósforo, se requieren en cientos de miligramos. Muchos minerales son críticos para la función enzimática, otros se utilizan para mantener el equilibrio de fluidos, construir tejido óseo, sintetizar hormonas, transmitir impulsos nerviosos, contraer y relajar los músculos, y proteger contra los radicales libres dañinos en el cuerpo que pueden causar problemas de salud como el cáncer.

Cuadro 12.1 — Minerales y sus Funciones Principales [546]

Macrominerales

Mineral	Función Mayor
Sodio	Equilibrio de fluidos, transmisión nerviosa, contracción muscular
Cloruro	Balance de fluidos, producción de ácido estomacal
Potasio	Equilibrio de fluidos, transmisión nerviosa, contracción muscular
Calcio	Mantenimiento de la salud ósea y dental, transmisión nerviosa, contracción muscular, coagulación de la sangre
Fosforo	Mantenimiento de la salud ósea y dental, equilibrio ácido-base

Magnesio	Producción de proteínas, transmisión nerviosa, contracción muscular
Azufre	Producción de proteínas

Minerales traza

Mineral	Función Mayor
Hierro	Lleva oxígeno, ayuda en la producción de energía
Zinc	Producción de proteínas y ADN, cicatrización de heridas, crecimiento, función del sistema inmunológico
Yodo	Producción, crecimiento, metabolismo de la hormona tiroidea
Selenio	Antioxidante
Cobre	Coenzima, metabolismo del hierro
Manganeso	Coenzima
Fluoruro	Mantenimiento de la salud ósea y dental, prevención de caries
Cromo	Ayuda a la insulina en el metabolismo de glucosa
Molibdeno	Coenzima

Vitaminas

Las trece vitaminas se categorizan como solubles en agua o liposolubles. Las vitaminas solubles en agua son la vitamina C y todas las vitaminas B, que incluyen tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantoténico, piridoxina, biotina, folato y cobalamina. Las vitaminas innecesarias solubles en agua se excretan del cuerpo. Las vitaminas liposolubles son A, D, E y K. Las vitaminas son necesarias para realizar muchas funciones en el cuerpo, como producir glóbulos rojos, sintetizar tejido óseo y desempeñar un papel en la visión normal, la función del sistema nervioso y la función del sistema inmunológico. Las vitaminas liposolubles se almacenan en el cuerpo en grasa (y pueden volverse tóxicas cuando se consume demasiado, casi siempre a partir de suplementos).

Cuadro 12.2 — Vitaminas y sus Funciones Principales [547]

Soluble en Agua

Vitamina	Función Mayor
Tiamina (B1)	Coenzima, asistencia para el metabolismo energético
Riboflavina (B2)	Coenzima, asistencia para el metabolismo energético
Niacina (B3)	Coenzima, asistencia para el metabolismo energético
Ácido pantoténico (B5)	Coenzima, asistencia para el metabolismo energético
Piridoxina (B6)	Coenzima, asistencia para la síntesis de aminoácidos
Biotina (B7)	Metabolismo de coenzimas, aminoácidos y ácidos grasos
Folato (B9)	Coenzima, esencial para el crecimiento
Cobalamina (B12)	Coenzima, síntesis de glóbulos rojos
C (ácido ascórbico)	Síntesis de colágeno, antioxidante

Soluble en Grasa

Vitamina	Función Mayor
A	Visión, reproducción, función del sistema inmune
D	Mantenimiento de la salud ósea y dental, función del sistema inmunológico
E	Antioxidante, protección de membrana celular
K	Mantenimiento de la salud ósea y dental, coagulación de la sangre

Las deficiencias vitamínicas pueden causar graves problemas de salud e incluso la muerte. Se ha encontrado que algunas vitaminas previenen ciertos trastornos y enfermedades como el escorbuto (vitamina C), la ceguera nocturna (vitamina A) y el raquitismo (vitamina D). [548]

Cuadro 12.3 — Resumen de las Funciones de los Nutrientes [549]

Nombre de la Etapa	Descripción de Stage
Proteína	Necesario para la formación de tejidos, la reparación celular y la producción de hormonas y enzimas. Es esencial para construir músculos fuertes y un sistema inmunológico saludable.
Carbohidratos	Proporcionar una fuente de energía lista para el cuerpo y proporcionar constituyentes estructurales para la formación de células.
Grasa	Proporciona energía almacenada para el cuerpo, funciona como componentes estructurales de las células y también como moléculas de señalización para una comunicación celular adecuada. Proporciona aislamiento a órganos vitales y trabaja para mantener la temperatura corporal.
Vitaminas	Regular los procesos corporales y promover las funciones normales del sistema corporal.
Minerales	Regular los procesos corporales, son necesarios para una función celular adecuada y comprenden el tejido corporal.
Agua	Transporta nutrientes esenciales a todas las partes del cuerpo, transporta productos de desecho para su eliminación y ayuda con el mantenimiento de la temperatura corporal.

Calidad de los Alimentos

Una medida de la calidad de los alimentos es la cantidad de nutrientes que contiene en relación con la cantidad de energía que proporciona. Los alimentos de alta calidad son densos en nutrientes, lo que significa que contienen cantidades significativas de uno o más nutrientes esenciales en relación con la cantidad de calorías que proporcionan. Los alimentos densos en nutrientes son lo contrario de los alimentos “vacíos en calorías” como los refrescos azucarados carbonatados, que aportan muchas calorías y muy pocos, si los hay, otros nutrientes. La calidad de los alimentos se asocia adicionalmente con su sabor, textura, apariencia, contenido microbiano y cuánto les gusta a los consumidores. [550]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Comida: Una Mejor Fuente de Nutrientes Es mejor obtener todos tus micronutrientes de los alimentos que consumes en lugar de los suplementos. Los suplementos contienen solo lo que aparece en la etiqueta, pero los alimentos contienen muchos más macronutrientes, micronutrientes y otros químicos, como los antioxidantes, que benefician la salud. Si bien las vitaminas, multivitaminas y suplementos son una industria de 20 mil millones de dólares en Estados Unidos, y más del 50 por ciento de los estadounidenses los compran y usan a diario, no hay evidencia consistente de que sean mejores que los alimentos para promover la salud y prevenir enfermedades. [551]

Aditivos alimentarios

La gente ha estado usando aditivos alimentarios durante miles de años. Hoy en día se utilizan más de 3000 sustancias como

aditivos alimentarios. La sal, el azúcar y el jarabe de maíz son, con mucho, los aditivos más utilizados en los alimentos en este país. La forma en que esto podría afectar la calidad (incluido el valor nutricional) de los alimentos dependerá del aditivo.

Figura 12.2 — Aditivos alimentarios

Resultado de imagen para Salt Sal [552]	cubos de azúcar Azúcar [553]	Resultado de imagen para colorante alimentario Colorante alimentario [554]

“Aditivo alimentario” es definido por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como cualquier sustancia que, directa o indirectamente, se convierte en un componente o afecta de otra manera las características de cualquier alimento. Esta definición incluye cualquier sustancia utilizada en la producción, procesamiento, tratamiento, empaque, transporte o almacenamiento de alimentos.

Los aditivos se utilizan para mantener o mejorar la seguridad, frescura, valor nutricional, sabor, textura y apariencia. El uso de aditivos alimentarios se ha vuelto más prominente en los últimos años debido al aumento de la producción de alimentos preparados, procesados y de conveniencia.

Según la FDA, “los aditivos alimentarios directos son aquellos que se agregan a un alimento para un propósito específico en ese alimento”. Por ejemplo, usar fosfatos en productos cárnicos y avícolas para retener la humedad y proteger el sabor.

“Los aditivos alimentarios indirectos son aquellos que pasan a formar parte de los alimentos en cantidades traza debido a su empaque, almacenamiento u otro manejo”, según la FDA**.** Por ejemplo, cantidades diminutas de sustancias de envasado pueden llegar a los alimentos durante el almacenamiento. Los fabricantes de empaques de alimentos deben demostrar a la FDA que todos los materiales que entran en contacto con los alimentos son seguros antes de que se les permita su uso de esa manera.

La FDA define un aditivo de color como cualquier tinte, pigmento o sustancia que, cuando se agrega o aplica a un alimento, medicamento o cosmético, o al cuerpo humano, es capaz (solo o a través de reacciones con otras sustancias) de impartir color. La FDA es responsable de regular todos los aditivos de color para garantizar que los alimentos que contienen aditivos de color sean seguros para comer, contengan solo ingredientes aprobados y estén etiquetados con precisión.

Los aditivos de color se utilizan en los alimentos por muchas razones: 1) para compensar la pérdida de color debido a la exposición a la luz, el aire, temperaturas extremas, humedad y condiciones de almacenamiento; 2) para corregir las variaciones naturales en el color; 3) para mejorar los colores que ocurren naturalmente; y 4) para proporcionar color a alimentos incoloros y “divertidos”. Sin aditivos de color, las colas no serían marrones, la margarina no sería amarilla y el helado de menta no sería verde. Los aditivos de color ahora son reconocidos como una parte importante de prácticamente todos los alimentos procesados que comemos.

Hoy en día, los aditivos alimentarios y de color son más estrictamente estudiados, regulados y monitoreados que en cualquier otro momento de la historia. La FDA tiene la responsabilidad legal principal de determinar su uso seguro. Para comercializar un nuevo aditivo alimentario o colorante (o antes de usar un aditivo ya aprobado para un uso de otra manera aún no aprobada), un fabricante u otro patrocinador primero debe solicitar su aprobación a la FDA. Estas peticiones deben aportar pruebas de que la sustancia es segura para las formas en que se utilizará.

Antes de que se pueda agregar alguna sustancia a los alimentos, su inocuidad debe evaluarse en un estricto proceso de aprobación. El Servicio de Inspección y Seguridad Alimentaria (FSIS) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) comparte la responsabilidad con la FDA por la inocuidad de los aditivos alimentarios utilizados en la carne, las aves de corral y los productos de huevo. Todos los aditivos son evaluados inicialmente para su seguridad por la FDA.

Cuando se propone un aditivo para su uso en un producto cárnico, avícola o de huevo, su seguridad, función técnica y condiciones de uso también deben ser evaluadas por el Personal de Riesgos, Innovaciones y Gestión del FSIS, según lo dispuesto en la Ley Federal de Inspección de Carne, la Ley de Inspección de Productos Avícolas, los Productos de Huevo Ley de Inspección, y normatividad relacionada.

Aunque la FDA tiene autoridad primordial con respecto a la seguridad de los aditivos, el FSIS puede aplicar estándares aún más estrictos que tengan en cuenta las características únicas de la carne, las aves de corral y los productos de huevo. Hace varios años, por ejemplo, se buscó permiso para usar ácido sórbico en ensaladas de carne. Aunque el ácido sórbico era un aditivo

alimentario aprobado, se negó el permiso para su uso en ensaladas de carne porque dicho uso podría enmascarar el deterioro causado por organismos que causan enfermedades transmitidas por los alimentos.

Los aditivos nunca reciben la aprobación permanente. La FDA y el FSIS revisan continuamente la seguridad de los aditivos aprobados, con base en los mejores conocimientos científicos, para determinar si las aprobaciones deben modificarse o retirarse.

Los estatutos y reglamentos para hacer cumplir los estatutos requieren cierta información en las etiquetas de los productos cárnicos y avícolas para que los consumidores tengan información completa sobre un producto. En todos los casos, los ingredientes deben figurar en la etiqueta del producto en la declaración de ingredientes en orden en peso, desde la mayor cantidad hasta la menor.

Sustancias como especias y extractos de especias pueden declararse como “sabores naturales”, “sabores” o “saborizantes naturales” en las etiquetas de carne y aves de corral sin nombrar a cada una. Esto se debe a que se utilizan principalmente por su aporte de sabor y no por su aporte nutricional.

Sustancias como carne seca, caldo de aves de corral, extractos de carne o proteína hidrolizada deben aparecer en la etiqueta por su nombre común o habitual porque su propósito principal no es el sabor. Se pueden usar como potenciadores del sabor, aglutinantes o emulsionantes. Deben etiquetarse utilizando las especies de origen del aditivo, por ejemplo, carne seca, caldo de pollo, extracto de cerdo o proteína de trigo hidrolizada.

Los aditivos de color deben declararse por sus nombres comunes o habituales en las etiquetas (por ejemplo, FD&C Yellow 5 o extracto de achiote), no colectivamente como colorantes. Estos requisitos de etiquetado ayudan a los consumidores a tomar decisiones sobre los alimentos que comen. [555]

Edulcorantes Artificiales

Los edulcorantes artificiales, también llamados sustitutos del azúcar, son sustancias que se utilizan en lugar de la sacarosa (azúcar de mesa) para endulzar alimentos y bebidas. Debido a que los edulcorantes artificiales son muchas veces más dulces que el azúcar de mesa, se necesitan cantidades mucho más pequeñas (200 a 20,000 veces menos) para crear el mismo nivel de dulzura.

Figura 12.3 — Edulcorantes artificiales comunes. [556]

Los edulcorantes artificiales están regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Los edulcorantes artificiales aprobados incluyen:

- Aspartamo, distribuido bajo varios nombres comerciales (por ejemplo, NutraSweet ® e Equal ®),
- Sucralosa, comercializada bajo el nombre comercial Splenda ®
- Acesulfamo potásico (también conocido como ACK, Sweet One ® y Sunett ®)
- Neotamo, que es similar al aspartamo
- Advantame, que también es similar al aspartamo

Las preguntas sobre los edulcorantes artificiales y el cáncer surgieron cuando los primeros estudios mostraron que el ciclamato en combinación con sacarina causaba cáncer de vejiga en animales de laboratorio. Sin embargo, los resultados de estudios de carcinogenicidad posteriores (estudios que examinan si una sustancia puede causar cáncer) de estos edulcorantes no han proporcionado evidencia clara de una asociación con el cáncer en humanos. Del mismo modo, estudios de otros edulcorantes aprobados por la FDA no han demostrado evidencia clara de una asociación con el cáncer en humanos. [557]

El reto de elegir alimentos

Hay otros factores además del ambiente y el estilo de vida que influyen en los alimentos que eliges comer. Diferentes alimentos afectan el nivel de energía, estado de ánimo, cuánto se come, cuánto tiempo antes de volver a comer y si se satisfacen los antojos. Hemos hablado de algunos de los efectos físicos de los alimentos en tu cuerpo, pero también hay otros efectos.

La comida regula tu apetito y cómo te sientes. Múltiples estudios han demostrado que algunos alimentos ricos en fibra y alimentos ricos en proteínas disminuyen el apetito al ralentizar el proceso digestivo y prolongar la sensación de estar lleno o saciedad. Los efectos de los alimentos y nutrientes individuales sobre el estado de ánimo no están respaldados por evidencia científica consistente, pero en general, la mayoría de los estudios apoyan que las dietas más saludables se asocian con una disminución de la depresión y un mejor bienestar. A la fecha, la ciencia no ha podido rastrear el camino exacto en el cerebro que ocurre en respuesta a comer un alimento en particular, pero es bastante claro que los alimentos, en general, estimulan las respuestas emocionales en las personas.

La comida también tiene un significado psicológico, cultural y religioso, por lo que tus elecciones personales de comida afectan tu mente, así como tu cuerpo. Las implicaciones sociales de los alimentos tienen mucho que ver con lo que la gente come, así como con cómo y cuándo. Los eventos especiales en vidas individuales, desde cumpleaños hasta funerales, se conmemoran con alimentos igualmente especiales. Ser consciente de estas fuerzas puede ayudar a las personas a tomar decisiones alimentarias más saludables, y aún así honrar las tradiciones y lazos que aprecian.

Por lo general, comer comida kosher significa que una persona es judía; comer pescado los viernes durante la Cuaresma significa que una persona es católica; ayunar durante el noveno mes del calendario islámico significa que una persona es musulmana. En el día de Año Nuevo, los japoneses participan en una tradición anual de Mochitsuki, también conocida como golpes mochi con la esperanza de ganar buena fortuna durante el próximo año. A varios cientos de millas de distancia en Hawai, la gente come poi hecho de raíz de taro machacada con gran importancia en la cultura hawaiana, ya que representa a Hāloa, el antepasado de los jefes y maoli kanaka (nativos hawaianos). Las tradiciones alimentarias nacionales se llevan a otros países cuando la gente inmigra.

Factores que impulsan las elecciones de alimentos

Junto con estas influencias, una serie de otros factores afectan las elecciones dietéticas que hacen los individuos, incluyendo:

- Sabor, textura y apariencia. Los individuos tienen una amplia gama de gustos que influyen en sus elecciones de alimentos, lo que lleva a algunos a que no les guste la leche y a otros a odiar las verduras Algunos alimentos que son muy saludables, como el tofu, pueden ser poco atractivos al principio para muchas personas. Sin embargo, los cocineros creativos pueden adaptar los alimentos saludables para satisfacer el gusto de la mayoría de las personas.
- Economía. El acceso a frutas y verduras frescas puede ser escaso, particularmente para quienes viven en áreas económicamente desfavorecidas o remotas, donde las opciones de comida más baratas se limitan a tiendas de conveniencia y comida rápida.
- Experiencias gastronómicas tempranas. Las personas que no estuvieron expuestas a diferentes alimentos cuando eran niños, o que se vieron obligadas a tragar hasta el último bocado de verduras demasiado cocidas, pueden tomar decisiones limitadas de alimentos como adultos.
- Hábitos. Es común establecer rutinas de alimentación, que pueden funcionar tanto a favor como en contra de una salud óptima. Habitualmente tomar un sándwich de comida rápida para el desayuno puede parecer conveniente, pero podría no ofrecer una nutrición sustancial. Sin embargo, adquirir el hábito de beber una gran cantidad de agua cada día puede generar múltiples beneficios.
- Cultura. La cultura en la que uno crece afecta cómo se ve la comida en la vida diaria y en ocasiones especiales.
- Geografía. Donde vive una persona influye en las elecciones de alimentos. Por ejemplo, las personas que viven en los estados del medio oeste de Estados Unidos tienen menos acceso a los mariscos que las que viven a lo largo de las costas.
- Publicidad. Los medios influyen en gran medida en la elección de los alimentos al persuadir a los consumidores a comer ciertos alimentos
- Factores sociales. Cualquier observador del comedor escolar puede dar testimonio del impacto de la presión de grupo en los hábitos alimenticios, y esta influencia dura hasta la edad adulta. Las personas toman decisiones de comida en función de cómo ven a los demás y quieren que otros los vean. Por ejemplo, los individuos que están rodeados de otros que consumen comida rápida tienen más probabilidades de hacer lo mismo.
- Preocupaciones de salud. Algunas personas tienen alergias alimentarias importantes, al maní por ejemplo, y necesitan evitar esos alimentos. Otros pueden haber desarrollado problemas de salud que requieren que sigan una dieta baja en sal. Además, las personas que nunca se han preocupado por su peso tienen un enfoque muy diferente para comer que aquellas que durante mucho tiempo han luchado con el exceso de peso.
- Emociones. Existe una amplia gama en cómo los problemas emocionales afectan los hábitos alimenticios. Cuando se enfrentan a una gran cantidad de estrés, algunas personas tienden a comer en exceso, mientras que a otras les resulta difícil comer en absoluto.
- Alimentos verdes/opciones de sustentabilidad. Con base en una creciente comprensión de la dieta como un problema público y personal, cada vez más personas comienzan a tomar decisiones de alimentos en función de su impacto ambiental.

Al darse cuenta de que sus elecciones de alimentos ayudan a dar forma al mundo, muchos individuos están optando por una dieta vegetariana, o, si comen productos animales, se esfuerzan por encontrar las opciones más “libres de crueldad” posibles. La compra de productos alimenticios locales y orgánicos y artículos cultivados a través de productos sostenibles también ayuda a reducir el tamaño de la huella dietética de uno. [558]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Piensa en tu última comida o merienda. ¿Cuáles son algunos de los factores enumerados anteriormente que te llevaron a elegir comer lo que hiciste?

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Dieta Vegetariana La gente elige una dieta vegetariana por diversas razones, incluyendo doctrinas religiosas, preocupaciones de salud, preocupaciones ecológicas y de bienestar animal, o simplemente porque no les gusta el sabor de la carne. Hay diferentes tipos de vegetarianos, pero un tema común es que los vegetarianos no comen carne. Cuatro formas comunes de vegetarianismo son: 1. Lacto-ovo vegetariano. Esta es la forma más común. Este tipo de dieta vegetariana incluye los alimentos animales huevos y productos lácteos. 2. Lacto-vegetariana. Este tipo de dieta vegetariana incluye productos lácteos pero no huevos. 3. OVO-Vegetariano. Este tipo de dieta vegetariana incluye huevos pero no productos lácteos. 4. Vegano. Este tipo de dieta vegetariana no incluye lácteos, huevos, ni ningún tipo de producto animal o subproducto animal. [559] La preparación de comidas vegetarianas se abordará más en el Capítulo 15.

Lograr una dieta saludable

Lograr una dieta saludable es cuestión de equilibrar la calidad y cantidad de los alimentos que se consumen. Hay cinco factores clave que conforman una dieta saludable:

1. Una dieta debe ser adecuada, aportando cantidades suficientes de cada nutriente esencial, así como fibra y calorías adecuadas.
2. Una dieta equilibrada resulta cuando no consumes un nutriente a expensas de otro, sino que obtienes cantidades adecuadas de todos los nutrientes.
3. El control de calorías es necesario para que la cantidad de energía que obtienes de los nutrientes que consumes sea igual a la cantidad de energía que gastas durante las actividades de tu día.
4. La moderación significa no comer hasta los extremos, ni demasiado ni muy poco.
5. Variedad se refiere a consumir diferentes alimentos de dentro de cada uno de los grupos de alimentos de manera regular.

Una dieta saludable es aquella que favorece los alimentos integrales. Como alternativa a los alimentos procesados modernos, una dieta saludable se enfoca en alimentos integrales frescos “reales” que han estado sustentando a las personas durante generaciones. Los alimentos integrales suministran las vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos, grasas y fibra necesarias que son esenciales para una buena salud. Las comidas preparadas comercialmente y las comidas rápidas a menudo carecen de nutrientes y a menudo contienen cantidades desmesuradas de azúcar, sal, grasas saturadas y trans, todas las cuales están asociadas con el desarrollo de enfermedades como la aterosclerosis, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer, obesidad, diabetes y otras enfermedades. Una dieta balanceada es una mezcla de alimentos de los diferentes grupos de alimentos (verduras, legumbres, frutas, granos, alimentos proteicos y lácteos).

frutas, verduras, granos y proteínas en forma de plato

Figura 12.4 — Los alimentos integrales de todos los grupos de alimentos hacen una dieta balanceada. [560]

Adecuación

Una dieta adecuada es aquella que favorece los alimentos densos en nutrientes. Los alimentos densos en nutrientes se definen como alimentos que contienen muchos nutrientes esenciales por caloría. Los alimentos densos en nutrientes son lo contrario de los alimentos “vacíos en calorías”, como las bebidas carbonatadas azucaradas, que también se denominan “pobres en nutrientes”. Los alimentos ricos en nutrientes incluyen frutas y verduras, carnes magras, aves de corral, pescado, productos lácteos bajos en grasa y granos integrales. Elegir alimentos más densos en nutrientes facilitará la pérdida de peso, a la vez que proporcionará todos los nutrientes necesarios.

Saldo

Equilibra los alimentos en tu dieta. Lograr el equilibrio en tu dieta implica no consumir un nutriente a expensas de otro. Por ejemplo, el calcio es esencial para dientes y huesos sanos, pero demasiado calcio interferirá con la absorción de hierro. La mayoría de los alimentos que son buenas fuentes de hierro son fuentes pobres de calcio, por lo que para obtener las cantidades necesarias de calcio y hierro de su dieta, es fundamental un equilibrio adecuado entre las elecciones de alimentos. Otro ejemplo es que si bien el sodio es un nutriente esencial, la ingesta excesiva puede contribuir a la insuficiencia cardíaca congestiva y a la enfermedad renal crónica en algunas personas. Recuerda, todo debe consumirse en las cantidades adecuadas.

Moderación

Come con moderación. La moderación es crucial para una salud y supervivencia óptimas. Comer alimentos pobres en nutrientes cada noche para la cena provocará complicaciones de salud. Pero como parte de una dieta por lo demás saludable y consumida solo semanalmente, esto no debería afectar significativamente la salud general. Es importante recordar que comer se trata, en parte, de disfrutar y complacerse con espíritu de moderación. Esto encaja dentro de una dieta saludable.

Controle las porciones de alimentos. Para un mantenimiento óptimo del peso, es importante asegurarse de que la energía consumida de los alimentos cumpla con los gastos de energía requeridos para las funciones y actividades corporales. Si no, el exceso de energía contribuye a la acumulación gradual y constante de la grasa corporal almacenada y al aumento de peso. Para perder grasa corporal, es necesario asegurarse de que se quemen más calorías que las consumidas. De igual manera, para ganar peso, las calorías deben consumirse en exceso de lo que se gaste diariamente.

Variedad

La variedad implica comer diferentes alimentos de todos los grupos de alimentos. Comer una dieta variada ayuda a asegurar que consumas y absorbes cantidades adecuadas de todos los nutrientes esenciales necesarios para la salud. Uno de los principales inconvenientes de una dieta monótona es el riesgo de consumir demasiado de algunos nutrientes y no suficientes de otros. Probar nuevos alimentos también puede ser una fuente de placer, nunca se sabe qué alimentos podría gustarle hasta que los pruebe.

Desarrollar una dieta saludable puede ser gratificante, pero tenga en cuenta que se deben seguir todos los principios presentados para obtener los máximos beneficios para la salud. Por ejemplo, introducir variedad en tu dieta aún puede resultar en el consumo de demasiados alimentos ricos en calorías, pobres en nutrientes y una ingesta inadecuada de nutrientes si no empleas también moderación y control calórico. El uso conjunto de estos principios promoverá beneficios duraderos para la salud. [561]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Piensa en tu infancia, ¿cómo crees que te fue tu dieta con respecto a la adecuación, el equilibrio, la moderación y la variedad? ¿Y ahora qué pasa con tu dieta?

Nutrición en Programas de Atención y Educación Temprana

Hay muchos programas diferentes que pueden apoyar los programas de cuidado y educación temprana en la provisión de comidas nutritivas y refrigerios para los niños. Exploremos algunos de estos.

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos

El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) es un programa federal que brinda reembolsos por comidas nutritivas y refrigerios a niños y adultos elegibles que están inscritos para recibir atención en centros de cuidado infantil, guarderías y guarderías para adultos participantes. Los centros de cuidado infantil públicos o privados elegibles sin fines de lucro, los centros de cuidado fuera del horario escolar, los programas Head Start y otras instituciones que tienen licencia o aprobación para brindar servicios de guardería pueden participar en CACFP, independientemente o como centros patrocinados. [562] En el CACFP se sirven más de 2 mil millones de comidas. [563]

Incluso si un programa elige no participar (o no es elegible para) el CACFP, son requeridos por la licencia para cumplir con los requisitos de su plan de comidas. [564] (Ver Tablas 12.4 y 12.5) Los estándares de nutrición del CACFP para las comidas y refrigerios servidos en el CACFP se basan en las Directrices dietéticas para estadounidenses, recomendaciones basadas en la ciencia hechas por la Academia Nacional de Medicina, consideraciones de costo y prácticas, y aportes de las partes interesadas. Bajo estos estándares, las comidas y refrigerios que se sirven incluyen una mayor variedad de verduras y frutas, más granos integrales y menos azúcar agregada y grasas saturadas. [565] (Ver Tabla 12.6)

Cuadro 12.4 — Patrones de comidas infantiles [566]

Comida o merienda	0-5 Meses	6-11 Meses
Desayuno	4-6 fl oz leche materna o fórmula	6-8 fl oz leche materna o fórmula 0-4 cucharadas de cereal infantil, carne, pescado, aves de corral, huevos enteros, frijoles secos cocidos o guisantes; o 0-2 oz de queso; o 0-4 oz (volumen) de requesón; o 0-4 oz de yogur; o una combinación* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*
Almuerzo o Cena	4-6 fl oz leche materna o fórmula	6-8 fl oz leche materna o fórmula 0-4 cucharadas de cereal infantil, carne, pescado, aves de corral, huevos enteros, frijoles secos cocidos o guisantes; o 0-2 oz de queso; o 0-4 oz (volumen) de requesón; o 0-4 oz de yogur; o una combinación* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*
Snack	4-6 fl oz leche materna o fórmula	2-4 fl oz leche materna o fórmula 0-½ rebanada de pan; o 0-2 galletas saladas; o 0-4 cucharadas de cereal infantil o cereal listo para comer* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*

Se requieren alimentos sólidos cuando el bebé está listo. Todos los tamaños de porción son cantidades mínimas de los componentes de los alimentos que se requieren servir

Tabla 12.5 — Patrón de comidas para niños [567]

Desayuno

Comida o merienda	Artículo Alimenticio	1-2 Años	3-5 años	6-18 Años
Desayuno	Leche	½ taza entera	¾ taza baja en grasa o sin grasa	1 taza baja en grasa o sin grasa
	Verduras, frutas o ambas	¼ taza	½ taza	½ taza
	Granos	Equivalente a ½ onza	Equivalente a ½ onza	Equivalente a 1 onza

Almuerzo o Cena

Comida o merienda	Artículo Alimenticio	1-2 Años	3-5 años	6-18 Años
Almuerzo o Cena	Leche	½ taza entera	¾ taza baja en grasa o sin grasa	1 taza baja en grasa o sin grasa
	Alternativas cárnicas y cárnicas	1 onza	1½ onzas	2 onzas
	Verduras	1/8 taza	¼ taza	½ taza
	Frutas	1/8 taza	¼ taza	¼ taza
	Granos	Equivalente a ½ onza	Equivalente a ½ onza	Equivalente a 1 onza

Snack (elige 2 de las opciones)

Comida o merienda	Artículo Alimenticio	1-2 Años	3-5 años	6-18 Años

Snack (elige 2 de las opciones)	Leche	½ taza entera	½ taza baja en grasa o sin grasa	1 taza baja en grasa o sin grasa
	Alternativas cárnicas y cárnicas	½ onza	½ onza	1 onza
	Verduras	½ taza	½ taza	¾ taza
	Frutas	½ taza	½ taza	¾ taza
	Granos	Equivalente a ½ onza	Equivalente a ½ onza	Equivalente a 1 onza

Cuadro 12.6 — Mejores Prácticas CACFP [568] , [569]

Categoría	Mejores Prácticas
Verduras y Frutas	• Hacer al menos uno de los dos componentes requeridos de merienda, una verdura o fruta • Sirve una variedad de frutas y elige frutas enteras • El jugo se limita a una vez al día • Proporcione al menos una porción de cada uno de verduras de hoja verde oscuro, vegetales rojos y naranjas, frijoles y guisantes (legumbres), vegetales con almidón y otras verduras cada semana
Granos	• Proporcionar al menos dos porciones de granos integrales por día (se requiere al menos una)
Carne y Alternativas a la Carne	• Sirva solo carnes magras, frutos secos y legumbres. • Limite el servicio de carnes procesadas a no más de una porción por semana. • Sirva solo quesos naturales y elige quesos bajos en grasa o bajos en grasa.
Leche	• Servir solo leche sin sabor • Los sucedáneos de la leche no lácteos que son equivalentes nutricionalmente a la leche se pueden servir en lugar de la leche a niños con necesidades médicas o dietéticas especiales
Azúcar	• El yogur no debe contener más de 23 gramos por 6 onzas • Los cereales para el desayuno no deben contener más de 6 gramos de azúcar por onza seca • Evite servir alimentos no acreditables que sean fuentes de azúcares agregados, como aderezos dulces (miel, mermelada, jarabe), ingredientes mezclados que se venden con yogur y bebidas endulzadas con azúcar

Varios	• No se permite freír como una forma de preparar alimentos en el lugar • Limite la porción de alimentos precocinados comprados a no más de una porción por semana • Incorporar alimentos producidos de temporada y locales en las comidas

Ley de Bebidas Saludables en el Cuidado de Niños

"Y todos los proveedores de cuidado infantil con licencia... deben seguir la Ley de Bebidas Saludables en el Cuidado Infantil. Los cuatro mensajes clave en la Ley de Bebidas Saludables en el Cuidado Infantil son:

1. Solo se puede servir leche sin sabor, sin azúcar, sin grasa (sin grasa, descremada, 0%) o baja en grasa (1%) a niños de 2 años o mayores.
2. No se pueden servir bebidas con edulcorantes añadidos, naturales o artificiales, incluyendo bebidas deportivas, tés dulces, jugos con azúcares añadidos, leche aromatizada, refrescos y bebidas dietéticas.
3. Se permite un máximo de una porción de jugo 100% por día.
4. El agua potable limpia y segura debe estar fácilmente disponible en todo momento; en interiores y exteriores y con comidas y refrigerios". [570]

Pautas dietéticas para estadounidenses

Las pautas dietéticas para estadounidenses brindan información nutricional basada en evidencia y consejos para personas de dos años o más para ayudar a los estadounidenses a tomar decisiones saludables sobre alimentos y bebidas en su vida diaria. Los Lineamientos también sirven como base para los programas federales de educación alimentaria y nutricional, como la campaña MyPlate.

Las Directrices dietéticas para estadounidenses, producidas por el HHS y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos cada cinco años, analizan las últimas investigaciones para ayudar a los estadounidenses a tomar decisiones inteligentes sobre alimentos y actividad física para que puedan vivir vidas más saludables.

Las Directrices Alimentarias para Estadounidenses 2015-2020 se enfocan en hacer pequeños cambios en sus hábitos alimenticios diarios para mejorar su salud a largo plazo. También enfatizan la importancia de los "patrones de alimentación", que se refieren a la combinación de TODOS los alimentos y bebidas que una persona consume regularmente a lo largo del tiempo, en lugar de enfocarse en nutrientes individuales o alimentos aislados. Los patrones de alimentación saludable, junto con la actividad física regular, se han demostrado en un gran cuerpo de la ciencia actual para ayudar a las personas a alcanzar y mantener una buena salud al tiempo que reducen los riesgos de enfermedades crónicas a lo largo de su vida. Además, los patrones de alimentación saludable se pueden adaptar al presupuesto, las preferencias de sabor, las tradiciones y la cultura de un individuo.

Las recomendaciones básicas para estos patrones de alimentación saludable no han cambiado respecto a las ediciones anteriores de las Directrices, y continúan alentando a los estadounidenses a consumir alimentos más saludables como verduras, frutas, granos integrales, productos lácteos sin grasa y bajos en grasa, carnes magras, mariscos, otros alimentos proteicos y aceites. También recomiendan limitar el sodio, las grasas saturadas y trans, y los azúcares agregados.

Hay cinco lineamientos generales en esta octava edición:

- Siga un patrón de alimentación saludable a lo largo de la vida. Los patrones de alimentación son la combinación de alimentos y bebidas que una persona come con el tiempo.
- Variedad de verduras: verde oscuro, rojo y naranja, legumbres (frijoles y guisantes), almidón y otras verduras.

- Frutas, especialmente fruta entera.
- Granos, al menos la mitad de los cuales son de grano entero.
- Lácteos sin grasa o bajos en grasa, incluyendo leche, yogur, queso y/o bebidas de soya fortificadas.
- Una variedad de alimentos proteicos, incluyendo mariscos, carnes magras y aves de corral, huevos, legumbres (frijoles y guisantes), productos de soya y nueces y semillas.
- Aceites, incluyendo los de plantas: canola, maíz, olivo, maní, cártamo, soja y girasol. Los aceites también están presentes de forma natural en frutos secos, semillas, mariscos, aceitunas y aguacates.

- Concéntrese en la variedad, los alimentos densos en nutrientes y la cantidad.
- Limite las calorías de los azúcares agregados y las grasas saturadas y reduzca la ingesta de sodio.
- Los niños menores de 14 años deben consumir menos de 2.300 mg de sodio al día.
- Menos del 10% de las calorías diarias deben provenir de grasas saturadas.
- Menos del 10% de las calorías diarias deben provenir de azúcares agregados
- Cambie a opciones de alimentos y bebidas más saludables.
- Apoyar patrones de alimentación saludables para todos. [571]

Pautas físicas para estadounidenses

La segunda edición de las *Directrices de actividad física para estadounidenses* emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos proporciona orientación basada en la ciencia para ayudar a las personas de 3 años en adelante a mejorar su salud a través de la participación en la actividad física regular. Las pautas clave incluyen:

Niños en edad preescolar

Los niños en edad preescolar (de 3 a 5 años) deben estar físicamente activos durante todo el día para mejorar su crecimiento y desarrollo. Los cuidadores adultos de niños en edad preescolar deben fomentar el juego activo que incluya una variedad de tipos de actividades.

Niños y Adolescentes

Es importante brindar a los jóvenes oportunidades y estímulo para que participen en actividades físicas que sean adecuadas a su edad, que sean agradables y que ofrezcan variedad. Los niños y adolescentes de 6 a 17 años de edad deben realizar 60 minutos (1 hora) o más de actividad física diaria de moderada a vigorosa que incluya actividad aeróbica, fortalecimiento muscular y fortalecimiento óseo. [572]

La actividad física se abordará más en el Capítulo 13.

MyPlate

MyPlate es el programa de orientación alimentaria del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos para ayudar a los estadounidenses a comer sano y se basa en las Directrices dietéticas para Estados Unidos. Sustituye a MyPyramid (que había reemplazado a la clásica Pirámide de Guía Alimentaria).

El visual de MyPlate es un símbolo familiar de la hora de comer, el plato. Da una referencia visual fácil para recordar a las personas que creen comidas equilibradas. Los principales mensajes de MyPlate incluyen:

- Hacer la mitad del plato de frutas y verduras
- Concéntrese en las frutas enteras.
- Varíe sus verduras.
- Hacer la mitad de los granos granos enteros.
- Muévase a leche o yogur bajos en grasa o sin grasa.
- Variar las fuentes de proteína. [573]

pirámide de guía de alimentos	MyPyramid	MyPlate
1992: Pirámide de Guía Alimentaria	2005: Sistema de guía alimentaria MyPyramid	2011: MyPlate

12.5 — Las Guías Alimentarias más recientes del USDA. [574]

Ingestas Dietéticas de Referencia (DRI)

Emitido por la Junta de Alimentación y Nutrición del Instituto de Medicina, Academia Nacional de Ciencias, el DRI es el término general para un conjunto de valores de referencia utilizados para planificar y evaluar las ingestas de nutrientes de personas sanas. Estos valores, que varían según la edad y el sexo, incluyen:

- Subsidio Dietético Recomendado (RDA): nivel promedio diario de ingesta suficiente para satisfacer los requerimientos nutrimentales de casi todas las personas sanas (97%-98%).
- Ingesta Adecuada (IA): se establece cuando la evidencia es insuficiente para desarrollar una RDA y se establece en un nivel asumido para asegurar la adecuación nutricional.
- Nivel de Ingesta Superior Tolerable (UL): ingesta máxima diaria poco probable que cause efectos adversos para la salud. [575]

Esa información se utiliza para crear etiquetas de datos nutricionales.

Etiquetas de Información Nutricional

La información en la sección principal o superior (ver #1 -4) de la etiqueta nutricional de la muestra (abajo) puede variar con cada producto alimenticio y bebida; contiene información específica del producto (tamaño de la porción, calorías e información de nutrientes). La sección inferior contiene una nota al pie de página que explica el% de Valor Diario y da el número de calorías utilizadas para consejos generales de nutrición.

En la siguiente etiqueta de Datos Nutricionales se han coloreado ciertas secciones para ayudar a enfocarse en aquellas áreas que serán explicadas en detalle. Tenga en cuenta que estas secciones coloreadas no están en las etiquetas de los alimentos reales de los productos que compra.

Etiqueta de muestra para lasaña congelada

12.6 — Una etiqueta nutricional de ejemplo codificada por colores para lasaña. [576]

1. Información de servicio

Al mirar la etiqueta de Información Nutricional, primero eche un vistazo al número de porciones en el paquete (porciones por contenedor) y el tamaño de la porción. Los tamaños de las porciones están estandarizados para facilitar la comparación de alimentos similares; se proporcionan en unidades familiares, como tazas o piezas, seguido de la cantidad métrica, por ejemplo, el número de gramos (g). El tamaño de la porción refleja la cantidad que la gente suele comer o beber**.** No es una recomendación de cuánto debes comer o beber.

Etiqueta de muestra de tamaño de porción

12.7 — La porción de información de porción de la etiqueta nutricional de ejemplo para lasaña. [577]

Es importante darse cuenta de que todas las cantidades de nutrientes que aparecen en la etiqueta, incluyendo la cantidad de calorías, se refieren al tamaño de la porción. Presta atención al tamaño de la porción, especialmente cuántas porciones hay en el paquete de alimentos. Por ejemplo, podrías preguntarte si estás consumiendo ½ porción, 1 porción o más.

2. Calorías

Las calorías proporcionan una medida de cuánta energía obtienes de una porción de este alimento.

Etiqueta de muestra de calorías

12.8 — Las calorías por porción de porción de la etiqueta nutricional de ejemplo para lasaña. [578]

En el ejemplo, hay **280 calorías** en una porción de lasaña. ¿Y si te comiste todo el paquete? Entonces, consumirías 4 porciones, o **1,120 calorías**.

3. Nutrientes

Nutrientes en la etiqueta de muestra

12.9 — La porción de la etiqueta nutricional de ejemplo para lasaña que detalla los nutrientes. [579]

Mire la sección 3 en la etiqueta de la muestra (mostrada en la Tabla 12.9). Te muestra algunos nutrientes clave que impactan tu salud. Dos datos clave sobre los nutrientes:

- Nutrientes para obtener menos de: Grasa Saturada, Sodio y Azúcares Agregados.
- Nutrientes para obtener más de: Fibra Dietética, Vitamina D, Calcio, Hierro y Potasio.

4. El valor porcentual diario (%DV)

El% Valor Diario (%DV) es el porcentaje del Valor Diario para cada nutriente en una porción del alimento. Los Valores Diarios son cantidades de referencia (expresadas en gramos, miligramos o microgramos) de nutrientes a consumir o no exceder cada día.

Porcentaje de valor diario en la etiqueta de muestra

12.10 — La porción de la etiqueta nutricional de ejemplo que detalla el valor porcentual diario de los nutrientes. [580]

El %DV muestra cuánto contribuye un nutriente en una porción de un alimento a una dieta diaria total para *adultos*. El %DV te ayuda a determinar si una porción de alimento es alta o baja en un nutriente. [581]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Encuentre un alimento que se comercialice a niños pequeños (que tenga una etiqueta de alimento). Mirando la etiqueta, ¿cómo crees que califica una elección saludable? ¿Por qué?

Programas de Nutrición Infantil para Escuelas

El gobierno federal brinda asistencia federal a las escuelas para brindar comidas nutritivas a los niños. Con excepción del Programa Especial de Leche, los programas de atención y educación temprana no calificarán para estos programas. Pero están incluidos en este capítulo ya que son fuentes importantes de nutrición para muchos niños en Estados Unidos, como referencia para aquellos que pueden funcionar dentro del sistema escolar, y pueden proporcionar recursos que los programas de cuidado y educación temprana pueden encontrar útiles a la hora de planificar comidas y refrigerios saludables y compra de alimentos.

Programa Nacional de Almuerzos Escolares

El Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) es un programa de comidas con asistencia federal que opera en escuelas privadas públicas y sin fines de lucro e instituciones residenciales de cuidado infantil. Proporciona almuerzos nutricionalmente equilibrados, de bajo costo o sin costo a los niños cada día escolar. El programa fue establecido bajo la Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell, promulgada por el presidente Harry Truman en 1946. 30.4 millones de niños participaron en el programa en 2016. [582]

Niñas comiendo almuerzos escolares saludables

Figura 12.11 — Niños almorzando juntos en la escuela. [583]

Programa de Desayunos Escolares

El Programa de Desayuno Escolar (SBP) es un programa de comidas con asistencia federal que opera en escuelas públicas y privadas sin fines de lucro e instituciones residenciales de cuidado infantil. El SBP comenzó en 1966 como un proyecto piloto, y

fue convertido en un programa de derechos permanentes por el Congreso en 1975. La participación en la SBP ha crecido lenta pero constantemente a lo largo de los años y en 2016, 14.57 millones de niños participaron en el programa. [584]

Programa Especial de Leche

El Programa Especial de Leche brinda leche a niños en escuelas, programas de cuidado infantil y campamentos elegibles que no participan en otros programas federales de servicio de comidas de nutrición infantil. El programa reembolsa a escuelas e instituciones la leche que atienden. En 2011 participaron 3 mil 848 escuelas e instituciones residenciales de cuidado infantil, junto con 782 campamentos de verano y 527 instituciones de cuidado infantil no residenciales. Las escuelas de los Programas Nacionales de Almuerzo Escolar o Desayuno Escolar también pueden participar en el Programa Especial de Leche para proporcionar leche a los niños en programas de medio día de pre-kindergarten y kindergarten donde los niños no tienen acceso a los programas de comidas escolares. [585]

Programa de Servicio de Alimentos de Verano

El Programa de Servicio de Alimentos de Verano (SFSP) brinda comidas y refrigerios gratuitos cuando la escuela no está en sesión. La naturaleza estacional de SFSP, y la diversidad de patrocinadores y operadores del sitio, lo hacen único. Las agencias estatales, los patrocinadores y las organizaciones comunitarias necesitan flexibilidad para operar el SFSP de una manera que responda a las condiciones locales y permita a los operadores enfocarse en garantizar que los niños necesitados puedan acceder a los alimentos cuando la escuela no está en sesión. En el verano de 2018 se sirvieron más de 145 millones de comidas a más de 2.6 millones de niños. [586]

Evaluación de la Calidad de los Tiempos de Comida y A

Al igual que con la seguridad y la salud (y muchas otras cosas), los programas de cuidado y educación temprana deben evaluar qué tan bien están satisfaciendo las necesidades nutricionales de los niños con las comidas y refrigerios que brindan a los niños. Una evaluación, como la del Apéndice N, se puede utilizar para ayudar a los programas a hacer esto. Notarás que brindar un ambiente alimentario positivo requiere más que solo dar a los niños alimentos saludables. El capítulo 14 mirará más esto por edad.

Resultado de imagen para el tiempo de comida en el cuidado

Figura 12.12 — Esta maestra está comiendo con los niños y creando una hora de comida positiva. [587]

Resumen

Proporcionar comidas nutritivas y refrigerios a los niños en programas de cuidado y educación temprana requiere una comprensión básica de la nutrición. El personal del programa también debe comprender lo que incluye una dieta completa y saludable y cómo abordar los factores que influyen en las elecciones de alimentos, para garantizar que proporcionen alimentos y bebidas saludables que los niños disfruten comiendo. También es valioso estar al tanto de los programas disponibles para apoyar hacerlo. Los niños que tienen horarios de comida y merienda de alta calidad tendrán el combustible que sus cuerpos necesitan para mantener un crecimiento y desarrollo óptimos.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Nutrition.gov: https://www.nutrition.gov/ • Nutrición: https://www.cdc.gov/nutrition/ • Definiciones de términos de salud: Nutrición: https://medlineplus.gov/definitions/...finitions.html • Recursos y materiales de educación nutricional: https://www.fda.gov/food/food-labeli...rces-materials • Información al consumidor sobre ingredientes y empaques: https://www.fda.gov/food/food-ingred...ents-packaging • Descripción general de los ingredientes, aditivos y colores de los alimentos: https://www.fda.gov/food/food-ingred...ditives-colors • Prevención de la Obesidad Infantil en Programas de Atención y Educación Temprana: https://nrckids.org/CFOC/Childhood_Obesity • ChooseMyPlate: choosemyplate.gov • MyPlate, MyWins: https://www.choosemyplate.gov/eathea...myplate-mywins • Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos: www.fns.usda.gov/cacfp/niño... e-food-program • Reglamento CACFP: https://www.govinfo.gov/content/pkg/...2016-09412.pdf • Normas de Nutrición para Comidas y Bocadillos CACFP: https://www.fns.usda.gov/cacfp/meals-and-snacks • Ley de Bebidas Saludables en el Cuidado Infantil: https://cchp.ucsf.edu/content/health...care-education • Programas de Servicios de Alimentación y Nutrición: https://www.fns.usda.gov/programs • Pautas dietéticas para estadounidenses 2015-2020: https://health.gov/our-work/food-nut...ary-guidelines • Pautas de Actividad Física para Americanos: https://www.hhs.gov/fitness/be-activ...ans/index.html • Autoevaluación de Nutrición y Actividad Física para el Cuidado Infantil: https://gonapsacc.org/self-assessment-materials

This page titled 1: Nutrición básica para niños is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 12: Basic Nutrition for Children by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

2: Proteger la buena nutrición y el bienestar físico

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Explique la recomendación 5-2-1-0.
- Discutir recomendaciones de actividad física para niños pequeños.
- Examinar tanto la desnutrición como la sobrenutrición como formas de desnutrición.
- Describir formas en que los programas de cuidado y educación temprana pueden educar a los niños sobre nutrición
- Distinguir las alergias alimentarias de las intolerancias alimentarias.
- Identificar estrategias que los programas de atención y educación temprana pueden seguir para planificar el cuidado de niños, alergias alimentarias, intolerancias alimentarias y anemia por deficiencia de hierro

icono de gavel	**Reglamento de Licencias** Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen: **101227 COMIDA SERVICIO** • La selección de alimentos, la preparación de almacenamiento y el servicio serán seguros y saludables y de la calidad y cantidad necesarias para satisfacer las necesidades de los niños. **101230 ACTIVIT IES Y NAPPING** • Cada centro proporcionará una variedad de actividades diarias que incluyen juegos tranquilos y activos, descanso y relajación, comer y ir al baño. **101238.2 ESPACIO EXTERIOR ACT IVITY** • Habrá al menos 75 pies cuadrados por niño de espacio para actividades al aire libre.

Introducción

La vida activa y saludable incluye comer alimentos saludables, mantenerse físicamente activo y descansar lo suficiente. El desarrollo de hábitos saludables comienza en la primera infancia. Comer bien y estar físicamente activo ayuda a un niño a seguir creciendo y aprendiendo. [588]

Vida sana y activa

La investigación nos dice que la forma en que los niños pequeños comen, se mueven y duermen puede afectar su peso ahora y en el futuro. La primera infancia es un momento ideal para iniciar hábitos saludables antes de establecer patrones poco saludables. [589]

Muchos niños en Estados Unidos no siguen las recomendaciones de las Directrices dietéticas para estadounidenses. Según los CDC, en promedio, los niños consumen demasiada grasa, grasas saturadas y sodio y no hay suficientes frutas, verduras o calcio. Los niños obtienen 33%-35% de sus calorías de grasa y 12%-13% de grasas saturadas (por encima de los niveles recomendados de 30% y 10%, respectivamente). Solo 16% de los niños de 6 a 11 años cumplen con la recomendación de ingesta total de grasas; solo 9% de los niños cumplen con la recomendación de ingesta de grasas saturadas. [590]

Los niños pequeños dependen de los padres, cuidadores y otros para proporcionar entornos que fomenten y den forma a hábitos saludables. Los programas de cuidado y educación temprana tienen la responsabilidad de promover el crecimiento y el desarrollo, poner a disposición alimentos saludables y proporcionar espacios seguros para el juego activo. El personal puede ayudar a niños y familias fomentando y modelando la alimentación saludable y la actividad física en el centro y brindando sugerencias para pasos pequeños y saludables en el hogar. [591]

5-2-1-0 Mensaje

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los pediatras asesoren a los padres y pacientes en cada revisión de niños sanos sobre las metas de dieta y estilo de vida como parte de las iniciativas de prevención de la obesidad (Hassink, 2010). Estas recomendaciones, inicialmente presentadas por el programa de prevención de obesidad de Maine Youth Overweight Collaborative "¡Vamos! 5-2-1-0", han sido promovidos a nivel local y nacional para consumo amplio (Rogers y Motyka, 2009). [592]

5-2-1-0 recomendaciones

Figura 13.1 — Las recomendaciones 5-2-1-0 [593]

casa, o, hogar, vector, icono	Involucrar a las familias en 5-2-1-0 Comparte las recomendaciones con las familias con estos consejos. **5** Frutas y Verduras al Día • Ve por el arco iris. Cada mes, elige un color del arcoíris e intenta comer una nueva fruta o verdura de ese color (verde, morado, naranja, amarillo, rojo). Es una gran manera para que los más pequeños aprendan colores mientras todos coméis de forma saludable. • Siempre que sea posible, deje que su hijo ayude a que las frutas y verduras estén listas para servir. A lo mejor pueda lavar una manzana o mezclar la ensalada. Su pequeño chef puede tener más probabilidades de probar los alimentos que ayuda a preparar. • ¿Alguna vez has sentido que las frutas y verduras frescas son demasiado caras? Intenta usar las congeladas para algunas comidas cada semana. **2** horas o menos de tiempo frente a la pantalla al día • Una excelente manera de reducir el tiempo en pantalla es hacer una regla de “no televisión (o computadora) mientras se come”. • Si tus hijos están viendo televisión, mira con ellos. Usa descansos comerciales para un descanso de actividad: hula hoop, baile o crea una nueva y loca forma de hacer saltos. • Si necesita un descanso y quiere dejar que su hijo vea la televisión, establezca un temporizador por 30 minutos. Puedes hacer mucho y sabrás cuánto tiempo vieron. • La televisión en la habitación de su hijo puede parecer una comodidad, pero ver la televisión cerca de la hora de acostarse puede afectar la capacidad de su hijo para dormir. **1** hora de juego activo o actividad física al día • Una hora de juego activo puede parecer mucho pero no tienes que hacerlo todo a la vez. Intenta estar activo durante 10 a 15 minutos varias veces al día. • ¿Cuáles eran tus juegos activos favoritos cuando eras niño? Puede que te parezcan de la vieja escuela pero serán nuevos para tu hijo. Prueba uno hoy mismo. • Lluvia o mal tiempo ¿te has quedado atascado en la casa? No dejes que esto impida a ti y a tu hijo estar activos juntos. Prueba una de estas divertidas actividades: • Tener un desfile bajo techo. • Establezca una búsqueda del tesoro en su interior. • Comienza tus propios Juegos Olímpicos bajo techo: ¿quién puede saltar sobre un pie más largo o hacer más abdominales? **0** Bebidas azucaradas al día • Sirva la leche con las comidas y ofrezca agua a la hora de la merienda • Deje que su hijo elija su taza favorita de “niño grande” para usar como agua. • ¿Crees que el agua corriente es demasiado aburrida? Intente agregar una rebanada de fruta (como naranja) para darle sabor natural. • Evite comprar jugo, si no está en la casa, nadie puede beberlo. • Si todavía estás tratando de reducir las bebidas azucaradas a cero, ¡sigue con el gran trabajo! Los niños pequeños nunca deben tomar refrescos o bebidas deportivas pero si eliges dar jugo, recuerda: • asegúrese de que la etiqueta diga 100 por ciento de jugo de frutas. • limitar la cantidad a una taza pequeña al día (4-6 onzas si la mide). [594]

Actividad Física

Los buenos hábitos de actividad comienzan temprano en la vida de los niños. Ya en la infancia, los adultos pueden ayudar a los

niños a desarrollar hábitos de juego saludables para toda la vida. Los niños aprenden de los adultos, deben modelar estar activos y participar con los niños cuando sea posible.

Los infantes deben pasar mucho tiempo en el piso (y sin equipo que limite la movilidad). Esta vez les permite alcanzar, y patear para que puedan alcanzar hitos importantes como gatear y sentarse.

Incluso los niños pequeños muy activos necesitan entornos que apoyen el movimiento y la actividad y oportunidades intencionales para estar físicamente activos. Cosas como bailar, saltar y dar paseos son excelentes maneras de mantenerlos en movimiento. [595]

La infancia y la adolescencia son períodos críticos para desarrollar habilidades de movimiento, aprender hábitos saludables y establecer una base firme para la salud y el bienestar de por vida. La actividad física regular en niños y adolescentes promueve la salud y el estado físico. En comparación con los que están inactivos, los jóvenes físicamente activos tienen mayores niveles de aptitud cardiorrespiratoria y músculos más fuertes. También suelen tener menos grasa corporal y huesos más fuertes. La actividad física también tiene beneficios para la salud cerebral para los niños en edad escolar, incluyendo una mejor cognición y reducción de los síntomas de depresión. La evidencia indica que tanto los episodios agudos como la actividad física regular moderada a vigorosa mejoran las funciones cognitivas de la memoria, la función ejecutiva, la velocidad de procesamiento, la atención y el rendimiento académico de estos niños.

Los jóvenes que están regularmente activos también tienen más posibilidades de una edad adulta saludable. Los niños y adolescentes no suelen desarrollar enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes tipo 2 u osteoporosis. Sin embargo, la evidencia actual muestra que la obesidad y otros factores de riesgo para estas enfermedades, como la insulina elevada, los lípidos sanguíneos y la presión arterial, aparecen cada vez más en niños y adolescentes. El entrenamiento físico en jóvenes con sobrepeso u obesidad puede mejorar la composición corporal al reducir los niveles generales de grasa corporal así como grasa abdominal. La actividad física regular también hace que sea menos probable que estos factores de riesgo se desarrollen y más probabilidades de que los niños se mantengan saludables cuando lleguen a ser adultos.

dos niñas jugando futbol

Figura 13.2 — La actividad física regular protege la salud de los niños. [596]

Se debe alentar a los niños en edad preescolar (de 3 a 5 años) a moverse y participar en el juego activo, así como en actividades estructuradas, como lanzar juegos y montar en bicicleta o triciclo. Para fortalecer los huesos, los niños pequeños deben realizar actividades que involucren saltar, saltar y voltear. Aunque la cantidad específica de actividad necesaria para mejorar la salud ósea y evitar el exceso de grasa en niños pequeños no está bien definida, un objetivo razonable puede ser de 3 horas diarias de actividad de todas las intensidades: ligera, moderada o vigorosa. Esta es la cantidad promedio de actividad observada entre niños de esta edad y es consistente con pautas de Canadá, Reino Unido y la Commonwealth de Australia.

Los jóvenes en edad escolar (de 6 a 17 años) pueden lograr beneficios sustanciales para la salud realizando actividad física moderada y vigorosa durante períodos de tiempo que suman 60 minutos o más cada día. Esta actividad debe incluir actividad aeróbica así como actividades de fortalecimiento muscular y óseo apropiadas para la edad. Parece que, al igual que en los adultos, la cantidad total de actividad física es más importante para lograr beneficios para la salud que cualquier componente (frecuencia, intensidad o duración) o mezcla específica de actividades (aeróbicas, fortalecimiento muscular, fortalecimiento óseo).

Los niños y adolescentes deben cumplir con los lineamientos clave realizando actividades que sean adecuadas a su edad. Sus patrones naturales de movimiento difieren de los de los adultos. Por ejemplo, los niños son naturalmente activos de manera intermitente, particularmente cuando hacen juego activo no estructurado. Durante el recreo y en sus juegos y juegos gratuitos, los niños utilizan actividades aeróbicas básicas y de fortalecimiento óseo, como correr, saltar, saltar y saltar, para desarrollar patrones de movimiento y habilidades. Alternan periodos breves de actividad de intensidad moderada y vigorosa con periodos de actividad física o descanso con intensidad lumínica. Cualquier episodio de actividad física de intensidad moderada o vigorosa, por breve que sea, cuenta para las pautas clave para niños y adolescentes de 6 a 17 años. Para niños en edad preescolar, la actividad de cualquier intensidad cuenta, incluida la intensidad de la luz. [597]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Cuáles fueron algunas de tus actividades físicas favoritas cuando eras niño? ¿Por qué los disfrutó? ¿Están incluidos en la Tabla 13.1?

Cuadro 13.1 — Ejemplos de Actividades Físicas para Niños [598]

Tipo de Actividad Física	Niños en edad preescolar	Niños en edad escolar
Aeróbico de intensidad moderada	• Juegos como etiquetar o seguir al líder • Jugando en un patio de recreo • Triciclo o bicicleta • Caminar, correr, saltar, saltar, bailar • Natación • Jugar juegos que requieren atrapar, lanzar y patear • Gimnasia o volteo	• Caminar a paso enérgico • Montar en bicicleta • Recreación activa, como senderismo, andar en scooter sin motor, nadar • Jugar juegos que requieren atrapar y lanzar, como béisbol y softbol
Intensidad vigorosa aeróbica	• Juegos como etiquetar o seguir al líder • Jugando en un patio de recreo • Triciclo o bicicleta • Caminar, correr, saltar, saltar, bailar • Natación • Jugar juegos que requieren atrapar, lanzar y patear • Gimnasia o volteo	• Correr • Montar en bicicleta • Juegos activos que implican correr y perseguir, como fútbol de etiqueta o bandera • Cuerda para saltar • Esquí de fondo • Deportes como futbol, basquetbol, natación, tenis • Artes marciales • Baile vigoroso
Fortalecimiento Muscular	• Juegos como tira y tira y vuelta • Escalada en equipo de juegos infantiles • Gimnasia	• Juegos como tira y tira y vuelta • Ejercicios de resistencia usando peso corporal o bandas de resistencia • Cuerda o escalada de árboles • Escalada en equipo de juegos infantiles • Algunas formas de yoga
Fortalecimiento Óseo	• Saltar, saltar, saltar • Cuerda para saltar • Correr • Gimnasia	• Saltar, saltar, saltar • Cuerda para saltar • Correr • Deportes que implican saltar o cambiar rápidamente de dirección

maestros y niños recibiendo triciclos y pelotas de cobertizo

Figura 13.3 — Hay muchas formas de apoyar la actividad física de los niños. [599]

Una estrategia práctica para promover la actividad en los niños es reemplazar el comportamiento sedentario con actividad

siempre que sea posible. Por ejemplo, cuando sea apropiado y seguro, las familias deben caminar o andar en bicicleta a la escuela o a la parada de autobús en lugar de andar en automóvil. En lugar de solo ver eventos deportivos en la televisión, los niños deben participar en deportes o juegos apropiados para su edad.

- Los niños que no cumplan con las pautas clave deben aumentar lentamente su actividad física moderada a vigorosa en pequeños pasos y en formas que disfruten. Un incremento gradual en el número de días y el tiempo dedicado a estar activo ayudará a reducir el riesgo de lesiones.
- Los niños que cumplan con las pautas clave deben continuar realizando actividad física moderada a vigorosa todos los días y, en su caso, volverse aún más activos. La evidencia sugiere que incluso más de 60 minutos de actividad diaria pueden proporcionar beneficios adicionales de salud para los jóvenes en edad escolar.
- Los niños que superen los lineamientos clave deben mantener su nivel de actividad y variar los tipos de actividades que realizan para reducir el riesgo de sobreentrenamiento o lesiones.

Los niños con discapacidad tienen más probabilidades de estar inactivos que aquellos sin discapacidad. Las familias de niños con discapacidad deben trabajar con un profesional de la salud o especialista en actividad física para comprender los tipos y cantidades de actividad física apropiados para ellos. Cuando sea posible, los niños con discapacidad deben cumplir con los lineamientos clave. Cuando no puedan participar en los tipos o cantidades adecuadas de actividades físicas necesarias para cumplir con los lineamientos clave, deben ser lo más activos posible y evitar estar inactivos.

casa, o, hogar, vector, icono	Involucrar a familias en la actividad física de sus hijos Comparte las recomendaciones con las familias con estos consejos. ¡Los niños menores de 6 años necesitan estar activos de forma natural! • Apunta a mantenerlos en movimiento 3 horas al día, y más es mejor • Limitar el tiempo cuando solo están sentados (como el tiempo frente a la pantalla) Los niños y adolescentes de 6 a 17 años necesitan al menos 60 minutos todos los días. La mayor parte puede ser actividad aeróbica de intensidad moderada. Cualquier cosa que haga que su corazón lata más rápido cuenta. Al menos tres días a la semana, anime a sus hijos a intensificarla hacia una actividad aeróbica de intensidad vigorosa. Use la “prueba de conversación” para averiguar si la actividad es moderada o vigorosa. Cuando estés activo, intenta hablar: • Si estás respirando fuerte pero aún puedes tener una conversación fácilmente, es una actividad de intensidad moderada. • Si solo puedes decir unas palabras antes de tener que respirar, es una actividad de intensidad vigorosa Como parte de sus 60 minutos diarios, los niños y adolescentes también necesitan: • Actividad de fortalecimiento muscular Al menos 3 días a la semana; cualquier cosa que haga que sus músculos trabajen más duro cuenta, como escalar o balancearse en las barras de mono. • Actividad de fortalecimiento óseo Al menos 3 días a la semana; los huesos necesitan presión para fortalecerse. Correr, saltar y otras actividades que soportan peso cuentan. Algunas ideas: • Fomentar el juego activo con amigos • Involúcralos en tareas activas • Inscribirlos para deportes o clases gratuitas o de bajo costo • Dé paseos • Baila mientras se cocina la cena • Muéstrales tus formas favoritas de moverte. Sobre todo, ¡ayúdalos a encontrar actividades que realmente les gusta hacer! Ayúdalos a ponerse activos ahora y construirán hábitos saludables para la vida. Comparte la herramienta Move Your Way para que los niños estén más activos en https://health.gov/MoveYourWay/Get-Kids-Active/ [600]

Educación Nutricional

Los hábitos alimenticios de por vida se configuran durante los primeros años de un niño. Los maestros de niños pequeños tienen una oportunidad especial de ayudar a los niños a establecer una relación saludable con la comida y sentar las bases para hábitos alimenticios sólidos. La educación y las actividades nutricionales ayudan a poner a los niños en el camino hacia un estilo de vida saludable. Proporcionar comidas y refrigerios nutricionalmente equilibrados e integrar la educación nutricional y hábitos alimenticios saludables en el hogar y la primera infancia.

La educación nutricional de los niños en edad preescolar fomenta la conciencia de los niños sobre los diferentes tipos de alimentos y promueve la exploración e investigación de las elecciones alimentarias. Los hábitos de por vida con los alimentos se desarrollan durante la primera infancia. A través de la educación nutricional en preescolar, los maestros animan a los niños a incluir una amplia variedad de alimentos que proporcionen los nutrientes adecuados en su dieta diaria.

A través del conocimiento, los niños toman conciencia de diferentes alimentos y gustos, algunos de los cuales son familiares y

otros nuevos. A medida que exploran diversos alimentos y preparaciones alimenticias, desarrollan gustos y disgustos y comienzan a tomar decisiones basadas en la preferencia. Tanto las opciones de nutrición como la autorregulación de comer, es decir, comer cuando tiene hambre, masticar bien los alimentos, comer despacio y detenerse cuando está lleno, implican habilidades para tomar decisiones.

A medida que los niños comienzan a comprender los conceptos de identificación y categorización de alimentos, los maestros pueden describir cómo los alimentos específicos ayudan a nuestro cuerpo. Es posible que los niños comprendan mejor el beneficio general de los alimentos en términos de ayudarles a crecer, darles energía para correr y jugar y ayudarlos a fortalecerse. A medida que los niños comienzan a comprender las partes internas del cuerpo, los maestros pueden iniciar la discusión sobre beneficios alimentarios más específicos.

Los niños necesitan entender que diversos alimentos ayudan al cuerpo de diferentes maneras y que algunos niños tienen alergias alimentarias específicas.

Para las personas con alergias, ciertos alimentos son potencialmente dañinos para ellos. Los maestros deben fomentar la degustación y el consumo de una variedad de alimentos para obtener los nutrientes adecuados para su crecimiento y desarrollo. “Variedad” puede significar alimentos de diferente color, forma, textura y sabor.

A medida que los niños adquieren una comprensión de los diferentes alimentos, pueden comenzar a categorizar los alimentos de otras maneras, como por grupos de alimentos (por ejemplo, pan, frutas, carne) o la guía de alimentos MyPlate del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) para niños pequeños. MyPlate refleja las pautas dietéticas del 2010 y reemplaza la MyPyramid para niños en edad preescolar. Todos los alimentos están bien, pero algunos alimentos ayudan al cuerpo más que otros; por lo tanto, las personas pueden comer algunos alimentos con más frecuencia que otros. Los modelos alimentarios, combinados con ayudas visuales como la pirámide alimentaria49 y la integración del tema con las actividades diarias de nutrición (por ejemplo, la hora de la comida, la hora de la merienda, las actividades de cocina), pueden ayudar a los niños a comenzar a comprender que algunos alimentos se comen con más frecuencia que otros.

Aquí hay algunas cosas que los maestros pueden hacer para ayudar a educar a los niños sobre la nutrición:

- Introducir muchos alimentos diferentes.
- Reconocer y acomodar las diferencias en los hábitos alimenticios y las elecciones alimentarias.
- Brindar oportunidades y estímulo en la exploración de alimentos.
- Integrar la nutrición con otras áreas de aprendizaje a través de actividades culinarias.
- Mostrar a los niños dónde se producen los alimentos.
- Establezca áreas especiales para representar entornos relacionados con la nutrición, como tiendas de abarrotes, restaurantes, mercados al aire libre, cooperativas de alimentos y picnics.
- Integrar la educación nutricional con la educación básica de higiene.
- Modelar y entrenar el comportamiento de los niños comiendo del mismo menú y fomentando conversaciones durante las comidas.
- Anime a los niños a compartir información sobre las comidas familiares.
- Sirva comidas y refrigerios estilo familiar.
- Fomentar la degustación y la toma de decisiones.
- Brindar opciones para los niños.
- Ofrezca una variedad de alimentos nutritivos y apetitosos en pequeñas porciones.
- Anime a los niños a masticar bien sus alimentos y comer despacio.
- Enseñar a los niños a reconocer signos de hambre.
- Discutir cómo el cuerpo usa los alimentos.

Los niños aprenden sobre la alimentación y desarrollan preferencias alimentarias a través de sus experiencias directas con la comida (es decir, manejando, preparando, comiendo) y observando los comportamientos alimenticios de adultos y compañeros. El objetivo en preescolar es que los niños aprendan a comer una variedad de alimentos nutritivos y comiencen a reconocer la necesidad física del cuerpo de alimentos (es decir, hambre y plenitud).

maestro y cinco niños alrededor de la mesa a la hora de comer

Figura 13.4 — Servir comidas al estilo familiar apoya la autorregulación de los niños. [601]

A través de modelos, exposiciones repetidas y diversas a los alimentos, y experiencias sociales, los niños comienzan a desarrollar comportamientos alimenticios que pueden prevalecer a lo largo de la vida. [602]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Reflexiona sobre cómo apoyarás la educación nutricional de los niños. ¿Qué será lo más natural/más fácil para ti desde esta sección? ¿En qué podrías tener que ser más intencional (lo que podría ser más desafiante o menos natural)?

Comprender la desnutrición

Cuando los niños no reciben una nutrición adecuada afecta su salud física y bienestar. Para muchos, la palabra “desnutrición” produce una imagen de un niño en un país del tercer mundo con una barriga hinchada, y brazos y piernas flacos. Sin embargo, esta imagen por sí sola no es una representación precisa del estado de desnutrición. Por ejemplo, alguien que tiene 150 libras de sobrepeso también puede estar desnutrido.

La desnutrición se refiere a uno que no recibe una nutrición adecuada y no distingue entre las consecuencias de demasiados nutrientes o la falta de nutrientes, los cuales perjudican la salud general. La desnutrición se caracteriza por la falta de nutrientes y el suministro insuficiente de energía, mientras que la sobrenutrición se caracteriza por una ingesta excesiva de nutrientes y energía. La sobrenutrición puede resultar en obesidad, una creciente amenaza para la salud mundial. [603]

Y si la causa de la sobrenutrición es una dieta que presenta alimentos que no son densos en nutrientes, un niño podría experimentar tanto sobrenutrición (demasiadas calorías) como desnutrición (micronutrientes inadecuados).

Desnutrición

Aunque no es tan prevalente en América como en los países en desarrollo, la desnutrición no es infrecuente y afecta a muchas subpoblaciones, entre ellas las personas mayores, las personas con ciertas enfermedades y las que se encuentran en la pobreza. [604] La desnutrición suele deberse a que no hay suficientes alimentos de alta calidad disponibles para comer. Esto suele estar relacionado con los altos precios de los alimentos y la pobreza. Existen dos tipos principales de desnutrición: la desnutrición proteína-energética y las deficiencias dietéticas. La desnutrición proteína-energética tiene dos formas graves: marasmo (falta de proteínas y calorías) y kwashiorkor (falta de solo proteína). Las carencias comunes de micronutrientes incluyen la falta de hierro, yodo y vitamina A.

La desnutrición abarca el retraso en el crecimiento (retraso del crecimiento), la emaciación y las deficiencias de vitaminas y minerales esenciales (denominados colectivamente micronutrientes). [605] Incluso la desnutrición moderada puede tener efectos duraderos en el desarrollo cognitivo de los niños. Cuando los niños tienen hambre o desnutrición, tienen dificultades para resistir infecciones y por lo tanto tienen más probabilidades que otros niños de enfermarse y faltar a la escuela. Son irritables y tienen dificultad para concentrarse, lo que puede interferir con el aprendizaje; y tienen poca energía, lo que puede limitar su actividad física. Algunos informes han estimado que millones de niños en Estados Unidos experimentan hambre en el transcurso de un año pero actualmente no existe un consenso científico sobre cómo definir o medir el hambre. [606] El término hambre, que describe una sensación de incomodidad por no comer, se ha utilizado para describir la desnutrición, especialmente en referencia a la inseguridad alimentaria. [607]

Inseguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria se define como la interrupción de la ingesta de alimentos o los patrones de alimentación por falta de dinero y otros recursos. En 2014, 17.4 millones de hogares estadounidenses sufrieron inseguridad alimentaria en algún momento del año. La inseguridad alimentaria no necesariamente causa hambre, pero el hambre es un posible resultado de la inseguridad alimentaria.

familias con niños pequeños recibiendo comida en el banco de alimentos

Figura 13.5 —Recursos como los bancos de alimentos, pueden ayudar a las familias que experimentan inseguridad alimentaria. [608]

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) divide la inseguridad alimentaria en las siguientes 2 categorías:

- **Baja seguridad alimentaria**: “Informes de calidad reducida, variedad o deseabilidad de la dieta. Poco o ningún indicio de reducción de la ingesta de alimentos”.
- **Muy baja seguridad alimentaria**: “Informes de múltiples indicios de alteración de los patrones de alimentación y reducción de la ingesta de alimentos”.

La inseguridad alimentaria puede ser a largo plazo o temporal. Puede estar influenciado por una serie de factores que incluyen ingresos, empleo, raza/etnia y discapacidad. El riesgo de inseguridad alimentaria aumenta cuando el dinero para comprar alimentos es limitado o no está disponible. En 2016, 31.6% de los hogares de bajos ingresos tenían inseguridad alimentaria, frente al promedio nacional de 12.3%. Los niños con padres desempleados tienen tasas de inseguridad alimentaria más altas que los niños con padres empleados. Existen disparidades raciales y étnicas relacionadas con la inseguridad alimentaria. En 2016, los hogares negros no hispanos tenían casi 2 veces más probabilidades de padecer inseguridad alimentaria que el promedio nacional (22.5% versus 12.3%, respectivamente). Entre los hogares hispanos, la prevalencia de inseguridad alimentaria fue de 18.5% respecto al promedio nacional (12.3%).

Las condiciones vecinales pueden afectar el acceso físico a los alimentos. Por ejemplo, las personas que viven en algunas áreas urbanas, áreas rurales y vecindarios de bajos ingresos pueden tener acceso limitado a supermercados de servicio completo o tiendas de abarrotes. Los vecindarios predominantemente negros e hispanos tienen menos supermercados de servicio completo que los vecindarios predominantemente blancos y no hispanos. Las comunidades que carecen de alimentos asequibles y nutritivos se conocen comúnmente como “desiertos alimentarios”. Las tiendas de conveniencia y las pequeñas tiendas independientes son más comunes en los desiertos alimentarios que en los supermercados de servicio completo o tiendas de abarrotes Estas tiendas pueden tener precios de alimentos más altos, alimentos de menor calidad y menos variedad de alimentos que los supermercados o las tiendas de abarrotes. El acceso a alimentos saludables también se ve afectado por la falta de transporte y las largas distancias entre residencias y supermercados o tiendas de abarrotes. [609]

Sobrenutrición

La sobrenutrición es una forma de desnutrición (nutrición desequilibrada) derivada de la ingesta excesiva de nutrientes, lo que lleva a una acumulación de grasa corporal que perjudica la salud (*es decir*, sobrepeso/obesidad). [610] La sobrenutrición es una epidemia en los Estados Unidos y se sabe que es un factor de riesgo para muchas enfermedades, incluida la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, trastornos inflamatorios (como la artritis reumatoide) y el cáncer. [611]

Sobrepeso y obesidad en la infancia

Obesidad significa tener demasiada grasa corporal. Es diferente a tener sobrepeso, lo que significa pesar demasiado. Ambos términos significan que el peso de una persona es mayor que lo que se considera saludable para su estatura. Los niños crecen a diferentes ritmos, por lo que no siempre es fácil saber cuándo un niño tiene obesidad o tiene sobrepeso. [612] La obesidad se define como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior al percentil 95 de las tablas de crecimiento del IMC por edad específicas por sexo de los CDC (Ver Apéndice O). [613]

En Estados Unidos, el porcentaje de niños y adolescentes afectados por la obesidad se ha más que triplicado desde la década de 1970. [614] La prevalencia de obesidad fue de 13.9% en niños de 2 a 5 años, 18.4% entre 6 y 11 años. La obesidad infantil también es más común entre ciertas poblaciones.

- Los hispanos (25.8%) y los negros no hispanos (22.0%) tuvieron mayor prevalencia de obesidad que los blancos no hispanos (14.1%).
- Los asiáticos no hispanos (11.0%) tuvieron menor prevalencia de obesidad que los negros no hispanos y los hispanos. [615]

Muchos factores contribuyen a la obesidad infantil, entre ellos:

- Genética.
- Metabolismo: cómo su cuerpo transforma los alimentos y el oxígeno en energía que puede usar.
- Comportamientos alimenticios y de actividad física.
- Diseño y seguridad comunitaria y vecinal.
- Duración corta del sueño.
- Acontecimientos negativos infantiles.

Los factores genéticos no se pueden cambiar. Sin embargo, las personas y los lugares pueden desempeñar un papel en ayudar a los niños a lograr y mantener un peso saludable. Los cambios en los entornos donde los niños pasan su tiempo, como hogares, programas de cuidado y educación temprana, escuelas y entornos comunitarios, pueden facilitar que los niños accedan a alimentos nutritivos y sean físicamente activos. Los programas de cuidado y educación temprana y las escuelas pueden adoptar políticas y prácticas que ayuden a los jóvenes a comer más frutas y verduras, comer menos alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares agregados o grasas sólidas, y aumentar los minutos diarios de actividad física. [616]

Preocupaciones nutricionales durante la infancia

Para mantener bien a los niños, también es importante estar al tanto de las preocupaciones nutricionales comunes durante la infancia. Dos de esas preocupaciones son las alergias e intolerancias alimentarias y la anemia ferropénica.

Alergias alimentarias e intolerancia alimentaria

Las alergias alimentarias impactan entre cuatro y seis por ciento de los niños pequeños en Estados Unidos. Los alérgenos alimentarios comunes incluyen cacahuetes, huevos, mariscos, trigo y leche de vaca. [617] Estudios recientes muestran que tres millones de niños menores de dieciocho años son alérgicos a al menos un tipo de alimento.

Una alergia ocurre cuando una proteína en los alimentos desencadena una respuesta inmune, lo que resulta en la liberación de anticuerpos, histamina y otros defensores que atacan cuerpos extraños. Los posibles síntomas incluyen picazón en la piel, urticaria, dolor abdominal, vómitos, diarrea y náuseas. Los síntomas generalmente se desarrollan entre minutos y horas después de consumir un alérgeno alimentario. Los niños pueden superar una alergia alimentaria, especialmente las alergias al trigo, la leche, los huevos o la soja.

Figura 13.6 — La urticaria puede ser un signo de una reacción alérgica [618]

La anafilaxia es una reacción potencialmente mortal que resulta en dificultad para respirar, hinchazón en la boca y la garganta, disminución de la presión arterial, shock o incluso la muerte. La leche, los huevos, el trigo, la soja, el pescado, los mariscos, los cacahuetes y los frutos secos son los que tienen más probabilidades de desencadenar este tipo de respuesta. Una dosis del medicamento epinefrina a menudo se administra a través de una “pluma” para tratar a una persona que entra en shock anafiláctico.

Algunos niños experimentan una intolerancia alimentaria, que no implica una respuesta inmune. La intolerancia alimentaria está marcada por síntomas desagradables que ocurren después de consumir ciertos alimentos. La intolerancia a la lactosa, aunque rara en niños muy pequeños, es un ejemplo. Los niños que padecen este padecimiento experimentan una reacción adversa a la lactosa en los productos lácteos. Es resultado de la incapacidad del intestino delgado para producir suficiente de la enzima lactasa, que es producida por el intestino delgado. Los síntomas de intolerancia a la lactosa suelen afectar el tracto gastrointestinal y pueden incluir hinchazón, dolor abdominal, gases, náuseas y diarrea. Una intolerancia se maneja mejor haciendo cambios en la dieta y evitando cualquier alimento que desencadene la reacción. [619]

Cuidando a niños con alergias alimentarias

El personal que trabaja en escuelas y programas de atención y educación temprana (ECE) debe elaborar planes sobre cómo responderán de manera efectiva a los niños con alergias alimentarias. Si bien el número de niños con alergias alimentarias en cualquier escuela o programa de ECE puede parecer pequeño, las reacciones alérgicas pueden poner en peligro la vida y tener efectos de largo alcance en los niños y sus familias, así como en las escuelas o programas de ECE a los que asisten. Cualquier niño con alergia alimentaria merece atención y la escuela o el programa ECE deben crear un plan para prevenir una reacción alérgica y responder a una emergencia de alergia alimentaria.

Los estudios muestran que 16% — 18% de los niños con alergias alimentarias han reaccionado al comer accidentalmente alérgenos alimentarios mientras estaban en la escuela. Además, 25% de las reacciones graves y potencialmente mortales (anafilaxia) reportadas en las escuelas ocurrieron en niños sin diagnóstico previo de alergia alimentaria. El personal de la escuela y del programa ECE debe estar listo para atender las necesidades de los niños con alergias alimentarias conocidas. También deben estar preparados para responder de manera efectiva a las necesidades de emergencia de niños que no se sabe que tienen alergias alimentarias pero que presentan signos y síntomas alérgicos.

Los síntomas de las reacciones alérgicas a los alimentos varían tanto en tipo como en gravedad entre individuos e incluso en un individuo a lo largo del tiempo. Los síntomas asociados con una reacción alérgica a los alimentos incluyen los siguientes:

- Síntomas de la Membrana Mucosa: ojos llorosos rojos o labios, lengua u ojos hinchados.
- Síntomas de la piel: picazón, enrojecimiento, sarpullido o urticaria.
- Síntomas Gastrointestinales: náuseas, dolor, calambres, vómitos, diarrea o reflujo ácido.
- Síntomas respiratorios superiores: congestión nasal, estornudos, voz ronca, dificultad para tragar, tos seca con staccato o entumecimiento alrededor de la boca.
- Síntomas Respiratorios Inferiores: tos profunda, sibilancias, dificultad para respirar o dificultad para respirar, o opresión en el pecho.
- Síntomas Cardiovasculares: color de piel pálido o azul, pulso débil, mareos o desmayos, confusión o shock, hipotensión (disminución de la presión arterial), o pérdida del conocimiento.
- Síntomas mentales o emocionales: una sensación de “fatalidad inminente”, irritabilidad, cambio en el estado de alerta, cambio de humor o confusión.

Los niños a veces no presentan síntomas evidentes y visibles después de ingerir un alérgeno, lo que dificulta el diagnóstico precoz. Los signos y síntomas pueden hacerse evidentes a los pocos minutos o hasta 1—2 horas después de la ingestión del alérgeno, y raramente, varias horas después de la ingestión.

Los niños pueden comunicar sus síntomas de las siguientes maneras:

- Se siente como si algo me estuviera metiendo la lengua.
- Mi lengua (o boca) tiene hormigueo (o ardor).
- Me pica la lengua (o la boca).
- Mi lengua se siente como si hubiera pelo en ella.
- Mi boca se siente graciosa.
- Hay una rana en mi garganta; hay algo metido en mi garganta.
- Mi lengua se siente llena (o pesada).
- Mis labios se sienten apretados.
- Se siente como si hubiera bichos ahí (para describir las orejas que pican).
- (mi garganta) se siente gruesa.
- Se siente como un bulto en la parte posterior de mi lengua (garganta).

Es posible que algunos niños no puedan comunicar sus síntomas claramente debido a su edad o problemas de desarrollo.

Impacto emocional en niños con alergias alimentarias y sus familias

La salud de un niño con alergia alimentaria puede verse comprometida en cualquier momento por una reacción alérgica a los alimentos que es grave o potencialmente mortal. Muchos estudios han demostrado que las alergias alimentarias tienen un efecto significativo en el bienestar psicosocial de los niños con alergias alimentarias y sus familias.

Las familias de un niño con alergia alimentaria pueden tener miedo constante ante la posibilidad de una reacción potencialmente mortal y estrés por la vigilancia constante necesaria para prevenir una reacción. También tienen que confiar en su hijo al cuidado de los demás, asegurarse de que su hijo esté seguro fuera del hogar y ayudar a que su hijo tenga un sentido normal de identidad.

Los niños con alergias alimentarias también pueden tener miedo y estrés constantes sobre la posibilidad de una reacción potencialmente mortal. El miedo a ingerir un alérgeno alimentario sin saberlo puede llevar a estrategias de afrontamiento que limiten las actividades sociales y otras actividades cotidianas. Los niños pueden llevar cargas emocionales porque no son aceptados por otras personas, están socialmente aislados, o creen que son una carga para los demás. También pueden tener ansiedad y angustia que es causada por burlas, burlas, acoso o intimidación por parte de compañeros, maestros u otros adultos. El personal escolar y del programa ECE debe considerar estos factores a medida que desarrollan planes para manejar el riesgo de alergia alimentaria en niños con alergias alimentarias.

Manejo de Alergias Alimentarias en Programas de Atención y Educación Temprana

El personal de la escuela y del programa ECE debe desarrollar una estrategia integral para manejar el riesgo de reacciones alérgicas alimentarias en niños. Esta estrategia debe incluir (1) un enfoque coordinado, (2) un liderazgo fuerte y (3) un plan específico e integral para el manejo de las alergias alimentarias.

1. Utilizar un enfoque coordinado que se base en alianzas efectivas. El manejo de cualquier condición crónica de salud debe basarse en una asociación entre el personal de la escuela o del programa de ECE, los niños y sus familias, y el alergólogo de la familia u otro médico.

La administración efectiva requiere asociación entre el personal, el niño y los médicos

Figura 13.6 — El manejo efectivo de las alergias alimentarias requiere de asociaciones. [620]

2. El conocimiento colectivo y la experiencia de un médico licenciado, niños con alergias alimentarias y sus familias pueden guiar el manejo más efectivo de las alergias alimentarias en escuelas o programas de ECE para cada niño. Las relaciones laborales cercanas pueden ayudar a aliviar la ansiedad entre los padres, generar confianza y mejorar el conocimiento y la habilidad de los miembros del personal de la escuela o del programa ECE.
3. Brindar un liderazgo claro para guiar la planeación y asegurar la implementación de planes y prácticas de manejo de alergias alimentarias. Este puede ser el administrador o la persona que coordina los servicios de salud para niños (consultor de salud, enfermera escolar, etc.)
4. Desarrollar e implementar un plan integral para el manejo de las alergias alimentarias. Para manejar eficazmente las alergias alimentarias y los riesgos asociados a estos padecimientos, muchas personas dentro y fuera de la escuela o programa ECE deben reunirse para desarrollar un plan integral, denominado Plan de Manejo y Prevención de Alergias Alimentarias (FAMPP). Consulte el Apéndice P para ver una lista de verificación que los programas pueden usar para evaluar su respuesta a las emergencias de alergia alimentaria.

La FAMPP debe abordar las siguientes cinco prioridades:

1) Asegurar el manejo diario de las alergias alimentarias para niños individuales. a) Identificar a los niños con alergias alimentarias. b) Desarrollar un plan para manejar y reducir el riesgo de reacciones alérgicas a los alimentos en niños individuales, generalmente llamado Plan de Atención de Urgencias para Alergia Alimentaria (ECP). El ECP debe ser escrito por el médico del niño y confirmado con los padres. Debe incluir: i) Una foto reciente del niño. ii) Información sobre el alérgeno alimentario, incluyendo un diagnóstico escrito confirmado por parte del médico o alergista del niño. iii) Información sobre los signos y síntomas de las posibles reacciones del niño a alérgenos conocidos. iv) Información sobre la posible gravedad de las reacciones, incluyendo cualquier antecedente de anafilaxia previa (aunque la anafilaxia puede ocurrir incluso en niños sin antecedentes de anafilaxia previa). v) Un plan de tratamiento para responder a una reacción alérgica o emergencia alimentaria, incluyendo si se debe usar un autoinyector de epinefrina. vi) Información sobre otras afecciones, como el asma o la anafilaxia inducida por el ejercicio que puedan afectar el manejo de las alergias alimentarias. vii) Datos de contacto de padres y médicos, incluyendo números de teléfono alternos para notificación en caso de emergencia 2) Prepárese para emergencias de alergia alimentaria. a) Configurar sistemas de comunicación fáciles de usar (intercomunicadores, walkie-talkies, celulares, etc.) b) Asegúrese de que el personal pueda llegar a los autoinyectores de epinefrina rápida y fácilmente c) Asegúrese de que la epinefrina se use cuando sea necesario y alguien se ponga en contacto inmediatamente con los servicios médicos de emergencia d) Identificar el papel de cada personal miembro en una emergencia e) Prepararse para las reacciones alérgicas alimentarias en niños sin antecedentes previos de alergias alimentarias. f) Documentar la respuesta a una emergencia de alergia alimentaria 3) Proporcionar desarrollo profesional en alergias alimentarias a los miembros del personal. a) Proporcionar capacitación general sobre alergias alimentarias para todo el personal. b) Brindar capacitación en profundidad al personal que tenga contacto frecuente con niños con alergias alimentarias. c) Brindar capacitación especializada al personal que se encargue de manejar diariamente la salud de los niños con alergias alimentarias. 4) Educar a los niños y familiares sobre las alergias alimentarias. a) Enseñar a todos los niños sobre las alergias alimentarias b) Enseñar a todos los padres y familias sobre las alergias alimentarias. 5) Crear y mantener un ambiente educativo saludable y seguro. a) Crear un ambiente lo más seguro posible de la exposición a alérgenos alimentarios. b) Desarrollar políticas y procedimientos de manejo de alimentos para evitar que los alérgenos alimentarios contacten involuntariamente con otros alimentos. c) Dar a conocer a los grupos externos las políticas y reglas de alergia alimentaria cuando utilicen las instalaciones escolares o del programa ECE antes o después del horario de atención. d) Crear un clima psicosocial positivo (uno que evite el acoso, las burlas y el acoso).

Los programas de atención y educación temprana son responsables de la salud e inocuidad de los niños con alergias alimentarias. A través de los esfuerzos colectivos de los miembros del personal de la escuela y del programa ECE, padres y proveedores de atención médica, los niños con alergias alimentarias pueden tener la seguridad de un lugar seguro para prosperar, aprender y tener éxito. [621]

G:\OER\ ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Intolerancia al gluten y enfermedad celíaca Una intolerancia particular a tener en cuenta que puede afectar a los niños en los programas de cuidado y educación temprana es la intolerancia al gluten. El gluten es una proteína que se encuentra en el trigo, el centeno y la cebada. Se encuentra principalmente en los alimentos pero también puede estar en otros productos como medicamentos, vitaminas y suplementos. Las personas con sensibilidad al gluten tienen problemas con el gluten. Es diferente a la enfermedad celíaca (ver abajo), una enfermedad inmune en la que las personas no pueden comer gluten porque dañará su intestino delgado. Algunos de los síntomas de sensibilidad al gluten son similares a la enfermedad celíaca. Incluyen cansancio y dolores de estómago. También puede causar otros síntomas, como calambres musculares y entumecimiento en las piernas. Pero no daña el intestino delgado como la enfermedad celíaca. Los investigadores aún están aprendiendo más sobre la sensibilidad al gluten. [622] Una preocupación más grave en torno al gluten que tiene más reconocimiento en el campo médico es la enfermedad celíaca. Enfermedad celíaca La enfermedad celíaca es una enfermedad inmune en la que las personas no pueden comer gluten porque dañará su intestino delgado. Si tienen enfermedad celíaca y comen alimentos con gluten, el sistema inmunológico responde dañando el intestino delgado. El gluten es una proteína que se encuentra en el trigo, el centeno y la cebada. También puede estar en otros productos como vitaminas y suplementos, productos para el cabello y la piel, pasta de dientes y bálsamo labial. La enfermedad celíaca afecta a cada persona de manera diferente. Los síntomas pueden ocurrir en el sistema digestivo, u otras partes del cuerpo. Una persona puede tener diarrea y dolor abdominal, mientras que otra puede estar irritable o deprimida. La irritabilidad es uno de los síntomas más comunes en los niños. Algunas personas no presentan síntomas. La enfermedad celíaca es genética. Se pueden usar análisis de sangre y biopsias de tejidos para diagnosticar la enfermedad celíaca. [623] “A muchos niños se les diagnostica con ello cuando tienen entre 6 meses y 2 años, que es cuando la mayoría de los niños prueban por primera vez el gluten en los alimentos”. [624] El tratamiento es una dieta libre de gluten, la cual es esencial para evitar daños en el intestino delgado. [625] Por lo que es fundamental que su comida no contenga y no esté contaminada con gluten. Debido a que el gluten se encuentra en muchos alimentos, leer las etiquetas nutricionales será vital. También se requiere preparar alimentos lejos de alimentos que contengan gluten para evitar la contaminación cruzada. Las versiones sin gluten de alimentos y recetas sin gluten ayudarán al personal de atención y educación temprana (y a las familias) a proteger el bienestar nutricional y la salud de los niños con enfermedad celíaca.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Cuáles son las cinco cosas que piensa que todo adulto que cuida a los niños debe saber sobre las alergias e intolerancias alimentarias?

Anemia por deficiencia de hierro

La anemia ferropénica es la causa más común de anemia en Estados Unidos. [626] Este padecimiento ocurre cuando un cuerpo privado de hierro no puede producir suficiente hemoglobina, una proteína en los glóbulos rojos que transporta oxígeno por todo el cuerpo. El suministro inadecuado de hemoglobina para nuevas células sanguíneas resulta en anemia. La anemia por deficiencia de hierro causa una serie de problemas que incluyen debilidad, piel pálida, dificultad para respirar e irritabilidad. También puede resultar en problemas intelectuales, de comportamiento o motores.

En bebés y niños pequeños, la anemia por deficiencia de hierro puede ocurrir a medida que los niños pequeños son destetados

de alimentos ricos en hierro, como la leche materna y la fórmula fortificada con hierro. Comienzan a comer alimentos sólidos que tal vez no proporcionen suficiente de este nutriente. Como resultado, sus reservas de hierro disminuyen en un momento en que este nutriente es crítico para el crecimiento y desarrollo del cerebro.

Hay medidas que los padres y cuidadores pueden tomar para prevenir la anemia por deficiencia de hierro, como agregar más alimentos ricos en hierro a la dieta de un niño, incluyendo carnes magras, pescado, aves de corral, huevos, legumbres y panes integrales enriquecidos con hierro y cereales [627] y alimentos ricos en vitamina C, que ayudan al cuerpo absorber el hierro de manera eficiente. [628] Aunque la leche es crítica para el calcio formador de hueso que aporta, la ingesta no debe exceder la cantidad diaria recomendada (RDA) para evitar desplazar alimentos ricos en hierro. [629]

Resumen

Los programas de cuidado y educación temprana pueden crear entornos que protejan la nutrición y el bienestar físico de los niños al seguir las pautas dietéticas y proporcionar alimentos nutritivos que atraigan a los niños y mantenerlos activos. Es importante comprender las formas de desnutrición que pueden afectar a familias y niños y comprender y planificar las preocupaciones nutricionales que puedan afectar a los niños, como las alergias e intolerancias alimentarias y la anemia ferropénica.

icono de la computadora portátil

Recursos para una mayor exploración

- ¡Podemos! : https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/wecan/
- Centro de Recursos de Datos para la Salud del Niño y Adolescente, Boletas de calificaciones estatales de obesidad infantil (2007): https://www.childhealthdata.org/brow...s/obesity-2007
- Datos, tendencias y mapas de los CDC sobre sobrepeso y obesidad: https://www.cdc.gov/obesity/data/databases.html
- Creciendo Saludable - Una Guía para Gerentes de Salud y Familias sobre Vida Activa Saludable para Niños Pequeños: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/... -flipchart.pdf
- Fundación para la Enfermedad Celiaca: https://celiac.org/
- Enfermedad de Celia en Niños GI: https://gikids.org/celiac-disease/
- Centro Nacional de Información sobre Enfermedades Digestivas: https://www.niddk.nih.gov/health-inf...stive-diseases
- Centro Nacional de Recursos para la Salud y Seguridad en el Cuidado Infantil y Educación Temprana — Peso Saludable: https://nrckids.org/HealthyWeight
- Políticas de Prevención de la Obesidad en la Primera Infancia del Instituto de Medicina: http://www.nationalacademies.org/hmd...mendations.pdf
- Prevención de la Obesidad Infantil en Programas de Atención y Educación Temprana: https://nrckids.org/CFOC/Childhood_Obesity
- Investigación sobre alimentación saludable de la Fundación Robert Wood Johnson: http://healthyeatingresearch.org/
- Vida Saludable desde healthchildren.org: https://www.healthychildren.org/engl...s/default.aspx
- Pautas de Actividad Física para Americanos: https://health.gov/sites/default/fil...nd_edition.pdf
- Muévete a tu manera: https://health.gov/MoveYourWay/Get-Kids-Active/
- Peso saludable de los CDC: https://www.cdc.gov/healthyweight/calories/index.html
- Datos sobre la actividad física de las escuelas de salud de los CDC: https://www.cdc.gov/healthyschools/p...vity/facts.htm
- Alergia a los alimentos por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos: https://medlineplus.gov/foodallergy.html
- Estrategias de Head Start para Apoyar y Fomentar una Vida Activa Saludable Curso: eclkc.ohs.acf.hhs.gov/physic... -curso de vida
- Niños Saludables, Futuros Saludables: https://healthykidshealthyfuture.org/
- Alimentación saludable para un estilo de vida activo: https://www.hhs.gov/sites/default/fi...m_tipsheet.pdf
- La inseguridad alimentaria de HealthyPeople.gov: https://www.healthypeople.gov/2020/t...ood-insecurity
- Definiciones de Seguridad Alimentaria del USDA: https://www.ers.usda.gov/topics/food... -security.aspx

This page titled 2: Proteger la buena nutrición y el bienestar físico is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 13: Protecting Good Nutrition and Physical Wellness by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

3: Proporcionar una buena nutrición

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Describir los cambios en las necesidades nutricionales a medida que los niños maduran (envejecen).
- Abogar por el apoyo a las madres lactantes.
- Relacionar prácticas de alimentación con biberón.
- Discutir la transición a alimentos sólidos y autoalimentación.
- Resumir los desafíos de alimentación para niños pequeños.
- Explicar formas efectivas de responder a los quisquillosos.
- Esbozar la importancia de las políticas y prácticas de nutrición inclusiva.
- Identificar cómo apoyar a los niños con necesidades nutricionales y de alimentación únicas.

icono de gavel

Reglamento de Licencias

Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen:

101227 COMIDA SERVICIO

- La selección de alimentos, la preparación de almacenamiento y el servicio serán seguros y saludables y de la calidad y cantidad necesarias para satisfacer las necesidades de los niños.
- Los servicios de comidas son optativos.
- Entre comidas, los refrigerios deben estar disponibles para todos los niños. Los refrigerios incluirán porciones de dos o más de los cuatro grupos principales de alimentos.

101527 COMIDA SERVICIO

- Además de la Sección 101227, los programas antes y después de clases ofrecerán refrigerios nutritivos a los niños.

101427 SERVICIO DE COMIDA INFANTIL

- Además del 101227, se aplicará lo siguiente:

- Cada lactante deberá tener un plan de alimentación individual completado antes del primer día del infante en el centro. Este plan deberá ser desarrollado por el director, representante del infante y/o médico.
- El plan incluirá: instrucciones para la dieta especial del lactante, horario de alimentación, leche materna o fórmula, horario de introducción a alimentos sólidos/nuevos, consistencia alimentaria, gustos y disgustos, alergias, horario para la introducción de tazas y utensilios.
- Este plan se actualizará tantas veces como sea necesario.
- Los infantes alimentados con biberón deberán ser alimentados por lo menos cada cuatro horas.
- Los centros de atención infantil deberán disponer de alimentos adecuados para los infantes.
- El centro proporcionará únicamente fórmulas preparadas comercialmente que se almacenen y preparen de acuerdo con la etiqueta.
- El representante del lactante puede proporcionar fórmula o leche materna/materna. Dicha fórmula o leche deberá ser embotellada antes de ser aceptada por el centro.
- Las botellas deberán estar etiquetadas.
- El centro puede calentar fórmula o leche materna/materna.
- Centro debe mantener un suministro de pezones. Los biberones/pezones no se pueden compartir entre bebés a menos que estén esterilizados.
- Los infantes que no puedan sostener un biberón serán retenidos por el personal para su alimentación con biber
- Los biberones no pueden ser apuntalados; los infantes no deberán llevar biberón mientras estén ambulatorios; un biberón que se le dé a un lactante capaz de sostener el suyo será irrompible
- Se utilizarán tronas o equipo de asiento apropiado para los bebés durante la alimentación. Los infantes que no puedan sentarse sin asistencia serán retenidos por el personal para su alimentación.
- Los biberones, platos y recipientes para alimentos traídos del hogar del infante deberán estar etiquetados con el nombre del infante y la fecha actual.
- La fórmula parcialmente consumida en botella se desechará al final de cada día.
- Los alimentos se desecharán si no se consumen dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en la etiqueta del envase.
- El centro de atención infantil no servirá miel.
- Los alimentos para bebés preparados comercialmente en frascos se transferirán a un plato antes de ser alimentados al lactante. Cualquier alimento sobrante en el platillo al final de una comida será desechado.
- La madre podrá hacer arreglos con centro de privacidad para amamantar a infante.
- Se esterilizarán biberones y tetinas en el centro.
- Los infantes no deben ser bañados y los pañales o la ropa no deben enjuagarse en el área de preparación de alimentos.

Introducción

Para proporcionar a todos los niños la nutrición adecuada, es importante comprender cómo cambian las necesidades nutricionales y las prácticas de alimentación a medida que los niños maduran. Los niños con necesidades especiales pueden tener diferentes necesidades nutricionales y de alimentación. Al trabajar con familias y proveedores médicos, los programas pueden garantizar que satisfagan las necesidades de todos y cada uno de los niños. Los programas de cuidado y educación temprana también pueden apoyar y empoderar a las familias para que brinden la mejor nutrición a sus hijos.

Alimentación de Bebés

Los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes por kilogramo son mayores durante la infancia que en cualquier otra etapa del ciclo de vida humano. Consulte las necesidades calóricas promedio de los infantes en el Cuadro 14.1. La tasa metabólica en reposo de un bebé es dos veces mayor que la de un adulto. Estas necesidades se ven afectadas por la rápida división celular que se produce durante el crecimiento, que requiere energía y proteína, junto con los nutrientes que intervienen en la síntesis del ADN. [630]

Cuadro 14.1 — Necesidades Calóricas Promedio de los Bebés [631]

Sexo/Edad	Calorías
Niños (0-6 meses)	472-645 calorías
Niñas (0-6 meses)	438-593 calorías
Niños (6-12 meses)	645-844 calorías
Niñas (6-12 meses)	593-768 calorías
Niños (1-2 años)	844-1,050 calorías
Niñas (1-2 años)	768-997 calorías

Durante este periodo, los niños dependen completamente de sus padres y otros cuidadores para satisfacer estas necesidades. Para casi todos los bebés de seis meses o menos, la leche materna es la mejor fuente para cumplir con los requisitos nutricionales. Un lactante puede requerir alimentarse de ocho a doce veces al día o más al principio. Después de seis meses, los infantes pueden comenzar gradualmente a consumir alimentos sólidos para ayudar a satisfacer las necesidades de nutrientes.

La frecuencia con la que un bebé quiere comer también cambiará con el tiempo debido a los brotes de crecimiento, que suelen ocurrir aproximadamente a las dos semanas y seis semanas de edad, y nuevamente a aproximadamente los tres meses y seis meses de edad. [632]

Lactancia

Las recomendaciones dietéticas para lactantes se basan en el contenido nutricional de la leche materna humana. Los carbohidratos constituyen alrededor del 45 al 65 por ciento del contenido calórico en la leche materna. La proteína constituye alrededor del 5 al 20 por ciento del contenido calórico de la leche materna. Alrededor del 30 al 40 por ciento del contenido

calórico en la leche materna está compuesto por grasa. Una dieta con alto contenido de grasas insaturadas es necesaria para fomentar el desarrollo de vías neuronales en el cerebro y otras partes del cuerpo.

Casi todos los nutrientes que requieren los bebés se pueden satisfacer si consumen una cantidad adecuada de leche materna. Sin embargo, hay algunas excepciones. La leche humana es baja en vitamina D, la cual es necesaria para la absorción de calcio y la construcción ósea, entre otras cosas. La leche materna también es baja en vitamina K, que es necesaria para la coagulación de la sangre, y los déficits podrían conducir a sangrado o enfermedad hemorrágica. Los bebés nacen con vitamina K limitada, por lo que puede ser necesaria la suplementación inicialmente y algunos estados requieren una inyección de vitamina K después del nacimiento. Además, la leche materna no es alta en hierro, pero el hierro en la leche materna es bien absorbido por los bebés. Después de cuatro a seis meses, sin embargo, un lactante necesita una fuente adicional de hierro que no sea la leche materna. Por lo tanto, los niños amamantados a menudo necesitan tomar un suplemento de vitamina D en forma de gotas. [633]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Apoyo a la lactancia materna en la atención y educación temprana Los programas de cuidado y educación temprana juegan un papel importante en el apoyo a la lactancia materna Todos los miembros del personal, a pesar de su comodidad o experiencia con la lactancia materna, juegan un papel importante en la promoción de la lactancia materna. Tienen la oportunidad de compartir los datos sobre la lactancia materna con las familias, y ayudarles a decidir qué es lo mejor para ellos y sus bebés. [634] Puedes apoyar a las madres que amamantan cuando: • Hablar sobre por qué la lactancia materna es tan buena para su bebé. • Diles que quieres cuidar a los bebés amamantados y apoyar a las madres lactantes. • Comparte otros lugares de la comunidad a los que puedan acudir en busca de ayuda con la lactancia materna. • Compartir y discutir recursos sobre la lactancia materna. • Trate de cronometrar las alimentaciones según el horario de la madre (asegurándose de responder a las necesidades y señales del bebé). • Ofrezca un lugar para amamantar que sea cómodo, tranquilo y privado. • Comunicar sobre el día de su infante. [635]

Centro de Desarrollo Infantil Nellis II

Figura 14.1 — Este centro de cuidado infantil brinda a las madres un espacio para amamantar. [636]

Alimentación con Leche Materna en Programas de Atención y Educación Temprana

Las madres pueden optar por que sus bebés amamantados sean alimentados de una de varias maneras cuando el bebé está en el cuidado infantil, incluyendo:

1. madre usa sus descansos para acudir al sitio de cuidado infantil en las horas de la alimentación para amamantar a su bebé;
2. proveedor de cuidado infantil le da al lactante la leche materna que la madre haya expresado en un día anterior.

Siga el método de alimentación que elija la madre. Los consejos de alimentación como el uso de fórmula infantil deben provenir del médico o clínica del lactante.

La leche materna extraída debe almacenarse y manejarse de manera segura para evitar que se eche a perder. Recuérdele a las madres que etiqueten, fechen y enfrien o refrigeren su leche materna justo después de que la expresen Pide a las madres que traigan la leche en botellas de plástico duro.

Pida a las madres que traigan suficiente leche materna para alimentar al bebé todos los días. Asegúrese de que cada biberón u otro recipiente de leche materna esté etiquetado con el nombre del bebé y la fecha en que se extrajo la leche. Los biberones deben tener justamente la cantidad que tanto tú como la madre piensen que el infante tomará en cada alimentación. Esta cantidad será de aproximadamente 2 a 4 onzas de leche materna para el bebé más joven. A medida que el bebé crece, la madre puede poner más leche materna en cada biberón. Mantenga la leche materna en el refrigerador o congelador hasta que esté lista

para usar. La leche materna que no esté congelada, debe desecharse si no se come dentro de las 72 horas.

Descongele la leche materna congelada haciendo pasar el recipiente bajo agua fría. No deje que la leche materna se descongele a temperatura ambiente. No descongele la leche materna calentándola en la estufa o en el microondas. [637] Consulte a continuación las instrucciones sobre cómo alimentar con biberón a un bebé.

Si bien la leche materna es ideal para casi todos los bebés, no todas las madres podrán amamantar y algunas madres no deben amamantar (incluidas las mujeres con VIH, que están siendo tratadas por cáncer, o que están tomando medicamentos que no son seguros durante la lactancia).

Alimentación con Fórmula

La fórmula infantil proporciona un equilibrio de nutrientes. Sin embargo, no todas las fórmulas son iguales y hay consideraciones importantes que los padres y cuidadores deben sopesar. Las fórmulas estándar utilizan leche de vaca como base. Tienen 20 calorías por onza líquida, similares a la leche materna, con vitaminas y minerales agregados. Las fórmulas a base de soya generalmente se administran a bebés que desarrollan diarrea, estreñimiento, vómitos, cólicos o dolor abdominal, o a bebés con alergia a las proteínas de la leche de vaca. Las fórmulas hipoalergénicas de hidrolizado de proteínas generalmente se administran a bebés que son alérgicos a la leche de vaca y a la proteína de soja. Este tipo de fórmula utiliza proteína hidrolizada, lo que significa que la proteína se descompone en aminoácidos y pequeños péptidos, lo que facilita su digestión.

La fórmula infantil viene en tres tipos básicos:

1. Polvo que requiere mezclar con agua. Este es el tipo de fórmula menos costosa.
2. Concentrados, que son líquidos que deben diluirse con agua. Este tipo es un poco más caro.
3. Líquidos listos para usar que se pueden verter directamente en botellas. Este es el tipo de fórmula más cara. Sin embargo, requiere la menor cantidad de preparación. Las fórmulas listas para usar también son convenientes para viajar.

La mayoría de los bebés necesitan aproximadamente 2.5 onzas de fórmula por libra de peso corporal cada día. Por lo tanto, el lactante promedio debe consumir aproximadamente 24 onzas líquidas de leche materna o fórmula al día. Al preparar la fórmula, los cuidadores deben seguir cuidadosamente las pautas de seguridad, ya que un lactante tiene un sistema inmunológico inmaduro. Todos los equipos utilizados en la preparación de fórmulas deben ser esterilizados. Preparado, la fórmula no utilizada debe refrigerarse para evitar el crecimiento bacteriano. Los cuidadores deben asegurarse de no usar agua contaminada para mezclar fórmulas con el fin de prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos. Siga las instrucciones para la fórmula en polvo y concentrada cuidadosamente: la fórmula que está demasiado diluida no proporcionaría calorías y proteínas adecuadas, mientras que la fórmula demasiado concentrada proporciona demasiada proteína y muy poca agua que puede afectar la función renal. [638]

Alimentación con fórmula en programas de cuidado y educación infantil temprana

Los programas de atención y educación temprana brindan fórmulas preparadas comercialmente a los infantes, bajo la dirección de la familia. Los biberones de fórmula deben venir preparados en biberones etiquetados con el nombre del bebé y la fecha. La fórmula mixta no utilizada no debe almacenarse por más de 24 horas.

Alimentación con biberón (leche materna extraída y fórmula)

Siempre lávese las manos antes de manipular biberones o alimentar al bebé. Use solo biberones, pezones y vasos limpios. Para los bebés que no se arrastran, los biberones y los pezones deben esterilizarse. Si necesitas reutilizarlos, esteriliza hirviendo en agua durante 5 minutos o lavándolos en lavavajillas.

Caliente la leche materna y la fórmula colocando el biberón en una sartén con agua tibia o manteniéndolo bajo el agua corriente tibia durante unos minutos. No caliente la leche materna ni la fórmula en la estufa o en el microondas. El calentamiento por microondas provoca puntos calientes en la leche que pueden quemar la boca y la garganta del bebé. Estos puntos calientes pueden permanecer aunque sacudas la botella. Y el calentamiento también destruye la mayoría de las sustancias naturales en la leche materna.

Verifique las etiquetas de los biberones antes de alimentarlo para asegurarse de que el bebé esté recibiendo la leche materna o la fórmula correcta. Siempre sostenga al bebé cuando se alimenta con biberón. Pruebe diferentes posiciones para bebés que no

quieran tomar sus biberones. Algunos bebés son más felices si los alimentas en la posición habitual de cuna. Otros prefieren una posición diferente. No apunte un biberón para alimentar a un bebé ni ponlo en una cuna con un biberón. El apoyo del biberón podría causar que el bebé se ahogue, caries dental e infecciones del oído.

bebé siendo alimentado con biberón mirando hacia arriba hacia adulto

Figura 14.2 — No solo es más seguro sostener a un bebé durante la alimentación con biberón, sino que también es un momento importante para que el cuidador y el bebé se conecten y construyan su relación. [639]

Eructar colocando al bebé alto sobre su hombro o sobre su rodilla. También puede inclinar al bebé hacia adelante en una posición sentada apoyada por sus manos. Dale palmaditas o frota la espalda del bebé. Esto ejerce una presión suave sobre el abdomen para empujar el aire extra del estómago. [640]

La leche materna no consumida o la fórmula deben desecharse después de una alimentación, ya que las bacterias de la boca del bebé pueden haber entrado en el biberón.

Cuándo alimentar

En los primeros meses, los infantes necesitarán ser alimentados “bajo demanda”, lo que significa que pueden alimentarse siempre que tengan hambre o muestren señales de hambre. Las señales de hambre son únicas para cada bebé. Un bebé podría:

- Tener un grito de hambre específico
- Enraizar o buscar comida a su alrededor
- Chupar la mano o los dedos
- Vuélvete irritable o inquieto
- Repetir un comportamiento único para demostrar hambre

Cuando los adultos responden a las señales de hambre de un bebé, el bebé también puede decir cuánta comida quiere y cuándo está lleno. Esta práctica de alimentación apoya hábitos alimenticios saludables, crecimiento y desarrollo más adelante en la vida. [641]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Algunas familias ponen a los infantes en un horario que dicta cuándo comen (e incluso duermen)? ¿Esto es compatible con la alimentación bajo demanda como se describió anteriormente? ¿Cómo se podría discutir esto con una familia?

Presentamos Alimentos Sólidos

Los infantes deben ser amamantados o alimentados con fórmula exclusivamente durante los primeros seis meses de vida según la OMS. (La Academia Americana de Pediatría recomienda leche materna o fórmula de biberón exclusivamente durante al menos los primeros cuatro meses, pero idealmente durante seis meses). Los bebés no deben consumir alimentos sólidos antes de los seis meses porque los sólidos no contienen la mezcla de nutrientes adecuada que los bebés necesitan. Además, comer sólidos puede significar beber menos leche materna o fórmula de biberón. Si eso ocurre, es posible que un lactante no consuma las cantidades adecuadas de diversos nutrientes. Si los padres tratan de alimentar a un bebé que es demasiado joven o no está listo, su lengua expulsará la comida, lo que se llama reflejo de extrusión. Después de seis meses, los reflejos de succión-deglución no son tan fuertes, y los bebés pueden levantar la cabeza y moverlas, lo que hace que comer alimentos sólidos sea más factible. [642]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Saber cuándo un bebé está listo para alimentos sólidos Aquí hay varias formas en las que puede saber que un bebé está listo para comer alimentos sólidos: • El peso al nacer del lactante se ha duplicado. • El bebé puede controlar sus movimientos de cabeza y cuello. • El bebé puede sentarse con algo de apoyo. • El infante puede mostrarte que está lleno volteando la cabeza o no abriendo la boca. • El infante comienza a mostrar interés por la comida cuando otros están comiendo.

Los alimentos sólidos para bebés se pueden comprar comercialmente o preparar a partir de alimentos regulares usando un procesador de alimentos, licuadora, molino de alimentos o molinillo. [643] Los alimentos para bebés se pueden servir a temperatura ambiente. Si se calienta, se debe agitar para que se distribuya uniformemente. [644]

Porte la cantidad de comida que pretendes servir al bebé (cualquier alimento no consumido deberá desecharse después de una alimentación y usar pequeñas cantidades en una cuchara del tamaño de un bebé. Al comenzar los alimentos sólidos, el tiempo es importante. Para mantener las horas de comida positivas, elige un momento en el que el bebé esté feliz y cuando tengas la paciencia y el tiempo para concentrarte. Ofrezca de 1 a 2 cucharaditas después de una alimentación con leche materna o fórmula. Esto puede aumentar con el tiempo a 2 a 3 cucharadas.

Es normal que los infantes rechacen nuevos alimentos. En ocasiones puede tomar de 10 a 12 veces ofrecer un alimento antes de que un bebé lo acepte. Los infantes saben cuándo han tenido suficiente y pueden apartar la cabeza. No los obligues a seguir comiendo. [645]

A medida que las familias y cuidadores introducen sólidos, deben alimentar al niño solo con un alimento nuevo a la vez, para ayudar a identificar respuestas alérgicas o intolerancias alimentarias. También se recomienda un suplemento de hierro en este momento. [646]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Alimentos a Evitar para Bebés • Nunca le des miel a los infantes. Puede contener bacterias que pueden causar botulismo, una enfermedad poco frecuente, pero grave. • No le dé leche de vaca a los bebés hasta que cumplan 1 año de edad. Antes de los 1 años, tienen dificultades para digerir la leche de vaca. • Evite los alimentos con sal o azúcar añadidos. • No le dé clara de huevo a los bebés hasta después de que sean 1 (las yemas de huevo 3-4 por semana están bien) [647]

Aprendiendo a Autoalimentarse

Con la introducción de los alimentos sólidos, los niños pequeños comienzan a aprender a manejar los alimentos y a alimentarse ellos mismos. A los seis a siete meses, los infantes pueden usar toda su mano para recoger artículos (esto se conoce como el asimiento palmero). Pueden levantar artículos más grandes, pero es difícil recoger trozos más pequeños de comida. A los ocho meses, un niño podría usar una pinza, que usa los dedos para recoger objetos. [648]

Sirva la comida suave y machacada. Corta los alimentos en trozos pequeños (cubos de no más de 1/4 de pulgada) o en rodajas finas que tu bebé pueda masticar y tragar fácilmente. Evite los alimentos de alto riesgo de asfixia, como los alimentos pequeños y resbaladizos; los alimentos secos que son difíciles de masticar o pegajosos; y los alimentos duros. [649]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Alimentos para los Dedos Aquí hay algunas buenas opciones de comida para niños que se alimentan por sí mismos: • Verduras cocidas suaves • Frutas lavadas y peladas • Galletas Graham • Tostada Melba • Fideos • Verduras cocidas suaves • Frutas lavadas y peladas • Galletas Graham • Tostada Melba • Fideos Aquí hay alimentos a *evitar* ya que son un peligro de asfixia: • Trozos o rebanadas de manzana • Uvas • Bayas • Pasas • Cereales secos en escamas • Perritos calientes • Embutidos • Manteca de maní • Palomitas • Nueces • Semillas • Caramelos redondos • Verduras crudas [650]

Para minimizar la asfixia, asegúrese de que los bebés estén sentados mientras comen. Si usa una trona, asegúrese de usar las correas de seguridad. [651]

niño, tenencia, cuchara, y, alcanzar, para, rebanadas,

Figura 14.3 —A este lactante mayor se le ha servido comida en un plato irrompible con un pequeño utensilio. [652]

Después de la edad de un año, los niños poco a poco comienzan a usar utensilios para manejar sus alimentos. Los platos y tazas irrompibles son esenciales, ya que los niños muy pequeños pueden jugar con ellos o tirarlos cuando se aburren con su comida. [653]

Apoyo a la nutrición infantil

La nutrición durante el primer año de vida es realmente importante. Si bien los bebés que son amamantados durante al menos 6 meses tienen más probabilidades de tener un peso saludable a medida que crecen, las madres suelen informar que amamantar es más difícil de lo que pensaban. Y las madres pueden tener más probabilidades de dejar de amamantar si se sienten sin apoyo y no tienen a dónde acudir en busca de ayuda. Y las familias que optan por no amamantar o no pueden amamantar tienen preguntas y necesitan apoyo para alimentar a sus bebés de una manera sana y segura, también. Los bebés deben estar listos para comenzar a comer sólidos simples alrededor de los 6 meses. Los bebés que comienzan a comer alimentos sólidos demasiado pronto tienen más probabilidades de tener problemas de peso cuando son niños y adultos. [654]

Los programas de cuidado y educación temprana pueden apoyar la nutrición infantil con las siguientes prácticas:

- Todos los alimentos traídos de casa deben estar etiquetados con el nombre y fecha del niño.

- Parte del plan de atención que las familias comparten con su programa y que se actualiza periódicamente, deben ser instrucciones para la alimentación. Las familias deben determinar cómo y qué se alimenta a su bebé (siempre y cuando cumpla con la licencia).
- Apoye a los padres con materiales para proporcionar una nutrición óptima para su bebé (como los consejos que se acaban de enumerar).
- Apoyar a las madres que están amamantando. Para las madres que puedan acudir a la enfermería, brinden un espacio propicio para ello. Asegúrese de que la leche materna que se lleva al programa esté debidamente etiquetada, almacenada y preparada.
- Para los bebés alimentados con fórmula, asegúrese de que la fórmula se prepare de acuerdo con la etiqueta (o las instrucciones del médico).
- Mantenga a todos los bebés durante la alimentación con biberón. Esto no solo los mantiene seguros, sino que también es valioso tiempo uno a uno (las rutinas de cuidado son el corazón del plan de estudios para bebés y niños pequeños).
- Sigue las señales del infante que estás alimentando (cuando esté hambriento y lleno).
- Cuando alimente alimentos para bebés en puré, use una cuchara pequeña y asegúrese de transferir la comida de un frasco a un plato y tirar cualquier alimento que no se coma.
- Tener asientos adecuados disponibles para bebés que comienzan a alimentarse por sí mismos (sillas altas, asientos elevados o sillas pequeñas cerradas en una mesa baja)
- Proveer platillos irrompibles para servir alimentos a bebés que se autoalimentan.

casa, o, hogar, vector, icono	Involucrar a las familias en el apoyo a la nutrición Aquí hay consejos que puedes compartir con las familias • Si amamantar es más difícil de lo que pensabas sería ¡no estás solo! • Mucha gente dice que la lactancia materna simplemente viene “naturalmente” pero para muchas mamás, no lo hace. • Volver al trabajo y querer volver a una rutina familiar normal puede hacer que sea difícil seguir con la lactancia materna. El uso de un extractor de leche puede ayudar a asegurar que su bebé siga recibiendo la mejor nutrición. • Si necesitas apoyo o ayuda en cualquier momento mientras estás amamantando llama al 1-800-994-9662 (la Línea Nacional de Lactancia Materna) para recibir apoyo gratuito para la lactancia materna. • No use almohadas u otros objetos para sostener un biberón para su bebé. Esto le dificulta escupir el biberón cuando haya terminado; puede hacer que siga comiendo después de que esté llena. • Asegúrate de quitarte el biberón si tu bebé se duerme. Si dejas que el bebé mantenga el biberón en la boca cuando está durmiendo, la fórmula puede permanecer en su boca y puede dañar sus dientes o hacer que se ahogue. • Quédese con SOLO leche materna o fórmula para alimentar a su bebé hasta que tenga 6 meses de edad. A menos que tu médico te diga algo diferente, agregar cereal al biberón de un bebé agrega calorías adicionales a su dieta que no necesita. [655] • Los bebés suelen estar listos para comer alimentos sólidos aproximadamente a los 6 meses de edad. • Si introduce un alimento nuevo a la vez, podrá identificar cualquier alimento que cause alergias en su bebé. [656] • Comience la alimentación sólida con cereal para bebés fortificado con hierro mezclado con leche materna o fórmula. Mézclalo con suficiente leche para que la textura sea muy fina. Comienza ofreciendo el cereal 2 veces al día, en tan solo unas cucharadas. • Puedes hacer que la mezcla sea más espesa a medida que tu bebé aprenda a controlarla en su boca. • También puedes introducir puré de carnes, frutas y verduras ricas en hierro. Prueba guisantes verdes, zanahorias, batatas, calabazas, puré de manzanas, peras, plátanos y duraznos. • Algunos dietistas recomiendan introducir algunas verduras antes que las frutas. La dulzura de la fruta puede hacer que algunas verduras sean menos atractivas. • La cantidad que come su hijo variará entre 2 cucharadas (30 gramos) y 2 tazas (480 gramos) de frutas y verduras por día. La cantidad que come tu hijo depende de su tamaño y de lo bien que coma frutas y verduras. [657]

Alimentar a los niños pequeños

Los mayores cambios fisiológicos continúan en los años pequeños. A diferencia de en la infancia, las extremidades crecen mucho más rápido que el tronco, lo que le da al cuerpo una apariencia más proporcionada. Su crecimiento físico y desarrollo motor son lentos en comparación con los avances que lograron como infantes. Los años pequeños plantean desafíos interesantes para los padres u otros cuidadores, ya que los niños aprenden a comer solos y comienzan a desarrollar preferencias personales. Sin embargo, con una dieta y orientación adecuadas, los niños pequeños pueden seguir creciendo y desarrollándose a un ritmo saludable.

Figura 14.4 — La ingesta calórica dependerá del nivel de actividad de un niño pequeño. [658]

Los requerimientos energéticos para las edades de dos a tres años son de aproximadamente 1,000 a 1,400 calorías al día. En general, un niño pequeño necesita consumir alrededor de 40 calorías por cada centímetro de estatura. Por ejemplo, un niño pequeño que mida 32 pulgadas debe tomar en promedio 1,300 calorías al día. Sin embargo, la ingesta calórica recomendada varía según el nivel de actividad de cada niño. Los niños pequeños requieren refrigerios y comidas pequeñas, frecuentes y nutritivas para satisfacer las necesidades energéticas. La cantidad de alimentos que un niño pequeño necesita de cada grupo de alimentos depende de las necesidades diarias de calorías.

Del cuarenta y cinco al 65% de su ingesta calórica diaria debe provenir de carbohidratos. Las proteínas deben constituir de 5 a 20% de sus calorías diarias. Y la grasa debe constituir entre el 30 y el 40% de su ingesta diaria. Los ácidos grasos esenciales son vitales para el desarrollo de los ojos, junto con los nervios y otros tipos de tejido. Sin embargo, los niños pequeños no deben consumir alimentos con altas cantidades de grasas trans y grasas saturadas.

A medida que un niño crece, aumenta la demanda de micronutrientes. Estas necesidades de vitaminas y minerales se pueden satisfacer con una dieta balanceada, con algunas excepciones. Según la Academia Americana de Pediatría, los niños pequeños y niños de todas las edades necesitan 600 unidades internacionales de vitamina D por día. La leche y los cereales fortificados con vitamina D pueden ayudar a satisfacer esta necesidad. Sin embargo, los niños pequeños que no obtengan suficiente de este micronutriente deben recibir un suplemento. Los pediatras también pueden recetar un suplemento de flúor para los niños pequeños que viven en áreas con agua pobre en flúor. La deficiencia de hierro también es una preocupación importante para los niños de entre dos y tres años de edad. [659]

Autoalimentación

A medida que los niños crecen, disfrutan cuidarse a sí mismos, lo que incluye la autoalimentación. Durante esta fase, es importante ofrecer a los niños alimentos que puedan manejar por su cuenta y que les ayuden a evitar asfixia y otros peligros. Los ejemplos incluyen frutas frescas que han sido cortadas en trozos, secciones de naranja o pomelo, guisantes o papas que se han triturado por seguridad, una taza de yogur y pan integral o bagels cortados en trozos. Incluso con una cuidadosa preparación y capacitación, el proceso de aprendizaje puede ser desordenado. Como resultado, los padres y otros cuidadores pueden ayudar a los niños a aprender a alimentarse a sí mismos al proporcionar lo siguiente:

- utensilios pequeños que se ajustan a la mano de un niño pequeño
- tazas pequeñas que no se vuelcan fácilmente
- platos con bordes para evitar que los alimentos se caigan
- pequeñas porciones en un plato
- tronas, asientos elevados o sillas pequeñas cerradas para llegar a una mesa baja [660]

Figura 14.5 — Preparar a los niños pequeños para el éxito en la autoalimentación. [661]

Desafíos de alimentación en los años del niño

Durante los años pequeños, los padres pueden enfrentar una serie de problemas relacionados con la alimentación y la nutrición. Los posibles obstáculos incluyen dificultad para ayudar a un niño pequeño a superar el miedo a nuevos alimentos, o pelear por hábitos desordenados en la mesa de la cena. Incluso ante problemas y enfrentamientos, los padres y otros cuidadores deben asegurarse de que su niño en edad preescolar tenga opciones nutritivas en cada comida. Por ejemplo, aunque un niño se

resiste obstinadamente a comer verduras, los padres deben seguir proporcionándolos. En poco tiempo, el niño puede cambiar de opinión y desarrollar un gusto por los alimentos una vez aborrecidos. Es importante recordar que este es el momento de establecer o reforzar hábitos saludables.

La nutricionista Ellyn Satter afirma que la alimentación es una responsabilidad que se divide entre padres e hijos. Según Satter, los padres son los responsables de lo que comen sus infantes, mientras que los infantes son los responsables de cuánto comen. En los años pequeños y más allá, los padres son responsables de lo que comen los niños, cuándo comen y dónde comen, mientras que los niños son responsables de la cantidad de alimentos que comen y de si comen. Satter establece que el papel de un padre o cuidador en la alimentación incluye lo siguiente:

- seleccionar y preparar alimentos
- proporcionar comidas y refrigerios regulares
- hacer que las comidas sean agradables
- mostrar a los niños lo que deben aprender sobre el comportamiento a la hora de comer
- evitar dejar que los niños coman entre las comidas o los refrigerios

Es probable que note una fuerte caída en el apetito de su hijo. Los niños en esta etapa suelen ser exigentes con lo que quieren comer. Pueden apartar la cabeza después de comer solo unos bocados. O bien, pueden resistirse a venir a la mesa a la hora de comer. También pueden ser impredecibles sobre lo que quieren consumir para comidas específicas o en momentos particulares del día. Aunque pueda parecer como si los niños pequeños deberían aumentar su ingesta de alimentos para que coincida con su nivel de actividad, hay una buena razón para comer quisquillosos. La tasa de crecimiento de un niño se ralentiza después de la infancia, y los niños pequeños de dos y tres años no requieren tanta comida. [662]

Establecer rutinas de comidas saludables es un paso importante en el desarrollo saludable de los niños pequeños. Idealmente, la hora de las comidas debe realizarse en horarios regulares, en una mesa con distracción limitada, y se debe alentar a los niños a alimentarse con el apoyo de los adultos según sea necesario. [663] Las mejores prácticas en cuidado y educación temprana incluyen la creación de horarios positivos de comida y refrigerios que se sirven al estilo familiar con modelos de adultos comiendo nutrición equilibrada.

casa, o, hogar, vector, icono	Involucrar a las familias en el apoyo a la nutrición Aquí hay consejos que puedes compartir con las familias: • Los tamaños de porción para niños pequeños son mucho más pequeños que los tamaños de porción para adultos. • Un tamaño de porción típico para una bebida para niños pequeños es de 4-6 onzas. El agua y la leche son las mejores opciones para los niños pequeños • Tu niño pequeño (¡y tú también!) necesita alimentos de los cinco grupos de alimentos: granos, proteínas, verduras, frutas y lácteos. Intente ofrecer una variedad de alimentos de estos grupos en comidas y refrigerios. • Su niño pequeño puede comer más algunos días y menos en otros. No te preocupes, ¡esto es normal! Siga ofreciendo comidas y refrigerios programados regularmente. • Permita que su niño pequeño le diga cuándo está lleno. Esto les enseña a escuchar a su cuerpo en busca de signos de hambre o plenitud. • Intente usar platos, cuencos y utensilios de tamaño infantil para porciones “del tamaño correcto” para su niño pequeño. El uso de utensilios de tamaño infantil también facilita que su niño pequeño coma. • Anime a los niños pequeños a beber de tazas y evitar el uso de biberones o vasos para sorber. • Limite las distracciones durante las comidas y los refrigerios para permitir que su niño pequeño disfrute de la comida. Apaga el televisor y siéntate en una mesa. • Los niños pequeños tienen hambre entre las comidas. La hora de la merienda es una gran oportunidad para alimentar a su niño con alimentos saludables (como frutas y verduras). • Recuerda tener una hora de inicio y finalización para la hora de la merienda. Los niños pequeños no deben estar comiendo (o pastando) todo el día. [664]	

Alimentación de niños en edad preescolar

Las actitudes y opiniones de los niños sobre la comida se profundizan. No solo comienzan a tomar sus señales sobre las preferencias alimentarias de los miembros de la familia, sino también de sus compañeros y la cultura en general. Esta vez en la vida de un niño brinda una oportunidad para que las familias y otros cuidadores refuercen los buenos hábitos alimenticios e introduzcan nuevos alimentos en la dieta sin dejar de ser conscientes de las preferencias del niño. Los adultos también deben servir como modelos a seguir para sus hijos, quienes a menudo imitarán su comportamiento y hábitos alimenticios. [665]

Servir cucharas y hábitos saludables: fomentar las comidas positivas y apoyar las comidas al estilo familiar en el cuidado infantil

Figura 14.6 — Comer con niños permite modelar una alimentación saludable. [666]

MyPlate también proporciona una guía diaria de calorías según el sexo y el nivel de actividad para niños en edad preescolar (aunque las necesidades de los niños pueden diferir del promedio y los apetitos pueden variar de un día a otro).

Cuadro 14.1 — Necesidades Calóricas Promedio de Preescolares [667]

Edad	Sexo	Actividad	Calorías
2	Niños y niñas	Cualquier nivel	1,000 calorías
3	Muchachos	<30 minutos	1,000 calorías
		30-60 minutos	1,400 calorías
		>60 minutos	1,400 calorías
	Niñas	<30 minutos	1,000 calorías
		30-60 minutos	1,200 calorías
		>60 minutos	1,400 calorías
4	Muchachos	<30 minutos	1,200 calorías
		30-60 minutos	1,400 calorías
		>60 minutos	1,600 calorías
	Niñas	<30 minutos	1,200 calorías

		30-60 minutos	1,400 calorías
		>60 minutos	1,400 calorías
5	Muchachos	<30 minutos	1,200 calorías
		30-60 minutos	1,400 calorías
		>60 minutos	1,600 calorías
	Niñas	<30 minutos	1,200 calorías
		30-60 minutos	1,400 calorías
		>60 minutos	1,600 calorías

En la primera infancia, los niños aún deben obtener 45-65% de sus calorías diarias de los carbohidratos. Los carbohidratos altos en fibra deben constituir la mayor parte de la ingesta. Su ingesta de proteínas aumenta al 10— 30% de sus calorías diarias para apoyar el crecimiento y desarrollo muscular. Se necesitan altos niveles de ácidos grasos esenciales para apoyar el crecimiento (aunque no tan altos como en la infancia y el niño pequeño). Como resultado, la recomendación diaria de grasa es del 25— 35% de sus calorías diarias. Y deberían obtener 17—25 gramos de fibra por día.

Sus necesidades de micronutrientes deben cubrirse primero con alimentos. Las familias y cuidadores deben seleccionar una variedad de alimentos de cada grupo de alimentos para garantizar que se cumplan los requisitos nutricionales. Debido a que los niños crecen rápidamente, requieren alimentos ricos en hierro, como carnes magras, legumbres, pescado, aves de corral y cereales enriquecidos con hierro. El fluoruro adecuado es crucial para apoyar los dientes fuertes. Uno de los requerimientos de micronutrientes más importantes durante la infancia es la ingesta adecuada de calcio y vitamina D. Ambos son necesarios para construir huesos densos y un esqueleto fuerte. A los niños que no consuman suficiente vitamina D se les debe dar un suplemento de 10 microgramos (400 unidades internacionales) por día. [668]

Desafíos Alimentarios en los Años Preescolares

Comer quisquilloso es típico de muchos preescolares. Es simplemente un paso más en el proceso de crecer y volverse independiente. Siempre y cuando un niño en edad preescolar esté sano, crezca normalmente y tenga mucha energía, lo más probable es que esté obteniendo los nutrientes que necesita.

Comportamientos típicos de alimentación exigente

Muchos niños mostrarán uno o más de los siguientes comportamientos durante los años preescolares. En la mayoría de los casos, estos desaparecerían con el tiempo.

- Rechazo de un alimento basado en cierto color o textura. Por ejemplo, podrían rechazar alimentos que sean rojos o verdes, que contengan semillas o sean esponjosos.
- Sólo comer cierto tipo de comida. Un niño en edad preescolar puede elegir 1 o 2 alimentos que le gusten y negarse a comer cualquier otra cosa.

- “Perder” el tiempo en la mesa y parecer interesado en hacer cualquier cosa menos comer.
- La falta de voluntad para probar nuevos alimentos. Es normal que un niño en edad preescolar prefiera alimentos familiares y tenga miedo de probar cosas nuevas. [669]

casa, o, hogar, vector, icono	Ayudando a las familias a sobrellevar la Comer quisquilloso es temporal. Si los adultos no hacen que sea un gran problema, generalmente terminará antes de la edad escolar. Los siguientes consejos son consejos para ayudar a lidiar con el comportamiento alimentario exigente de manera positiva. • Deja que tus hijos sean “recolectores de productos”. Deja que escojan frutas y verduras en la tienda. • Haga que su hijo le ayude a preparar las comidas. Los niños aprenden sobre la comida y se emocionan con probar los alimentos cuando ayudan a preparar las comidas. Déjalos agregar ingredientes, fregar verduras o ayudar a revolver. • Opciones de oferta. En lugar de preguntar: “¿Quieres brócoli para la cena?” pregunta “¿Cuál te gustaría para la cena, el brócoli o la coliflor?” • Disfruten el uno del otro mientras comen comidas familiares juntos. Hablar de cosas divertidas y felices. Si las comidas son momentos para discusiones familiares, su hijo puede aprender actitudes poco saludables hacia la comida. • Ofrecer los mismos alimentos para toda la familia. Sirva la misma comida a adultos y niños. Deja que te vean disfrutar de alimentos saludables. Habla sobre los colores, formas y texturas en el plato. [670] • Haz que la comida sea divertida • Corta los alimentos en formas divertidas y fáciles con cortadores de galletas. • Anime a su hijo a inventar y ayudar a preparar nuevos refrigerios. • Nombra un alimento que tu hijo ayude a crear. [671] • Concéntrese en la comida y en los demás. Tu hijo aprende observándote. Es probable que los niños copien tus modales en la mesa, tus gustos y disgustos, y tu disposición a probar nuevos alimentos. • Ofrecer una variedad de alimentos saludables. Deje que su hijo elija cuánto comer. Los niños son más propensos a disfrutar de una comida cuando comerla es su propia elección. • Deja que tus hijos se sirvan ellos mismos. Enséñele a sus hijos a tomar pequeñas cantidades al principio. Háganles saber que pueden obtener más si aún tienen hambre. [672]	

Probar nuevos alimentos

Es normal que los niños rechacen alimentos que nunca antes habían probado. Aquí hay algunos consejos para que los preescolares prueben nuevos alimentos:

- Porciones pequeñas, grandes beneficios**.** Deja que los niños prueben pequeñas porciones de nuevos alimentos que disfrutes. Dales un pequeño sabor al principio y ten paciencia con ellos.
- Ofrezca solo una comida nueva a la vez e idealmente con una comida favorecida. Ofrecer muchos alimentos nuevos a la vez podría ser demasiado para los niños.
- Ser un buen modelo a seguir. Pruebe nuevos alimentos usted mismo. Describa su sabor, textura y olor a los niños.
- Ofrezca alimentos nuevos primero cuando los niños tengan más hambre.
- Ofrecer alimentos nuevos muchas veces. Puede tomar hasta una docena de intentos para que un niño acepte un nuevo alimento. [673]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Piensa en tu infancia. ¿Eras quisquilloso con la comida o más aventurero? ¿Por qué crees que lo fue? ¿Cómo respondieron tus cuidadores a tus preferencias alimentarias? ¿Tienes preferencias similares ahora o has ampliado tus gustos/preferencias?

Alimentar a niños en edad escolar

Si bien las necesidades calóricas aumentan a medida que los niños crecen, hasta alrededor de los 9 años (o el inicio de la pubertad), las necesidades nutricionales de los niños en edad escolar son muy similares a las de los preescolares. Una vez que comienza la pubertad, hay un período de rápido crecimiento a medida que las niñas crecen de 2 a 8 pulgadas y los niños crecen de 4 a 12 pulgadas.

Cuadro 14.2 — Necesidades Calóricas Promedio de Niños en Edad Escolar [674]

Edad	Sexo	Actividad	Calorías
6—8 años	Muchachos	Sedentario	1,400 calorías
		Moderadamente activo	1,600 calorías
		Activo	1,800 calorías
	Niñas	Sedentario	1,200 calorías
		Moderadamente activo	1,400 calorías
		Activo	1,600 calorías
9-10 años	Muchachos	Sedentario	1,600 calorías
		Moderadamente activo	1,800 calorías
		Activo	2,000 calorías
	Niñas	Sedentario	1,400 calorías
		Moderadamente activo	1,600 calorías
		Activo	1,800 calorías
11—12	Muchachos	Sedentario	2,000 calorías

		Moderadamente activo	2,200 calorías
		Activo	2,400 calorías
	Niñas	Sedentario	1,600 calorías
		Moderadamente activo	1,800 calorías
		Activo	2,000 calorías

Los niños en edad escolar aún deben obtener 45-65% de sus calorías diarias de los carbohidratos. Los carbohidratos altos en fibra deben constituir la mayor parte de eso. Su ingesta de proteínas se mantiene en el 10-30% de sus calorías diarias para apoyar el crecimiento y desarrollo muscular. Y la recomendación diaria de grasa también se mantiene en el 25— 35% de sus calorías diarias.

Algunos micronutrientes cobran mayor importancia, sobre todo al inicio de la pubertad. Estos incluyen vitaminas, D, K y B12, calcio y hierro. Siempre que sea posible, estas necesidades adicionales de micronutrientes deben cubrirse con opciones dietéticas y no con suplementos (con la excepción del hierro). [675]

Comidas Escolares

Los niños en edad escolar a menudo pueden desayunar y almorzar en la escuela, lo que puede ahorrar tiempo a las familias y proporcionar a los niños alimentos nutritivos.

Desayuno

Las investigaciones han demostrado que los niños que desayunan mejor en la escuela y tienen mayores ingestas de fibra, vitaminas B, calcio y otros nutrientes. [676] Consulte la Figura 14.7 para ver qué incluye un desayuno escolar.

Almuerzo

El almuerzo es importante porque satisface 1/3 de las necesidades nutricionales de la mayoría de los niños para el día. Y los niños con patrones de alimentación más saludables tienen un mejor rendimiento académico. Y los programas de granja a escuela (en 42% de las escuelas) aumentan el acceso de los niños a los alimentos producidos localmente. [677] Consulte la Figura 14.8 para ver un desglose de los almuerzos escolares que brindan.

desayuno escolar proporciona leche, granos, proteínas y una fruta o verdura

Figura 14.7 - Desayuno escolar [678]

almuerzo escolar proporciona leche, proteínas, granos, frutas y verduras

Figura 14.8 — Almuerzo escolar [679]

Comidas y refrigerios en programas de atención en edad escolar

En días escolares, los niños que están en cuidado antes de la escuela pueden necesitar ser alimentados con el desayuno (si no comían en casa o no comerán en la escuela). Después de la escuela, necesitarán refrigerios sustanciales y saludables. En días completos de atención, necesitarán desayuno, almuerzo y merienda.

Siga los consejos de planificación de menús en el Capítulo 15. E involucrar a los niños en la planificación del menú y la preparación de alimentos siempre que sea posible y vea cuál de las sugerencias en la siguiente característica para las familias también podría incorporarse al aula.

Kaden, de 9 (izquierda), y Mackenzie, de 9 (derecha), pican manzanas durante el Campamento de Especialidades Culinarias de la Fuerza Aérea en el Centro de Desarrollo Infantil de la Base de la Fuerza Aérea Schriever, Colorado, 15 de julio de 2019. Durante el campamento los niños aprendieron técnicas básicas de manejo de cuchillos, ayudándoles a trabajar las habilidades motoras básicas. (Foto de la Fuerza Aérea de Estados Unidos por el teniente 2° Idalí Beltré Acevedo)

Figura 14.9 — Estos niños de 9 años aprendieron las habilidades del cuchillo para ayudar a preparar esta merienda de fruta. [680]

casa, o, hogar, vector, icono

Actividades que las familias pueden hacer con los niños

ChooseMyPlate.gov ofrece algunas ideas divertidas para que las familias enseñen a sus hijos sobre la alimentación saludable e involucren a toda la familia en la toma de decisiones saludables. Algunos de estos incluyen:

- Juego crítico de alimentos donde los niños seleccionan un nuevo alimento para probarlo y calificarlo por el atractivo visual, el olor, el sabor y la textura [681]
- Bingo de tienda de abarrotes donde los niños identifican los alimentos que ven en la tienda de abarrotes para tratar de obtener un bingo de 5 en una fila [682]
- Haz que la comida sea visualmente atractiva convirtiéndola en arte
- Restaurante infantil: los niños pueden planificar la comida, diseñar el menú y preparar el plato
- Cultivar un jardín (o comenzar pequeño con una caja de hierbas en una ventana)
- Ir a un mercado o puesto de granja local para encontrar opciones de comida local para comprar, llevar a casa y convertirse en una deliciosa comida.

Hacer que la hora de las comidas sea divertida

Aquí hay algunos consejos para que las familias hagan que las comidas sean más relajadas y agradables:

- Elimine las distracciones, como teléfonos, tabletas y apague la televisión.
- Tener conversaciones. Use arrancadores como:

- Dale a cada miembro de la familia el centro de atención para compartir su punto culminante, luz baja y “luz divertida”
- Si nuestra familia viviera en un zoológico, ¿qué animales seríamos y por qué?
- Si pudieras tener una superpotencia, ¿qué sería y por qué?
- Si estuvieras varado en una isla desierta y solo pudieras tener un alimento para comer, ¿qué sería y por qué?
- Transmite tradiciones, tanto los alimentos como las historias detrás de ellas

- Deje que los niños tomen las decisiones (a partir de una selección saludable de alimentos)
- Deje que todos ayuden a prepararse y limpiar después de las comidas
- Considera un cambio de escenario, como un picnic
- Reserva un plato especial para rotar entre miembros de la familia, por ejemplo en cumpleaños, cuando alguien obtiene una buena nota, o cualquier otra ocasión que te gustaría reconocer. [683]

Alimentar a niños con necesidades especiales

Algunas discapacidades y otras necesidades excepcionales pueden afectar la nutrición de los niños. Por ejemplo,

- los niños con parálisis cerebral o fibrosis quística pueden tener diferentes necesidades calóricas
- los niños con enfermedad celíaca o síndrome del intestino irritable pueden tener restricciones dietéticas
- los niños con labio leporino o paladar hendido pueden tener dificultades físicas para comer

- los niños en el espectro autista pueden tener fuertes preferencias alimentarias o aversiones

Archivo:Hendido Nurser Mead Johnson.jpg

Figura 14.10 — Este niño con labio leporino puede encontrar un reto para chupar de un biberón. [684]

Debido a que las necesidades específicas de cada niño variarán, los programas de cuidado y educación temprana deben trabajar en estrecha colaboración con las familias y los proveedores médicos según sea necesario, para garantizar que comprendan y puedan satisfacer las necesidades nutricionales y de alimentación del niño en particular (no una generalización o suposición sobre el niño podría necesitar basado en un diagnóstico o etiqueta).

Deben crearse políticas y prácticas de nutrición para incluir a los niños con necesidades especiales. Algunas consideraciones generales que los programas de cuidado y educación temprana y las escuelas deben hacer para asegurar que se satisfagan todas las necesidades nutricionales de los niños y que todos los niños experimenten horarios positivos de comida y merienda incluyen:

- Asegurar que los espacios en los que comen los niños y el acceso al agua potable sean totalmente accesibles para todos los niños, incluidos aquellos con discapacidades de movilidad (y si es necesario, se deben proporcionar dispositivos de asistencia).
- Se debe capacitar al personal para atender a niños que puedan tener necesidades nutricionales o de alimentación adicionales o diferentes para que puedan trabajar de manera efectiva y cómoda con todos los niños.
- Siga las restricciones dietéticas. [685]

Resumen

Los programas de cuidado y educación temprana pueden proporcionar la nutrición de todos los niños cuando entienden

- los cambios generales que tienen los niños en las necesidades nutricionales a medida que maduran,
- desafíos comunes en las diferentes etapas de desarrollo, y
- estrategias que fomenten tiempos positivos de comida y merienda en cada etapa de edad, y
- el hecho de que los niños puedan tener necesidades nutricionales diversas y únicas

Los programas también juegan un papel importante en la nutrición infantil al empoderar a las familias al brindar apoyo, información y recursos a medida que toman decisiones sobre cómo alimentar a sus hijos.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Guía de Head Starts' Creciendo Saludable: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/... -flipchart.pdf • Instituto Ellyn Satter: https://www.ellynsatterinstitute.org...es-and-stages/ • Lactancia materna del USDA: ¿por qué no probarla? : https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/... -a-try-eng.pdf • Lista de recursos de nutrición y salud para niños pequeños: https://www.nal.usda.gov/sites/defau...s//toddler.pdf • Recursos en MyPlate.gov: • Plan de Alimentación Diaria: https://choosemyplate-prod.azureedge...MiniPoster.pdf • Preescolares: https://www.choosemyplate.gov/browse...on-information • Niños: https://www.choosemyplate.gov/browse-by-audience/view-all-audiences/children/kids • Bebidas Saludables en Atención y Educación Temprana: https://cchp.ucsf.edu/content/health...care-education • La Guía de los CDC sobre estrategias para apoyar a madres y bebés que amamantan: https://www.cdc.gov/breastfeeding/re... /toolkits.html • KidsHealth De Nemours Nutrition & Fitness Center: https://kidshealth.org/en/parents/nu...trition-center • USDA Acomodando a niños con necesidades dietéticas especiales en los programas de nutrición escolar: https://www.fns.usda.gov/accommodati...ition-programs • Currículos de Nutrición del USDA: https://www.nal.usda.gov/fnic/curric...d-lesson-plans • Dietas Especiales del Hospital Infantil Golisano para Necesidades Especiales Nutricionales: https://www.urmc.rochester.edu/child...ion/diets.aspx

This page titled 3: Proporcionar una buena nutrición is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 14: Providing Good Nutrition by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

4: Planeación de menús e inocuidad alimentaria

Objetivos de aprendizaje

Al final de este capítulo, deberías ser capaz de:

- Describir los patrones de comida para bebés y niños.
- Crea menús nutritivos que sigan los patrones de comida.
- Describir los factores a considerar al planificar el menú.
- Identificar una variedad de fuentes de alimentos para cada grupo de alimentos.
- Examinar las preferencias alimentarias individuales y culturales.
- Explicar consideraciones especiales para planificar menús vegetarianos.
- Discuta los beneficios del servicio de comidas estilo familiar.
- Relacionar formas de apoyar a las familias en el suministro de alimentos bien balanceados desde casa.
- Exponga consideraciones importantes para comprar, almacenar, preparar, cocinar y servir alimentos de manera segura.

icono de gavel

Reglamento de Licencias

Título 22 Los reglamentos que se refieren a este capítulo incluyen:

101227 COMIDA SERVICIO

- La selección de alimentos, la preparación de almacenamiento y el servicio serán seguros y saludables y de la calidad y cantidad necesarias para satisfacer las necesidades de los niños.
- Los programas de día completo ofrecerán un refrigerio y almuerzo a media mañana y mediodía (puede ser proporcionado por la familia).
- Los programas de medio día ofrecerán un refrigerio a media mañana o mediodía.
- Los menús deben estar por escrito y publicarse con al menos una semana de anticipación.
- Los alimentos comerciales deberán ser aprobados por las autoridades correspondientes.
- Todas las personas dedicadas a la preparación o servicio de alimentos deberán observar los procesos de higiene personal y saneamiento.
- Los pesticidas y sustancias tóxicas similares no deben almacenarse con los alimentos.
- Los jabones y los compuestos de limpieza deben almacenarse por separado de los alimentos.
- Las cocinas y áreas de alimentos deberán estar limpias.
- Todos los alimentos deberán estar protegidos contra la contaminación.
- El equipo necesario incluye un fregadero, refrigeración, agua corriente fría y caliente y espacio de almacenamiento. Este equipo debe estar bien mantenido.

101427 SERVICIO DE COMIDA INFANTIL

- Además del 101227, se aplicará lo siguiente:

- Los biberones, platos y recipientes de alimentos traídos del hogar del infante deberán estar etiquetados con el nombre del infante y la fecha actual. - La fórmula parcialmente consumida en botella se desechará al final de cada día. - Los alimentos se desecharán si no se consumen dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en la etiqueta del envase. - Los alimentos para bebés preparados comercialmente en frascos serán trasladados a un plato antes de ser alimentados al lactante. Cualquier alimento sobrante en el platillo al final de una comida será desechado. - Se esterilizarán biberones y tetinas en el centro. - No se bañará a los infantes y no se enjuagarán pañales ni ropa en el área de preparación de alimentos.

101438.1 CUIDADO INFANTIL SANEAMIENTO

- Cada cuidador deberá lavarse las manos con agua y jabón antes de alimentarse y después de cada cambio de pañal.

Introducción

El conocimiento de la planeación de menús es esencial para proporcionar una nutrición adecuada a los niños pequeños. Los programas de cuidado y educación temprana deben contar con personal que planifique y prepare alimentos que sean conscientes de las preferencias individuales, incluyendo el vegetarianismo y las diferencias culturales y religiosas en la elección de alimentos, preparación y servicio. Para proteger la salud de los niños, se deben seguir de cerca los procesos adecuados de higiene y saneamiento. Solo se deben comprar alimentos seguros. Y cómo se almacenan, preparan y sirven esos alimentos deben seguir el protocolo adecuado para prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos.

Planeación de menús

Examinemos varios factores que son importantes para la planificación del menú, incluidos los patrones de comidas, los programas con licencia que deben seguir, la importancia de la variedad y el equilibrio, y la estética.

Patrones de comidas

En el estado de California, la licencia requiere que los programas sigan los requisitos del plan de comidas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos y la Ley de Bebidas Saludables en el Cuidado Infantil. Ambos fueron introducidos en el Capítulo 12. Para revisar, aquí están los patrones de comida de desayuno para infantes y niños.

Desayuno

Tabla 15.1 — Patrones de comidas para el desayuno infantil [686]

Comida o merienda	0-5 Meses	6-11 Meses
Desayuno	4-6 fl oz leche materna o fórmula	6-8 fl oz leche materna o fórmula 0-4 cucharadas de cereal infantil, carne, pescado, aves de corral, huevos enteros, frijoles secos cocidos o guisantes; o 0-2 oz de queso; o 0-4 oz (volumen) de requesón; o 0-4 oz de yogur; o una combinación* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*

Se requieren alimentos sólidos cuando el bebé está listo. Todos los tamaños de porción son cantidades mínimas de los componentes de los alimentos que se requieren servir.

Tabla 15.2 — Patrón de comidas de desayuno para niños [687]

Comida o merienda	Artículo Alimenticio	1-2 Años	3-5 años	6-18 Años
Desayuno	Leche	½ taza entera	¾ taza baja en grasa o sin grasa	1 taza baja en grasa o sin grasa
	Verduras, frutas o ambas	¼ taza	½ taza	½ taza
	Granos	Equivalente a ½ onza	Equivalente a ½ onza	Equivalente a 1 onza

Así es como podrían verse los desayunos que siguen el patrón de comida:

Figura 15.1 — Un desayuno saludable para niños de 1 a 2 años [688]

Figura 15.2 — Un desayuno saludable para niños de 3 a 5 años [689]

plátano, 1 oz de cesárea entera rica en granos, 1 taza de leche

Figura 15.3 — Un desayuno saludable para niños de 6 a 18 años [690]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Crea tus propios desayunos que sigan el plan de comidas para cada edad.

Almuerzo

Y aquí están los patrones de comida de almuerzo para bebés y niños:

Tabla 15.3 — Patrones de comidas para el almuerzo infantil [691]

Comida o merienda	0-5 Meses	6-11 Meses
Almuerzo o Cena	4-6 fl oz leche materna o fórmula	6-8 fl oz leche materna o fórmula 0-4 cucharadas de cereal infantil, carne, pescado, aves de corral, huevos enteros, frijoles secos cocidos o guisantes; o 0-2 oz de queso; o 0-4 oz (volumen) de requesón; o 0-4 oz de yogur; o una combinación* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*

Se requieren alimentos sólidos cuando el bebé está listo. Todos los tamaños de porción son cantidades mínimas de los componentes de los alimentos que se requieren servir

Tabla 15.4 — Patrón de Comida de Almuerzo para Niños [692]

Comida o merienda	Artículo Alimenticio	1-2 Años	3-5 años	6-18 Años
Almuerzo o Cena	Leche	½ taza entera	¾ taza baja en grasa o sin grasa	1 taza baja en grasa o sin grasa
	Alternativas cárnicas y cárnicas	1 onza	1½ onzas	2 onzas
	Verduras	1/8 taza	¼ taza	½ taza
	Frutas	1/8 taza	¼ taza	¼ taza
	Granos	Equivalente a ½ onza	Equivalente a ½ onza	Equivalente a 1 onza

Así es como podrían verse los desayunos que siguen el patrón de comida:

Figura 15.4 — Un almuerzo saludable para niños de 1 a 2 años [693]

Figura 15.5 — Un almuerzo saludable para niños de 3 a 5 años [694]

Figura 15.6 — Un almuerzo saludable para niños de 6 a 18 años [695]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Crea tus propios almuerzos que sigan el plan de comidas para cada edad.

Snacks

Y finalmente, aquí están los patrones de comida para refrigerios para infantes y niños:

Tabla 15.5 — Patrones de comidas para refrigerios infantiles [696]

Comida o merienda	0-5 Meses	6-11 Meses
Snack	4-6 fl oz leche materna o fórmula	2-4 fl oz leche materna o fórmula 0-½ rebanada de pan; o 0-2 galletas saladas; o 0-4 cucharadas de cereal infantil o cereal listo para comer* 0-2 cucharadas de verdura, fruta o ambos*

Se requieren alimentos sólidos cuando el bebé está listo. Todos los tamaños de porción son cantidades mínimas de los componentes de los alimentos que se requieren servir.

Tabla 15.6 — Patrón de Comida de Snack para Niños [697]

Comida o merienda	Artículo Alimenticio	1-2 Años	3-5 años	6-18 Años
Snack (elige 2 de las opciones)	Leche	½ taza entera	½ taza baja en grasa o sin grasa	1 taza baja en grasa o sin grasa
	Alternativas cárnicas y cárnicas	½ onza	½ onza	1 onza
	Verduras	½ taza	½ taza	¾ taza
	Frutas	½ taza	½ taza	¾ taza

	Granos	Equivalente a ½ onza	Equivalente a ½ onza	Equivalente a 1 onza

Práctica recomendada: Hacer al menos 1 de los 2 componentes requeridos de un refrigerio, una verdura o una fruta. [698]

Aquí hay algunos refrigerios que siguen el patrón de comida:

Figura 15.7 — Un refrigerio saludable para niños de 1 a 2 años [699]

Figura 15.5 — Un refrigerio saludable para niños de 3 a 5 años [700]

Figura 15.6 — Un refrigerio saludable para niños de 6 a 18 años [701]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Crea tus propios refrigerios que sigan el plan de comidas para cada edad.

Factores a considerar

Los principios de planificación del menú incluyen la estética y la variedad, incluyendo el color, la textura, los sabores, las formas y los tamaños de los alimentos, el costo, el equilibrio y la calidad nutricional. La disponibilidad del equipo y el conocimiento y habilidad del personal para preparar los alimentos en los menús también son consideraciones importantes en la planificación del menú. Junto a todos estos, un menú efectivo también considera costo. [702]

Estética y Variedad

La forma en que se presenta nuestra comida, junto con la textura, consistencia, color, forma y el método de preparación, influye en cómo nos sentimos y lo que pensamos de un menú. Incluso puede influir en nuestro apetito y nuestro interés por comer. [703]

Seleccione alimentos nutritivos que contrasten colores y texturas. Esto se suma al atractivo visual y masticatorio. Trate de variar los colores de los alimentos que se sirven. Evite servir alimentos que sean todos de un solo color. Por ejemplo, seleccione una verdura verde suave (espinaca), una fruta roja y crujiente (una manzana) y un colorido arroz silvestre masticable para acompañar un trozo de pollo y un vaso de leche. Esto le da un atractivo visual y masticable ya que los niños pueden ver diferentes colores y sentir diferentes texturas a medida que mastican. [704]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar Regresa y mira las muestras. ¿Qué tan bien crees que lo hicieron con la creación de comidas y refrigerios que ofrecían variedad y eran visualmente atractivos? ¿Y las versiones que creaste?

Costo

Si bien nunca se debe sacrificar una nutrición bien equilibrada para ahorrar dinero, los programas de cuidado y educación temprana también deben considerar los costos de los menús que planean. Una forma de ahorrar costos es usar menús de ciclo. Un menú de ciclo sigue un patrón particular y se repite de forma regular. La duración del ciclo puede variar, pero puede durar entre 4 y 6 semanas y puede ser de diferentes longitudes para diferentes comidas/refrigerios (por ejemplo, con el desayuno repitiéndose con más frecuencia que los almuerzos). Y se pueden actualizar según sea necesario para incluir nuevos alimentos

o hacer otras acomodaciones. [705]

Los menús de ciclo permiten a un programa pronosticar costos, ordenar a granel y reducir el desperdicio (con menús probados y probados). Los menús de ciclo a menudo se planifican estacionalmente, por lo que una operación podría tener un ciclo de primavera, verano y otoño/invierno. [706] Y comprar productos por temporada suele ser más asequible.

Nutrición y Equilibrio

La consideración más importante para la planificación del menú es que satisface las necesidades nutricionales de los niños. Las comidas y refrigerios proporcionados por el programa de cuidado y educación temprana de día completo deben proporcionar una porción sustancial de la nutrición diaria del niño. Todos los programas deben apoyar una dieta bien balanceada de los niños, en la que se ingieran todos los nutrientes que el cuerpo necesita para un buen funcionamiento y energía. Una dieta bien balanceada contiene una variedad de alimentos de todos los grupos de alimentos, así como todas las vitaminas y minerales necesarios que necesitamos. También significa tomar un suministro adecuado de agua para una salud adecuada. Se puede planificar una dieta bien equilibrada seleccionando alimentos saludables de cada uno de los grupos de alimentos. [707]

Grupos Alimenticios

Veamos cada uno de los grupos de alimentos un poco más de cerca e identifiquemos las fuentes para cada uno.

Grupo Lácteo

Todos los productos lácteos fluidos y muchos alimentos elaborados con leche se consideran parte de este grupo alimentario. Los alimentos elaborados con leche que conservan su contenido de calcio forman parte del grupo. Los alimentos elaborados con leche que tienen poco o ningún calcio, como el queso crema, la crema y la mantequilla, no lo son. La leche de soja fortificada con calcio (bebida de soja) también forma parte del Grupo Lácteo. Al elegir productos lácteos, los lácteos sin grasa y bajos en grasa son buenas opciones para los niños. [708]

Figura 15.10 — La leche y los productos lácteos conforman el grupo lácteo [709]

Las fuentes de lácteos incluyen:

- Leche (baja en grasa, sin grasa, entera)
- Leche sin lactosa y baja en lactosa
- Yogurt
- Pudín
- Helado
- Yogur congelado
- Leche de soja fortificada con calcio
- Quesos duros (cheddar, mozzarella, suizo, parmesano)
- Quesos blandos (ricotta, requesón)
- Zumos y cereales fortificados con calcio [710]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para servir al grupo lácteo para niños • Sirva leches sin sabor, sin grasa y bajas en grasa con mayor frecuencia. Tienen menos azúcar agregada y menos calorías que la leche aromatizada, entera o baja en grasa. • La leche baja en grasa, el yogur y el queso proporcionan el calcio muy necesario. Intenta hacer un dip para frutas o verduras a partir del yogur. • Mezcle los productos lácteos en batidos. Combine el yogur bajo en grasa o sin grasa con plátanos y cacao en polvo para obtener un batido, o pruebe la leche, los cubitos de hielo y las bayas congeladas. [711]

Grupo de Proteínas

Todos los alimentos elaborados con carne, aves, mariscos, frijoles y chícharos, huevos, productos de soya procesados, nueces y semillas se consideran parte del Grupo Protein Foods. Seleccione una variedad de alimentos proteicos para mejorar la ingesta de nutrientes y los beneficios para la salud, incluidos los mariscos cocidos. Las opciones de carne y aves de corral deben ser magras o bajas en grasa. [712]

Archivo:Foods.jpg rico en proteínas

Figura 15.11 — Las aves de corral, los huevos, los frutos secos y las legumbres aportan proteína [713]

Las fuentes de proteína incluyen:

- Carne de res
- Cerdo (jamón, chuletas de cerdo)
- Cordero
- Ternera
- Aves de corral (pollo, pavo)
- Frijoles (negro, riñón, garbanzos, lentejas, azul marino, pinto, blanco, frijoles de soya, guisantes partidos)
- Huevos
- Conservas de pescado (sardinas, salmón, atún, anchoas, almejas)
- Pescado (bacalao, atún, lubina, bagre, platija, fletán, pez espada, trucha, caballa)
- Mariscos (camarón, langosta, cangrejo, mejillones, ostras, vieiras)
- Nueces (almendras, nueces, avellanas, pistachos, cacahuetes, pacanas)
- Semillas (ajonjolí, calabaza, calabaza, girasol) [714]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para servir al grupo de proteínas para niños • Elija una variedad de alimentos proteicos como mariscos, frijoles, carnes magras, aves de corral y huevos. • Limite las aves, el pescado o la carne altamente procesados (como perritos calientes, nuggets de pollo y palitos de pescado). Incluso algunas carnes y embutidos “bajos en grasa”, como la salchicha, la mortadela y el salami, pueden tener un alto contenido de grasas saturadas y sodio. • Agrega frijoles a las comidas favoritas de los niños. Agregue frijoles y guisantes a los tacos, guisos, guisos, pastas y guarniciones. [715]

Grupo Frutal

Cualquier fruta o jugo 100% de fruta cuenta como parte del Grupo de Frutas. Las frutas pueden ser frescas, enlatadas, congeladas o secas, y pueden ser enteras, cortadas o en puré. [716] La ingesta de jugo de frutas debe limitarse a no más de una

vez al día.

manzana, piña, saludable, fruta, comida, productos, salud, fresco, nutrición, jugo

Figura 15.12 — Papaya, mango, pera, manzana, kiwi, piña, naranjas y plátanos están en el grupo de frutas [717]

Las fuentes de fruta incluyen:

- Manzanas
- Albaricoques
- Plátanos
- Arándanos
- Melón
- Cerezas
- Jugos de frutas (100% zumo de frutas, todas las variedades)
- Pomelo
- Uvas
- Kiwi
- Limones
- Limas
- Mangos
- Nectarinas
- Naranjas
- Papayas
- Melocotones
- Peras
- Piñas
- Ciruelas
- Pasas
- Frambuesas
- Fresas
- Sandía [718]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para servir el grupo de frutas para niños • Centrarse en las frutas enteras • Sirve un arco iris de opciones. La fruta puede ser una manera rápida y fácil de hacer que las comidas y los refrigerios sean más saludables y coloridos. • Elija entre frutas frescas, congeladas, enlatadas y secas. Compra fruta enlatada en agua o jugo de fruta 100% en lugar de almíbar. • Limite el jugo de frutas. Si bien el jugo de fruta 100% puede ser parte de una dieta saludable, no contiene la fibra dietética que se encuentra en otras formas de fruta. • Ofrezca pasas u otros frutos secos sin azúcar en lugar de bocadillos o tiras de frutas masticables, que generalmente contienen muy poca fruta. [719]

Grupo Vegetal

Cualquier jugo de verdura o 100% vegetal cuenta como miembro del Grupo Vegetal. Las verduras pueden estar crudas o cocidas; frescas, congeladas, enlatadas o secas/deshidratadas; y pueden estar enteras, cortadas o trituradas. Con base en su contenido de nutrientes, las verduras se organizan en 5 subgrupos: vegetales de color verde oscuro, vegetales con almidón, vegetales rojos y naranjas, frijoles y guisantes, y otras verduras. Si bien no es necesario comer verduras de cada subgrupo diariamente, en el transcurso de una semana, se deben comer verduras de cada subgrupo para llegar a asegurar que se cumpla la recomendación de ingesta diaria de las diferentes vitaminas. [720]

Vegetables Vegetarian Tomatoes - Foto gratis en Pixabay

Figura 15.13 — Brócoli, pimientos, zanahorias, tomates, lechugas, pepinos, rábanos y espinacas están en el grupo vegetal. [721]

2

Las fuentes de verduras incluyen:

- Alcachofas
- Espárragos
- Bok choy
- Brócoli
- Apio
- Verdes de collard
- Maíz
- Pepinos
- Frijoles verdes
- Guisantes
- Lechuga
- Col rizada
- Champiñones
- Verdes de mostaza
- Cebollas
- Pimientos (verde, rojo, naranja, amarillo)
- Patatas
- Espinacas
- Calabaza (todas las variedades)
- Patatas dulces
- Taro
- Tomates
- Verdes de nabo
- Castañas acuáticas [722]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para servir al grupo de verduras para niños • Sirva una variedad de opciones coloridas. Ilumina los platos de los niños con verduras rojas, naranjas y verde oscuro. • Elija entre verduras frescas, congeladas o enlatadas. Prepare y sirva las verduras sin sal agregada ni grasa sólida. • Prueba un chapuzón. A los niños les encanta sumergir sus alimentos. Prepara un chapuzón rápido para verduras con yogur y condimentos como hierbas o ajo. Sirva con verduras crudas como brócoli, zanahorias o coliflor. [723] • Proporcione al menos una porción de verduras de color verde oscuro, verduras rojas y naranjas, frijoles y guisantes (legumbres), vegetales con almidón y otras verduras una vez por semana. [724]

Grupo de Granos

Cualquier alimento hecho de trigo, arroz, avena, harina de maíz, cebada u otro grano de cereal es un producto de grano. Pan, pasta, cereales para el desayuno, sémola y tortillas son ejemplos de productos de grano. Alimentos como palomitas de maíz, arroz y avena también se incluyen en el Grupo de Granos.

Los granos se dividen en 2 subgrupos: Granos Enteros y Granos Refinados. Los granos enteros contienen el grano entero, el salvado, el germen y el endospermo. Los ejemplos de granos integrales incluyen harina integral, bulgur (trigo agrietado), avena, harina de maíz integral y arroz integral. Los granos refinados han sido molidos, un proceso que elimina el salvado y el germen. Esto se hace para dar a los granos una textura más fina y mejorar su vida útil, pero también elimina la fibra dietética, el hierro

y muchas vitaminas B. Algunos ejemplos de productos de grano refinado son harina blanca, harina de maíz desgerminada, pan blanco y arroz blanco.

La mayoría de granos refinados están enriquecidos. Esto significa que ciertas vitaminas B (tiamina, riboflavina, niacina, ácido fólico) y hierro se vuelven a agregar después del procesamiento. La fibra no se vuelve a agregar a los granos enriquecidos. Consulte la lista de ingredientes en los productos de grano refinado para asegurarse de que la palabra “enriquecida” esté incluida en el nombre del grano. Algunos productos alimenticios se elaboran a partir de mezclas de granos integrales y granos refinados. [725]

pan de trigo, pasta, surtidos, granos, arroz, harina de maíz, harina...

Figura 15.14 — El pan, el arroz y la pasta están todos en el grupo de alimentos de grano. [726]

La fuente de grano incluye:

- Cebada
- Pan (todo tipo)
- Bulgur
- Cereales (todo tipo)
- Pan de maíz
- Harina de maíz
- Cuscús
- Galletas
- Mijo
- Muesli
- Avena
- Arroz
- Pasta (incluido el trigo integral)
- Palomitas
- Pretzels
- Tortillas [727]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para proporcionar el grupo de granos para niños • Prepara al menos la mitad de sus granos, granos integrales ofreciendo 100% cereales integrales, panes y pasta. • Variar las opciones para granos integrales. La avena enrollada, la avena, el arroz integral, el arroz silvestre, el trigo sarraceno, la quinua, las bayas de trigo y el mijo son alimentos integrales. • Elija los aderezos sabiamente para tostadas, cereales calientes, pasta y arroz. En lugar de agregar mantequilla, margarina en barra y queso normal completo, use aceites vegetales, quesos bajos en grasa o salsa marinara como aderezos. [728] • Proporcione al menos dos porciones de granos enteros ricos en granos por día. [729]

Aceites

Los aceites NO son un grupo alimenticio, aunque aportan nutrientes esenciales. Los aceites incluyen artículos como mantequilla, aceites, margarina, mayonesa, aderezos para ensaladas. Estos alimentos deben usarse con moderación. Los alimentos como el pescado, los frutos secos y los aguacates son buenas opciones de grasas. Muchos alimentos que comemos, especialmente los que se procesan, a menudo son altos en grasas. Esto debe tenerse en cuenta a la hora de planificar las comidas. [730]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para proporcionar aceites para niños • Limite la porción de alimentos prefritos comprados a no más de una porción por semana. [731]

Preferencias Individuales y Culturales

Lo que comen las familias, cómo se preparan y sirven esos alimentos, y las rutinas que rodean las comidas y los refrigerios van a variar en cada familia. Para algunos niños, esos serán similares a lo que encuentren en los programas de cuidado y educación temprana. Y algunos niños se adaptarán fácilmente a nuevos alimentos y rutinas. Pero recopilar información de las familias sobre estos es una forma de comprender las experiencias y preferencias alimentarias que tienen los niños. Se pueden planificar menús que incluyan alimentos familiares.

Consideraciones culturales y religiosas

Algunas personas no comen diversos alimentos y bebidas específicos de conformidad con diversas prohibiciones religiosas, culturales, legales u otras prohibiciones sociales. Muchas de estas prohibiciones constituyen tabúes. Muchos tabúes alimentarios y otras prohibiciones prohíben la carne de un animal en particular. Algunas prohibiciones alimentarias pueden definirse como reglas, codificadas por religión o de otra manera, sobre qué alimentos, o combinaciones de alimentos, no se pueden comer y cómo se van a sacrificar o preparar los animales. Algunos alimentos pueden estar prohibidos durante ciertos períodos religiosos (*por ejemplo*, Cuaresma), en ciertas etapas de la vida (*por ejemplo*, el embarazo), o a ciertas clases de personas (*por ejemplo*, sacerdotes), aunque la comida esté permitida de otra manera. [732]

Las familias y los niños pueden optar por excluir, incluir o preparar alimentos de una manera particular de acuerdo con su fe y creencias religiosas. La orientación que se da en la Tabla 15.7 sobre opciones de alimentos para grupos religiosos específicos es muy general (y no incluye artículos prohibidos, como el alcohol que no se aplica a niños en programas de cuidado y educación temprana). Habrá diferencias individuales y diversos niveles de adherencia a las pautas que deben ser discutidas para cada niño con su familia. Algunas personas dentro de algunos de los grupos religiosos identificados pueden no observar las pautas dietéticas enumeradas. Las prohibiciones y restricciones incluso dentro de una determinada fe pueden cambiar entre denominaciones o ramas. [733]

Cuadro 15.7 — Orientación general para las elecciones de alimentos religiosos [734]

Afiliación religiosa	Lineamientos Generales
Budista	• Muchos son vegetarianos o veganos • Algunos pueden comer pescado o huevos • Pueden participar en ayunas
Hindú	• La mayoría son vegetarianos • Los lácteos suelen ser aceptables • Quienes comen carne, aves de corral y pescado excluirán la carne • Mayo rápido

Judío	• Se excluyen los productos de cerdo y porcino • Se comen carne kosher, cordero, aves de corral y pescado (con aletas y escamas) • Se excluyen los mariscos • La carne y los lácteos nunca se comen en la misma comida; los lácteos no se pueden comer hasta 3 horas después de la carne o las aves de corral • También excluirá gelatina, grasas, emulsionantes, estabilizantes y aditivos de origen animal que no sea kosher • Mayo rápido
Musulmán	• Se excluyen los productos de cerdo y porcino • Se comen carne halal, cordero, aves de corral, pescado • Los productos lácteos son consumidos por la mayoría • También excluirá gelatina, grasas, emulsionantes, estabilizantes y aditivos de origen animal que no sea halal • Mayo rápido
Sikh	• Muchos son vegetarianos • Quienes comen carne, aves y pescado excluirán la carne de res y posiblemente la carne de cerdo • No se comen carne halal y kosher
Rastafari	• Se excluyen los productos de cerdo y porcino • Muchos serán vegetarianos • Algunos pueden ser veganos • Prefiero comer una dieta pura y natural por lo que puede excluir: alimentos enlatados o no orgánicos
Adventista del Séptimo Día [735]	• Los que comen carne normalmente no comen carne de cerdos, ciertos peces y otros animales que la Biblia nombra como inmundos • Muchos son vegetarianos o veganos • Fomentar beber mucha agua
Mormón [736]	• Se excluyen las bebidas calientes que contienen cafeína

Signo de exclamación, Advertencia, Peligro, Atención, Negro	Alergias alimentarias, intolerancias y problemas médicos Como se discute en el Capítulo 13, algunas reacciones alérgicas pueden poner en peligro la vida y algunos alimentos pueden causar grandes problemas de salud a los niños, es de vital importancia que todos en el programa de cuidado y educación temprana que prepara o sirve alimentos estén al tanto de estos y protejan a los niños de consumir alimentos que pueden lastimarlos.

Planeación de menús vegetarianos

Una dieta vegetariana no incluye carne, aves o mariscos. Se trata de un plan de alimentación compuesto por alimentos que provienen en su mayoría de plantas. Estos incluyen:

- Verduras

- Frutas
- Granos integrales
- Legumbres
- Semillas
- Nueces
- Puede incluir huevos y/o leche si ovo-lacto vegetariano

Una dieta vegetariana no contiene proteínas animales. Una dieta semi-vegetariana es un plan de comidas que contiene poca proteína animal, pero en su mayoría alimentos de origen vegetal. Los vegetarianos NO comen:

- Fowl
- Mariscos
- Carne de res
- Cerdo
- Cordero
- Otras carnes animales, como bisontes, o carnes exóticas como avestruz o cocodrilo

Los vegetarianos tampoco comen productos que contengan gelatina o renina (una enzima que se encuentra en los estómagos de ternera que se utiliza para producir muchos quesos).

tofu, tacos de tofu, tacos, aguacate, fresco, feliz, comida, queso, vegetariano, tortilla

Figura 15.15 — Un taco de tofu podría hacerse vegano o vegetariano. [737]

Estos son los diferentes tipos de dietas vegetarianas:

- Vegano: Incluye solo alimentos a base de plantas. No hay proteínas animales ni subproductos animales como huevos, leche o miel.
- Lacto-vegetariano: Incluye alimentos vegetales más algunos o todos los productos lácteos.
- Vegetariano lacto-ovo: Incluye alimentos vegetales, productos lácteos y huevos.
- Vegetariano semi o parcial: Incluye alimentos vegetales y puede incluir pollo o pescado, productos lácteos y huevos. No incluye carne roja.
- Pescatario: Incluye alimentos vegetales y mariscos.

Las dietas vegetarianas que incluyen algunos productos lácteos y huevos tienen toda la nutrición necesaria. Pero cuanto más restrictiva es la dieta, más difícil puede ser obtener ciertos nutrientes.

Cuando la dieta de un vegetariano evita la mayoría o todos los alimentos de origen animal, se requiere mucha atención para asegurarse de que haya una ingesta adecuada de todos los siguientes nutrientes.

Vitamina B12: Esta vitamina es necesaria para ayudar a prevenir la anemia. Los huevos y los lácteos tienen la mayor cantidad de B12, por lo que los veganos pueden tener dificultades para obtener lo suficiente. Las fuentes de B12 incluyen:

- Huevos
- Leche, yogur, queso bajo en grasa, requesón y otros productos lácteos
- Alimentos que tienen B12 agregado a ellos (fortificados), como cereales y productos de soya
- Levadura nutricional
- Mariscos como almejas, salmón y atún (esto solo se aplica a pescetarios y semi-vegetarianos)

Vitamina D: Esta vitamina es necesaria para la salud ósea. La vitamina D se puede producir a partir de la exposición al sol, pero la exposición al sol debe ser limitada debido a problemas de cáncer de piel. Por lo que lo más probable es que los vegetarianos no puedan obtener suficiente de la exposición al sol. Las fuentes de vitamina D incluyen:

- Pescados grasos, como las sardinas, el salmón y la caballa (esto solo se aplica a pescatarios y semi-vegetarianos)
- Yemillas de huevo
- Alimentos fortificados con vitamina D, como jugo de naranja, leche de vaca, leche de soya, leche de arroz y cereales

Zinc: El zinc es importante para el sistema inmunológico y el crecimiento celular, especialmente en adolescentes. El cuerpo no absorbe zinc tanto de los alimentos vegetales como de la carne y otros alimentos de origen animal. Las fuentes de zinc incluyen:

- Frijoles y legumbres, como garbanzos, frijoles y frijoles horneados
- Nueces y semillas, como almendras, cacahuetes y anacardos
- Mariscos, como ostras, cangrejo y langosta (esto solo se aplica a pescatarios y semi-vegetarianos)
- Yogur y queso
- Alimentos fortificados con zinc, como leche y cereales

Hierro: El hierro es necesario para los glóbulos rojos. El cuerpo no absorbe el tipo de hierro que se encuentra en los alimentos vegetales así como del tipo que se encuentra en la carne y otros alimentos animales. Las fuentes de hierro incluyen:

- Frijoles y legumbres, como frijoles blancos, lentejas y frijoles
- Verduras verdes, como brócoli, espinacas, col rizada y col
- Frutos secos, como ciruelas pasas, pasas y albaricoques
- Granos integrales
- Alimentos fortificados con hierro, como cereales y panes

Comer alimentos con alto contenido de vitamina C en la misma comida que los alimentos ricos en hierro aumenta la absorción de hierro. La vitamina C ayuda al cuerpo a absorber el hierro. Los alimentos ricos en vitamina C incluyen tomates, papas, cítricos, pimientos y fresas.

Calcio: Los alimentos ricos en calcio ayudan a mantener los huesos fuertes. Los productos lácteos tienen la mayor cantidad de calcio. Si un vegetariano no come lácteos, puede ser difícil obtener suficiente. Los oxalatos, una sustancia que se encuentra en los alimentos vegetales inhibe la absorción de calcio. Los alimentos que son altos tanto en oxalatos como en calcio no son buenas fuentes de calcio. Los ejemplos incluyen espinacas, acelgas y hojas de remolacha.

Las buenas fuentes de calcio incluyen:

- Sardinas y salmón enlatado con huesos (esto solo se aplica a pescetarios y semi-vegetarianos)
- Productos lácteos, como leche, yogur, requesón y queso
- Verduras verdes, como col rizada, col rizada, bok choy y brócoli
- Naranjas e higos
- Tofu
- Almendras, nueces de Brasil, semillas de girasol, tahini y frijoles blancos
- Alimentos fortificados con calcio, como cereales, jugo de naranja y leche de soya, almendras y arroz

Ácidos grasos Omega-3: Los omega-3 son importantes para la salud del corazón y el cerebro. Las fuentes de omega-3 incluyen:

- Pescados grasos, como el fletán, la caballa, el salmón, el arenque y las sardinas (esto solo se aplica a pescatarios y semi-vegetarianos)
- Nueces y semillas, como nueces, semillas de calabaza, linaza molida, aceite de canola, semillas de chía
- Soja y aceite de soja
- Alimentos fortificados con omega-3, como pan, huevos, jugo y leche

Proteína: Si comes pescado y/o huevos y lácteos obtener suficiente proteína no será una preocupación para la mayoría de las personas. Las fuentes de proteínas también incluyen:

- Alimentos de soya, como nueces de soya, leche de soya, tempeh y tofu.
- Seitán (hecho de gluten).
- Sustitutos de carne vegetarianos. Solo hay que estar atento a los productos que son altos en sodio.
- Legumbres, frijoles y lentejas.
- Nueces, mantequillas de nueces, semillas y granos integrales.
- Productos lácteos como leche, yogur y requesón.

Estos alimentos no necesitan combinarse en la misma comida para obtener suficiente proteína. [738]

Las Directrices Alimentarias 2015-2020 incluyen un Patrón Vegetariano Saludable que fue adaptado del Patrón Saludable al Estilo Estadounidense, modificando las cantidades recomendadas de algunos grupos de alimentos. El actual Patrón Vegetariano Saludable incluye cambios en la composición y cantidades de los grupos de alimentos, con base en la evaluación de las elecciones alimentarias de los vegetarianos. [739]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para planificar menús para niños con dietas vegetarianas Al seguir una dieta vegetariana, tenga en cuenta lo siguiente: • Proporcione diferentes tipos de alimentos, incluyendo verduras, frutas, frijoles, nueces, semillas, granos integrales y lácteos y huevos bajos en grasa o sin grasa si su dieta los incluye. • Elija alimentos fortificados, como cereales, panes, leche de soja o almendras, y jugos de frutas para obtener una gama completa de nutrientes. • Limite los alimentos con alto contenido de azúcar, sal (sodio) y grasa. • Incluya una fuente de proteínas con todas las comidas. • Aprende a leer la Etiqueta de Información Nutricional en los paquetes de alimentos. La etiqueta te indica los ingredientes y el contenido nutricional del producto alimenticio. • Si sigues una dieta más restrictiva, es posible que quieras trabajar con un dietista para asegurarte de que estás obteniendo suficientes nutrientes. Nota: Los niños vegetarianos pueden necesitar tomar suplementos en casa si su dieta carece de ciertas vitaminas y minerales. [740]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Qué familiaridad tiene con alguna de las variedades de preferencias alimentarias (incluidas las que quizás no se hayan presentado en el libro)?

Servicio de comida familiar

Actualmente, el servicio tradicional de comidas al estilo familiar es el enfoque recomendado para servir comidas en entornos preescolares. Con este enfoque, todos los alimentos del menú se sirven al mismo tiempo en tazones para servir que se pasan alrededor de la mesa, y los niños auto-sirven las cantidades que desean. Hay una serie de ventajas potenciales para el servicio tradicional de comidas de estilo familiar, incluyendo permitir a los niños la oportunidad de autorregular el consumo (igualar la selección de alimentos con el nivel de hambre). [741]

cuatro niños comiendo estilo familiar

Figura 15.16 — Las comidas familiares tienen muchos beneficios para los niños. [742]

Este enfoque de la hora de comer crea una serie de hábitos saludables que son importantes para el crecimiento y desarrollo de los niños a cualquier edad. Los niños tienden a comer alimentos más saludables si ven que sus amigos lo prueban. Aprenden habilidades como turnarse, compartir y trabajar en equipo.

La cena familiar abre oportunidades de conversación, lo que aumenta el vocabulario, promueve el uso adecuado del lenguaje y la interacción con los amigos.

Hay aún más beneficios que apoyan un crecimiento saludable. Los niños aprenden:

- tamaños de porciones para cada grupo de alimentos
- reconocer cuando tienen hambre o están satisfechos
- cómo identificar los alimentos saludables y de dónde provienen
- para mejorar la motricidad fina

Los niños no son los únicos que se benefician. Los proveedores obtienen una mejor comprensión de los costos de los alimentos, obtienen ayuda con el servicio a la hora de comer y, con menos desperdicio de alimentos, ahorran dinero. [743]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para cenar al estilo familiar • **Comience con el equipo adecuado.** Al comprar platos para servir, utensilios y otros lugares, tenga en cuenta que deben ser aptos para niños y dimensionados para que las manos pequeñas maniobren • **Recuerda el nivel de habilidad de cada niño** a la hora de elegir tu menú. Los alimentos con dedos y los alimentos que son fáciles de navegar con un tenedor o cuchara de tamaño infantil son más fáciles de autoservicio para los niños más pequeños. • **Tener múltiples juegos de utensilios** y cucharas para servir en caso de que alguien deje caer uno en el piso. • **Dale a cada niño una tarea** para ayudar a poner la mesa. Un niño puede colocar los platos, uno puede colocar las tazas y así sucesivamente. Los niños tienen sentido de orgullo y pertenencia cuando tienen un papel contribuyente. • **Ofrezca una variedad de alimentos familiares** y no olvide introducir nuevos alimentos. Los niños están más dispuestos a probar algo nuevo cuando se sirven a sí mismos. • **Reserve porciones adicionales** para segundas raciones o en caso de que el tazón de comida se contamine. • **Proporcionar un bote de basura** para los niños en el que desechar servilletas y alimentos no consumidos. Proporcione una tina para que coloquen los platos sucios después de que los raspen. • **Mantenga los suministros de limpieza cerca.** Los derrames sucederán. Sea paciente y aproveche esta oportunidad como un momento de enseñanza sobre cómo limpiar. • Lo más importante, **comer con los niños.** Los niños aprenden de buenos modelos a seguir. Sentarse con ellos mientras todos comen también te permite iniciar conversaciones positivas a la hora de comer. [744]

Comida desde casa

Algunos programas de cuidado y educación temprana dependen de las familias para proporcionar algunas o todas las comidas y refrigerios de los niños. Según Sweitzer et al (2011), “[o] las bservaciones de almuerzos de niños de tres a cinco años que asisten a guarderías a tiempo completo apoyan la necesidad de educación de los padres sobre cómo empacar almuerzos saludables”. Emplazan varios estudios que muestran porciones inadecuadas de frutas y verduras y alimentos que no cumplen con las Ingestas Diarias de Referencia para los nutrientes esenciales en los alimentos traídos de casa. También ubican varios estudios que demostraron que los conocimientos y actitudes sobre la nutrición estaban vinculados positivamente con servir frutas y verduras a los niños. Según afirmaron, los padres reportan barreras para apoyar la alimentación saludable de sus hijos pequeños. “Las barreras comunes para el consumo de frutas y verduras son las preferencias del niño, el tiempo de preparación involucrado y el mayor costo de esos artículos”. [745]

Almuerzo escolar de pizza - Almuerzos portátiles para jardín de infantes bento... | Flickr

Figura 15.17 — Un sabroso y saludable almuerzo para llevar. [746]

Los alimentos traídos de casa, deben etiquetarse con el nombre y la fecha del niño y almacenarse en el refrigerador cuando sea necesario. Cuando se prepara y se sirve a los niños es importante seguir las prácticas de inocuidad alimentaria (discutidas en la siguiente sección del libro). Los alimentos para un niño nunca se deben dar a otro niño. [747]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	Consejos para apoyar a las familias en el suministro de alimentos nutritivos desde casa En el estudio Sweitzer et al (2011), se entrevistó a padres sobre cómo los programas de atención y educación temprana podrían ayudar a las familias a proporcionar una mejor nutrición a sus hijos. Aquí hay algunos consejos basados en sus hallazgos: • Proporcionar información regular por escrito a las familias sobre los nutrientes y su importancia para la salud • Proporcionar recetas y consejos convenientes y asequibles para las familias • Fomentar la conexión e interacción entre familias a través de eventos, grupos de apoyo e intercambios de recetas • Considerar incluir la nutrición como tema de talleres para familias • Conéctese con recursos comunitarios y mercados locales para ampliar las oportunidades e información para las familias • Recuerda ser económico con recursos y recetas compartidas [748]

Inocuidad Alimentaria

Incluso la comida más nutritiva, visualmente atractiva, asequible y deliciosa no mantendrá a los niños saludables si no se almacena, prepara y sirve de manera segura. Veamos las recomendaciones para la inocuidad de los alimentos en los programas de cuidado y educación temprana basados en la Guía de autoevaluación del Centro de Cuidado Infantil del Departamento de Servicios Sociales y del Programa de Defensor del Cuidado Infantil de California: Manejo y preparación segura de alimentos: requisitos de licencia y mejores prácticas.

Padres de familia hacen un recorrido por la nueva cocina instalada en la Edad Escolar Anexo 15 de agosto. El anexo fue reabierto luego de un proyecto de renovación de siete meses. (Foto de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos por Kenji Tholoweit)

Figura 15.18 — Es importante contar con una cocina con el equipo adecuado que sea fácil de mantener sanitaria. [749]

Compras Seguras

Al comprar alimentos para un programa de cuidado y educación temprana:

- No compre ni use carne, aves y productos cárnicos a menos que hayan sido inspeccionados.
- No use ni compre alimentos enlatados en casa de fuentes externas, alimentos de latas abolladas, oxidadas, abultadas o con fugas, o alimentos de latas sin etiquetas.
- No compre ni use leche o productos lácteos crudos o no pasteurizados, ni jugos no pasteurizados.
- Coloque alimentos congelados y productos perecederos como carne, aves o pescado en bolsas de plástico y póngalos en el carrito de compras por último.
- No compre paquetes rasgados o con fugas.
- No compre alimentos pasados “venderlos” o fechas de vencimiento. [750]

Almacenamiento antes de la preparación

Para mantener los alimentos a salvo del deterioro y la contaminación antes de prepararlos:

- Mantenga su refrigerador y congelador limpios y en condiciones seguras.
- Almacene jabones, detergentes, compuestos de limpieza o sustancias similares lejos de los suministros de alimentos para evitar intoxicaciones accidentales, posibles problemas de fugas y contaminación. Mantenga siempre estas sustancias alejadas de los niños.
- No almacene pesticidas y otras sustancias tóxicas similares donde almacene, cocine o prepare alimentos, o donde almacene equipo o utensilios de cocina. Mantenga siempre estas sustancias alejadas de los niños.
- Desempaque primero los alimentos perecederos del auto y póngalos en el refrigerador de inmediato.
- Mantenga la temperatura del refrigerador a 40° F o menos, y el congelador a 0° F, para ralentizar el crecimiento de la mayoría

de las bacterias y evitar que se multipliquen.

- Verifique la temperatura de su refrigerador y congelador diariamente con un termómetro para electrodomésticos.
- Mantenga todos los alimentos almacenados en el refrigerador y congelador cubiertos, envueltos, almacenados en recipientes herméticos o protegidos de cualquier otra manera de la contaminación.
- Envuelva la carne cruda, las aves y los mariscos de forma segura para evitar que los jugos crudos contaminen otros alimentos. Guárdalos en el cajón de carne o en la sección más fría del refrigerador o congelador.
- No almacene alimentos perecederos, como huevos, en la puerta del refrigerador. La temperatura de los contenedores de almacenamiento en la puerta fluctúa más que la temperatura en el gabinete.
- Cocine o congele aves frescas, pescado, carne molida y carnes mixtas dentro de los 2 días posteriores a la compra. Cocine o congele otra carne de res, ternera, cordero o cerdo dentro de 3 a 5 días.
- Use la tabla de almacenamiento en frío en la Tabla 15.9 para obtener pautas sobre cuánto tiempo se pueden almacenar de manera segura diferentes productos alimenticios en el refrigerador y congelador.
- Almacene los alimentos que no necesiten refrigeración de una manera que evite que insectos y roedores ingresen a los alimentos. Por ejemplo, mantenga los contenedores de almacenamiento fuera del piso.
- Almacene los alimentos secos a granel que no estén en sus recipientes originales sin abrir del piso en recipientes limpios de metal, vidrio o plástico apto para alimentos con cubiertas ajustadas. Etiquete y feche los envases.
- Mantenga los almacenes limpios, secos, bien ventilados y frescos (aproximadamente 60° F).
- Estas pautas de almacenamiento de alimentos refrigerados en el hogar evitarán que se estropeen o se vuelvan peligrosos de comer. Las pautas para el almacenamiento del congelador son solo de calidad. Los alimentos congelados permanecen seguros indefinidamente. [751]

Cuadro 15.9 — Gráfico de Almacenamiento en Frío [752]

Producto Alimenticio	Refrigerador (40 F)	Congelador (0 F)
Huevos Fresco, con cáscara Dura	3 a 5 semanas 1 semana	No congelar No se congele bien
Huevos pasteurizados líquidos, sustituto de huevo Abierto Sin abrir	3 días 10 días	No se congele bien 1 año
Delicatessen y productos envasados al vacío Ensaladas de huevo, pollo, jamón, atún y macarrones	3 a 5 días	No se congele bien
Hot Dogs Paquete abierto Paquete sin abrir	1 semana 2 semanas	1 a 2 meses 1 a 2 meses

Carne de almuerzo Paquete abierto o deli-rebanado Paquete sin abrir	3 a 5 días 2 semanas	1 a 2 meses 1 a 2 meses
Bacon y Chorizo Bacon Salchicha, cruda, de cerdo, pollo, pavo y ternera	7 días 1 a 2 días	1 mes 1 a 2 meses
Hamburguesas y otras carnes molidas Hamburguesa de carne molida, pavo, ternera, cerdo, cordero y mezclas de ellos	1 a 2 días	3 a 4 meses
Carne Fresca, Ternera, Cordero y Cerdo filetes Chuletas Asados	3 a 5 días 3 a 5 días 3 a 5 días	6 a 12 meses 4 a 6 meses 4 a 12 meses
Aves Frescas Pollo o pavo entero Pollo o pavo, trozos	1 a 2 días 1 a 2 días	1 año 9 meses
Mariscos Pescado magro (platija, eglefino, fletán, etc.) Pescado graso (salmón, atún, etc.)	1 a 2 días 1 a 2 días	6 a 8 meses 2 a 3 meses
Sopas y Guisos Vegetales o carnes añadidas	3 a 4 días	2 a 3 meses
Sobras Carne o aves cocidas Nuggets o empanadas de pollo Pizza	3 a 4 días 3 a 4 días 3 a 4 días	2 a 6 meses 1 a 3 meses 1 a 2 meses

Preparando

Las prácticas de preparación de alimentos seguros incluyen:

- Mantenga todos los equipos de cocina, platos y utensilios limpios y en condiciones seguras.
- Lave los platos y los utensilios para comer y servir en un lavavajillas (alcanzar una temperatura de 165° F durante el ciclo de lavado o secado) o a mano con un agente desinfectante.
- Mantenga el área de preparación de alimentos separada de las áreas de comer, dormir la siesta, juegos, baños y baños, y de las áreas donde se guardan los animales. Nunca use el área de preparación de alimentos como pasadizo mientras se prepara la comida.
- Asegúrese de que todo el personal se lave las manos antes de preparar los alimentos, servir y comer comidas y refrigerios, y después de ir al baño, cambiar pañales y actividades al aire libre. La mejor manera de combatir la propagación de enfermedades transmisibles o gérmenes es lavando cuidadosamente las manos con jabón líquido, enjuagando con agua corriente y secando con toallas de papel.
- No lavarse las manos en fregaderos de preparación de alimentos para evitar la contaminación de los alimentos.
- Mantenga en buen estado todas las superficies que entren en contacto con alimentos (incluyendo mesas y encimeras), pisos y estanterías. Use materiales lisos y no porosos que se limpien y desinfecten fácilmente.
- Use tablas de cortar que se puedan desinfectar (como vidrio, Formica o plástico). Siempre límpielos con jabón y agua caliente después de cada uso.
- No use tablas de cortar con hendiduras y cortes porque pueden ocultar material alimenticio que puede cultivar bacterias y contaminar el siguiente corte de alimentos en la superficie.

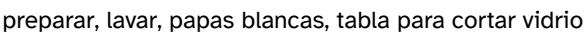


Figura 15.19 — Una tabla de cortar de vidrio no desarrolla cortes y grietas y se puede desinfectar fácilmente. [753]

- Siempre limpie y desinfecte las tablas de cortar, cuchillos y otros utensilios después de que entren en contacto con carne cruda, aves y mariscos. Use una tabla de cortar para productos cárnicos crudos y otra para ensaladas y alimentos listos para comer para evitar la contaminación cruzada de bacterias de un alimento a otro.
- Seque los platos lavados a mano al aire para eliminar la recontaminación de las manos o toallas.
- Use platos con superficies lisas y vidriadas duras que no tengan grietas ni astillas.
- Limpie y desinfecte las superficies de las mesas antes y después del uso.
- Desinfecte los trapos y esponjas de cocina a menudo porque estos materiales pueden ocultar bacterias y promover su crecimiento.
- Lave los paños y paños de cocina a menudo con agua caliente en la lavadora.
- Limpie la hoja del abrelatas después de cada uso.
- Mantenga la basura en un contenedor cubierto, lejos de los niños. Vacíe la basura todos los días para reducir los olores, controlar insectos y roedores, y proteger a los niños y al centro de cuidado infantil de la contaminación.
- Ocasionalmente, desinfecte el fregadero de la cocina, drene, deseche y conecte la tubería vertiendo una solución de una cucharadita de lejía con cloro en un cuarto de galón de agua o una solución de limpieza comercial por el desagüe.
- Lave las frutas y verduras frescas con agua, y jabón y cepillo de fregar cuando sea necesario, para reducir o eliminar cualquier pesticida o residuo.
- No permita que los bebés y niños pequeños en el área de preparación de alimentos los protejan de los peligros de la cocina. [754]

Descongelación

Para protegerse contra las enfermedades transmitidas por los alimentos, siga las siguientes prácticas al descongelar alimentos congelados

- No descongele la carne, las aves de corral y los productos pesqueros en el mostrador ni se hunda porque las bacterias dañinas pueden crecer a temperatura ambiente.
- Descongele los alimentos en el refrigerador o en el horno de microondas.
- Inmediatamente cocine los alimentos descongelados en el microondas.
- Use alimentos descongelados (cocidos o congelados) dentro de 1 a 2 días. [755]

Cocinar

Los alimentos deben cocinarse a temperaturas suficientemente altas y durante el tiempo suficiente para matar cualquier posible microorganismo con el que puedan estar contaminados. Aquí hay algunas pautas generales

- Nunca sirva huevos crudos o ligeramente cocidos. Cocine los huevos hasta que el blanco esté firme y la yema comience a endurecerse. Sustituya los huevos crudos por huevos pasteurizados si toma muestras de masa casera, masa de pastel o come otros alimentos hechos con huevos crudos como helado, mayonesa y ponche de huevo.
- Use un termómetro de carne para determinar la temperatura en la parte más gruesa de la carne. [756] Cocine todos los alimentos a estas temperaturas internas mínimas proporcionadas en la Tabla 15.8 según se mide con un termómetro para alimentos antes de retirar los alimentos de la fuente de calor. Por razones de preferencia personal, los consumidores pueden optar por cocinar los alimentos a temperaturas más altas. [757]

Archivo:Termómetro de alimentos 2.JPG

Figura 15.20 — Use un termómetro de carne para asegurarse de que los alimentos se cocinen adecuadamente.

Cuadro 15.8 — Tabla de Temperatura Interna Mínima Segura [758]

Producto Alimenticio	Temperatura interna mínima (F) y tiempo de descanso
Carnes molidas	160
Carne de res, Cerdo, Ternera y Cordero Filetes, chuletas, asados	145 y dejar reposar por lo menos 3 minutos
Jamón fresco o ahumado (crudo)	145 y dejar reposar por lo menos 3 minutos
Jamón Totalmente Cocido (para recalentar)	Recaliente los jamones cocidos envasados en plantas inspeccionadas por el USDA a 140 °F; todos los demás a 165 °F
Todas las aves de corral (pechugas, aves enteras, patas, muslos y alas, aves molidas y relleno)	165
Huevos	160
Pescados y Mariscos	145
Sobras, para recalentar	165
Sobras	165

Servicio de Alimentos

Para continuar protegiendo contra las enfermedades transmitidas por los alimentos y prevenir lesiones, los alimentos deben servirse siguiendo las pautas de seguridad alimentaria, que incluyen:

- Mantenga los alimentos calientes calientes (más de 140° F) y los alimentos fríos (por debajo de 40° F) hasta que se coman o cocinen.
- Lleve comida de picnic perecedera en una hielera con una bolsa fría o hielo. Guarde el enfriador a la sombra y ábralo lo menos posible.
- No deje afuera los alimentos cocinados y perecederos, incluidos los alimentos calientes como sopas o salsas, por más de dos horas después de cocinarlos (una hora a temperaturas superiores a 90° F). Las bacterias que causan enfermedades transmitidas por los alimentos crecen rápidamente a temperatura ambiente.
- Nunca ofrezca alimentos redondos, duros, pequeños, gruesos y pegajosos, lisos o resbaladizos a niños menores de cuatro años porque pueden causar asfixia. Perritos calientes (cortados en rodajas), uvas enteras, caramelos duros, nueces, semillas, guisantes crudos, frutos secos, pretzels, papas fritas, cacahuetes, palomitas de maíz, malvaviscos, cucharadas de mantequilla de maní y trozos de carne, que son más grandes de lo que se puede tragar enteros son ejemplos de alimentos que pueden causar asfixia.
- Cortar los alimentos en trozos pequeños para bebés (¼ de pulgada) y niños pequeños (½ pulgada).
- No use hornos microondas para calentar biberones y alimentos infantiles porque el microondas puede calentar líquidos o alimentos de manera desigual y a temperaturas escaldadas. La leche o fórmula en una botella microondas puede alcanzar una temperatura más alta que la del exterior de la botella. [759]

Manejo de Sobras

Toda la comida que se haya servido a los niños debe desecharse después de la comida o merienda. Si un programa elige ahorrar alimentos que no han sido servidos a niños, siga estas pautas:

- Divida grandes cantidades de sobras (por ejemplo, grandes cortes de carne o aves de corral) en porciones más pequeñas y colóquelas en recipientes poco profundos antes de refrigerarlos para un enfriamiento más rápido.
- Use las sobras refrigeradas dentro de tres a cuatro días o deséchelas.
- Lleve las salsas, las sopas y la salsa a ebullición al recalentar. Calentar otras sobras a 165° F. [760]

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Signo de interrogación Valhalla.png	Pausa para reflexionar ¿Cuáles son algunas cosas nuevas que aprendiste sobre la inocuidad de los alimentos? ¿Tiene alguna duda sobre la inocuidad alimentaria que no se abordó en esta sección? Si es así, ¿dónde podrías encontrar respuestas a ellos?

Resumen

Cuando el personal de los programas de cuidado y educación temprana comprende los patrones de comida de CACFP y las fuentes de salud para todos los grupos de alimentos, tiene la base para planificar menús que consideran el costo, la variedad, la estética y el equilibrio. También pueden apoyar a las familias en el suministro de alimentos saludables a sus hijos. Y con una base sólida en las políticas y prácticas de seguridad alimentaria, pueden comprar, almacenar, preparar, cocinar y servir alimentos a los niños de manera segura.

icono de la computadora portátil	Recursos para una mayor exploración • Instituto de Nutrición Infantil: https://theicn.org/ • Patrones de comidas del Departamento de Educación de California CACFP Recursos: https://www.cde.ca.gov/ls/nu/he/cacfpresource.asp • Laboratorio Virtual Menú Escolar Planeación para el Éxito: https://www.virtuallabschool.org/foc...rvice/lesson-1 • CACFP Guía de Planeación de Menús: healthymeals.fns.usda.gov/hs... u-planning.pdf • Manual de Acreditación para el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos: https://www.cacfp.org/files/9914/424...nghandbook.pdf • Materiales educativos culturales y étnicos en alimentación y nutrición: Una lista de recursos para educadores: www.nal.usda.gov/sites/default/files/fnic_uploads/ethnic.pdf • Orientación sobre Alimentos para Creencias Religiosas: https://www.publichealth.hscni.net/s...hsPosterA2.pdf • Vegetarianismo y Niños: https://www.nal.usda.gov/fnic/vegeta...m-and-children • Laboratorio Virtual Escuela Comedor Familiar en Guarderías: https://www.virtuallabschool.org/foc...rvice/lesson-2 • Portal Federal de Seguridad Alimentaria: www.foodsafety.gov • Seguridad Alimentaria de los CDC: https://www.cdc.gov/foodsafety/ • Guía de compra de alimentos para programas de nutrición infantil Herramienta interactiva basada en la web: https://foodbuyingguide.fns.usda.gov/

This page titled 4: Planeación de menús e inocuidad alimentaria is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- 15: Menu Planning and Food Safety by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndices

This page titled Apéndices is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

Apéndice A- Lista de verificación de 15 imprescindibles para todos los programas de cuidado infantil

Apéndice A: Lista de verificación [761] de 15 imprescindibles para todos los programas de cuidado infantil

Tabla A.1 ¿Puedes verificar sí para cada uno de estos 15 imprescindibles?

Programa #1		Programa #2		Programa #3		
Preguntas	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿El programa tiene licencia? Pide ver la licencia. Si no, pregunta por qué y luego revisa las licencias de tu Estado regulaciones para asegurarse de que el programa no es requerido para tener licencia. Mire los informes de inspección anteriores del programa y historial de quejas.						
¿Se permiten y fomentan las visitas de los padres en cualquier momento el programa de cuidado infantil está abierto? Si usted es no se permite visitar en ningún momento (Sin llamar adelante), este no es el mejor programa para tu hijo y deberías considerar un programa diferente.						

¿El programa tiene un número apropiado de adultos colmillos después de cada grupo ¿De niños? Esto es conocida como la relación niño-adulto. Recomendado las proporciones suelen ser más bajas para los niños más pequeños. Para ejemplo, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los centros de cuidado infantil no tengan más de 3 infantes menores de 12 meses de edad por adulto. Son los niños, incluidos los bebés, supervisados en absoluto veces, ¿hasta están durmiendo? ¿El director (De un centro de cuidado infantil) tiene grado universitario en desarrollo infantil o un campo? Profesores de DO (o el propietario y operador de un hogar de cuidado infantil familiar) tener una credencial o universidad grado en educación de la primera infancia o un ¿Todos los adultos del programa reciben capacitación continua? en trabajar ¿Con los niños y el desarrollo infantil?						
¿Hay un horario planificado para cada día o semana? que fomente el aprendizaje e incluya juego tranquilo, actividades grupales e individuales de aprendizaje, tiempo de descanso, y tiempos de comida?						
Es el medio ambiente seguro, limpio y bien mantenido? Por ejemplo, se proporcionan cunas seguras para cada bebé, y el programa sigue seguro pautas de sueño? ¿Están cubiertos los enchufes eléctricos? Son medicamentos y artículos peligrosos, incluyendo artículos de limpieza, mantenidos fuera del alcance de los niños?						

¿Existe una política disciplinaria escrita que explique cómo ¿Se manejan preocupaciones de comportamiento? Disciplina DO técnicas incluidas en la política enseñan y orientan niños en lugar de castigarlos? Por ejemplo, la política deja claro que no habrá ¿Nalgadas, humillantes o excluyendo a los niños? CÓMO el programa se asegura de que las técnicas utilizado de maneras que son claras, consistentes y justas?						
¿El programa se siente cálido y acogedor? Son los niños felizmente comprometidos en actividades?						
¿Los adultos parecen disfrutar trabajando y cuidando para los niños? ¿Están involucrados activamente con el niños y hacen que presten atención a las necesidades de cada niño? Que todos los adultos que trabajan en el programa hayan tenido verificaciones de antecedentes estatales y nacionales, incluyendo huellas dactilares?						
¿Se ha capacitado a los adultos del programa sobre cómo para prevenir el abuso infantil cómo reconocer y reportar las señales de abuso?						

¿Hay alguien presente en todo momento que haya sido capacitado en primeros auxilios pediátricos y RCP? ¿El personal lo sabe ¿cómo responder a una reacción alérgica? ¿Hay un botiquín de primeros auxilios disponible? ¿Están los adultos en el programa entrenado en cómo prevenir lesiones? ¿El programa tiene un plan claro y escrito para seguir a un niño está lesionado, enfermo, o perdido? ¿Hay un plan escrito para emergencias y desastres como incendios o inundaciones? ¿El programa realiza simulacros de incendio regulares?						

This page titled Apéndice A- Lista de verificación de 15 imprescindibles para todos los programas de cuidado infantil is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix A- 15 Must Haves for All Child Care Programs Checklist by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice B- Título 22 Aspectos destacados del Reglamento de Licencias

Apéndice B: Título 22 Aspectos destacados del Reglamento de Licencias 762

101152 DEFINICIONES

- Centro de Cuidado Infantil significa cualquier centro de cuidado infantil de cualquier capacidad, que no sea un Hogar de Cuidado Infantil Familiar, en el que se brinden menos de 24 horas al día, atención no médica y supervisión a niños en un entorno grupal
- El Departamento significa el Departamento de Servicios Sociales de California o agencia que está autorizada para asumir responsabilidades de licencia.

101156 SE REQUIERE LICENCIA

- A menos que un acuerdo de cuidado infantil esté exento de licencia (101158), ningún adulto, sociedad, corporación, agencia pública u otra entidad gubernamental operará, establecerá, administrará, conducirá o brindará atención y supervisión sin una licencia válida del Departamento.

101160 PUBLICACIÓN DE LICENCIA

- La licencia se colocará en un lugar prominente y de acceso público en el centro.

101167 TRANSFERENCIA Y VENTA

- Una licencia no es transferible.
- El licenciatario deberá notificar por escrito al departamento y al padre/tutor legal del niño la intención de vender la guardería al menos 20 días antes de la transferencia del inmueble o negocio.
- El vendedor notificará por escrito a un posible comprador la necesidad de obtener una licencia.
- El posible comprador deberá presentar una solicitud de licencia dentro de los cinco días siguientes a la aceptación de la oferta por parte del vendedor.

101169 SOLICITUD DE LICENCIA

- 101170 Liquidación de antecedentes penales
  - El Departamento llevará a cabo una revisión de antecedentes penales de todas las personas que trabajan en un centro de cuidado infantil, incluyendo:
  - Adultos encargados de la administración o supervisión del personal.
  - Toda persona, que no sea un niño, que resida en la instalación.
  - Toda persona que brinde atención y supervisión a niños.
  - Cualquier persona del personal que tenga contacto con los niños.
  - Quedan exentos los familiares y tutores legales de un niño en la instalación.
  - Un voluntario o estudiante que siempre esté supervisado directamente por un personal con huellas dactilares, y que no pase más de 16 horas semanales en las instalaciones está exento.
  - Antes del empleo, residencia o presencia inicial en el centro de cuidado infantil, todas las personas sujetas a revisión de antecedentes penales deberán obtener una autorización del Departamento de Justicia, o solicitar la transferencia de una autorización vigente para asociarse con la instalación.

  101170.2 ÍNDICE CENTRAL DE ABUSO

  - Se realizará una revisión del Índice Central de Maltrato Infantil sobre el solicitante y todas las personas sujetas a una revisión de antecedentes penales antes de obtener la licencia, empleo o presencia inicial en la instalación.

101171 ABORAMIENTO DE FUEG

- Todos los Centros de Cuidado Infantil deberán asegurar y mantener una autorización contra incendios.

101173 PLAN DE OPERACIÓN

- Cada licenciatario conservará en archivo un plan de operación vigente, escrito y definitivo. Este documento debe contener los métodos del programa; metas; políticas de admisión, procedimientos y acuerdos; la organización administrativa y el plan de dotación de personal; un boceto del edificio; menús de muestra y arreglos de transporte.

101174 PLAN DE DESASTRES Y Masivas

- Cada licenciatario deberá contar con un plan de acción para casos de desastre por escrito.
- Los simulacros de desastre se documentarán y realizarán cada seis meses.

101175 EXENCIONES Y EXCEPCIONES DE FLEX

- El Departamento tiene la autoridad para aprobar el uso de conceptos alternos, programas, servicios, equipo, espacio, calificaciones, ratios y proyectos de demostración cuando exista una alternativa de servicios seguros y adecuados presentados por escrito con pruebas que sustenten la solicitud.

101179 Determinación de la capacidad

- Se expide licencia para un aforo específico que es el número máximo de niños que pueden ser atendidos en un momento dado. El número de niños está determinado por la remoción de incendios; las características físicas del Centro de Cuidado Infantil, incluido el espacio disponible; y el personal disponible para atender las necesidades de atención y supervisión de los niños.

101182 EMISIÓN/PLAZO DE LICENCIA

- Se emite una licencia por separado para cada componente de edad.
- Al arriendo, un director o maestro del centro deberá contar con 15 horas de capacitación en prácticas preventivas de salud, incluyendo reanimación cardiopulmonar pediátrica y primeros auxilios pediátricos. Un miembro del personal con certificación en RCP pediátrica y primeros auxilios deberá estar presente en todo momento.

101187 TARIFAS DE LICENCIA

- Al licenciatario se le cobrará solicitud y cuotas anuales.

101193 DEFICIAS EN CUMPLIMIENTO

- Si durante una evaluación de licencia el evaluador determina que existe una deficiencia, se emitirá un aviso de deficiencia por escrito, a menos que la deficiencia se corrija durante la visita.
- El encargado de la instalación se reunirá con el evaluador para discutir las deficiencias observadas y elaborar conjuntamente un plan de corrección.

101200 AUTORIDAD DE INS

- El Departamento tiene autoridad de inspección para ingresar e inspeccionar una instalación sin previo aviso.
- El Departamento tiene la autoridad para entrevistar a niños o personal, y para inspeccionar y auditar los registros de niños o Centros de Cuidado Infantil, sin consentimiento previo.

101206 REVOCACIÓN O SUSPENSIÓN DE LICENCIA

- El Departamento tiene la facultad de suspender o revocar una licencia.

101208 EXCLUSIONES

- El Departamento podrá prohibir que una persona sea empleada o autorizada en una instalación autorizada o que preste servicios como administrador de la instalación.

101212 REQUISITOS

- El licenciatario deberá reportar al Departamento la información requerida sobre el director del centro, cualquier intención de realizar cambios estructurales en la instalación, o cualquier cambio en el plan de operación que afectaría los servicios a los niños.
- El licenciatario deberá informar al Departamento de las siguientes incidencias:
- Cualquier lesión a cualquier niño que requiera tratamiento médico.
- Cualquier incidente inusual o ausencia infantil que amenace la seguridad.
- Cualquier sospecha de abuso físico o psicológico de cualquier niño.

101213 FINANZAS

- El licenciatario deberá desarrollar un plan financiero para cubrir los costos operativos y mantener registros financieros.

101214 ACUNTABI LITY

- El licenciatario es responsable de la supervisión general del Centro de Atención Infantil y del establecimiento de políticas relativas a su funcionamiento.

101215.1 CALIFICACIONES DEL DIRECTOR DEL CENTRO DE

- Todos los centros contarán con un director que se encargue de la operación del centro, incluyendo el cumplimiento de la normatividad, y las comunicaciones con el Departamento. El director deberá estar en las instalaciones durante el horario de operación y no aceptará empleos externos que interfieran con los deberes señalados.
- Cuando el director está ausente, un maestro plenamente calificado puede actuar como sustituto.
- Los directores de centros de cuidado infantil deberán haber concluido uno de los siguientes antes de su empleo:
- Graduación de secundaria o GED y 15 unidades semestrales en una universidad acreditada en clases específicas de educación infantil. Tres de las unidades requeridas estarán en administración o relaciones con el personal y 12 unidades incluirán cursos que cubran el área de crecimiento y desarrollo infantil; niño, familia y comunidad; y programa/plan de estudios y cuatro años de experiencia docente en un centro con licencia o programa de cuidado infantil grupal comparable o
- Se requieren dos años de experiencia si el director tiene un título AA con especialización en desarrollo infantil o
- Un permiso de supervisor de sitio de desarrollo infantil o un permiso de director del programa de desarrollo infantil emitido por la Comisión de Acreditación de Maestros de California

101216 REQUISITOS DE

- El director deberá completar 15 horas de capacitación en salud y seguridad, en su caso, de conformidad con el Código de Salud y Seguridad Sección 1596.866.
- El personal será competente para brindar los servicios necesarios para atender las necesidades individuales de los niños en atención y habrá suficiente personal para atender esas necesidades.
- Los licenciatarios pueden utilizar voluntarios siempre que los voluntarios sean supervisados y no estén incluidos en el plan de dotación de personal.
- El personal del centro deberá tener al menos 18 años de edad.
- Todo el personal deberá estar en buen estado de salud y física y mentalmente capaz de realizar las tareas asignadas.
- Se requiere un examen de salud, incluyendo una prueba de tuberculosis.
- El personal velará por el cuidado y la seguridad de los niños sin abuso físico o verbal, explotación o prejuicio.

101216.1 CALIFICACIONES PROFESOR

- Un maestro deberá haber completado con calificaciones aprobatorias al menos seis unidades del semestre postsecundario de clases específicas de educación infantil, o tener un permiso válido de Asistente de Desarrollo Infantil emitido por la Comisión de Maestros de California
- Credencialización. Un maestro contratado con seis unidades deberá completar al menos dos unidades adicionales cada semestre hasta que esté completamente calificado.
- Un maestro totalmente calificado deberá contar con 12 unidades semestrales postsecundarias en educación infantil de una universidad acreditada y seis meses de experiencia laboral en un Centro de Cuidado Infantil con licencia o programa similar. Las unidades especificadas incluirán cursos que abarquen el crecimiento y desarrollo infantil; niño, familia y comunidad; y programa/plan de estudios.

- El docente deberá completar 15 horas de capacitación en salud y seguridad, en su caso, conforme al código de Salud y Seguridad, Sección 1596.866.

101216.2 CALIFICACIONES DE AYUDANTE

- Un asistente en un Centro de Cuidado Infantil debe tener 18 años de edad, ser egresado de secundaria o estar participando actualmente en un programa ocupacional en la preparatoria.
- Un ayudante trabajará únicamente bajo la supervisión directa de un maestro.
- Un ayudante puede escoltar o ayudar a los niños a ir al baño y puede supervisar a los niños que duermen la siesta sin estar bajo la supervisión directa de un maestro.

101216.3 RELACIÓN MAESTRO/INFANTIL

- Habrá una proporción de un maestro observando y supervisando visualmente no más de 12 niños presentes. El número total de hijos no excederá de la capacidad autorizada.
- El licenciatario puede utilizar ayudantes maestros en una proporción maestro-hijo de un maestro y un ayudante por cada 15 niños.
- Se permite una proporción de un maestro completamente calificado y un ayudante por cada 18 niños si el asistente tiene seis unidades semestrales de educación infantil de una universidad acreditada.
- El director podrá ser incluido en la proporción maestro-hijo cuando el director esté enseñando realmente a un grupo de niños.
- Los licenciatarios deberán mantener una lista actualizada de sustitutos calificados.
- Un maestro no debe realizar tareas de limpieza o mantenimiento que le impidan realizar tareas relacionadas con la atención y supervisión a los niños.
- Las personas empleadas para funciones de oficina, limpieza y manutención no están incluidas como maestros en la proporción maestro-hijo.

101216.4 COMPONENTE NIÑO

- Los licenciatarios que atienden a niños en edad preescolar pueden crear un componente especial del programa para niños de entre 18 meses y 30 meses.
- Se mantendrá una proporción de seis hijos por cada maestro para todos los niños que asistan en el niño programa.
- El tamaño máximo del grupo con dos maestros, o un maestro totalmente calificado y un ayudante no excederá de 12 niños pequeños.
- El programa para niños pequeños debe estar físicamente separado.

101218.1 Trámites de admisión

- El licenciatario deberá contar con políticas que permitan al centro comprender el estado de salud y desarrollo del niño y evaluar si el centro puede satisfacer las necesidades individuales del niño.
- El representante autorizado del niño recibirá información escrita sobre las políticas del centro incluyendo servicios, actividades, horarios, honorarios y procedimientos a seguir en caso de emergencia, enfermedad o lesión.
- El licenciatario deberá colocar el PUB 393, Centro de Cuidado Infantil Notificación de los Derechos de los Padres de Familia Cartel, en una zona prominente accesible del centro.

101219 ACUERDOS DE ENTRADA

- Los licenciatarios y el representante autorizado del menor deberán completar un acuerdo de admisión individual vigente por escrito para el niño. Dicho documento deberá especificar los servicios básicos, las disposiciones de pago, las condiciones de modificación, las condiciones de reembolso, los derechos del Departamento y las disposiciones de rescisión.

101220 EVALUACIONES MÉDICAS DE

- Antes o dentro de los 30 días naturales siguientes a la inscripción, el licenciatario obtendrá una evaluación médica escrita del niño por un médico con licencia. La evaluación debe tener menos de un año de antigüedad.

101220.1 INMUNIZACIONES

- Antes de ingresar a un Centro de Cuidado Infantil, los niños serán inmunizados contra enfermedades como lo exige el

Código de Reglamentos de California, Título 17.
- El licenciatario debe documentar y mantener los registros de vacunas de cada niño mientras el niño esté inscrito.

101221 REGISTROS INFANTIL

- Se debe mantener un registro separado, completo y actual para cada niño.
- Toda la información y los registros obtenidos de o relacionados con niños son confidenciales.

101223 DERECHOS PERSONALES

- El licenciatario velará por que se otorguen a cada niño los siguientes derechos personales:
- A que se le otorgue dignidad en sus relaciones personales con el personal.
- Para recibir alojamientos seguros, saludables y cómodos.
- Estar libre de castigos corporales o inusuales, infligir dolor, humillación, intimidación, ridículo, coerción, amenaza, abuso mental u otras acciones de carácter punitivo, incluida la interferencia con funciones de la vida diaria como comer, dormir o ir al baño, o retener refugio, ropa, medicamentos o ayudas al funcionamiento físico.
- Ser libre de asistir a los servicios religiosos o actividades de su elección.
- No estar encerrado en ninguna habitación, edificio o local del centro.
- No debe colocarse en ningún dispositivo de restricción.
- El centro deberá informar de estos derechos al representante autorizado de cada niño y proporcionar copia del formulario Derechos Personales. Este formulario también debe ser publicado.

101223.2 DISCIPLINA

- No se permite ninguna forma de disciplina o castigo que vulnere los derechos personales de un niño independientemente del consentimiento o autorización del representante autorizado.

101224 TELÉFONOS

- Todos los Centros de Cuidado Infantil deberán tener servicio telefónico de trabajo en el lugar.

101225 TRANSPORTE

- Sólo se permitirá el transporte de niños a los conductores con licencia para el tipo de vehículo operado.
- Los vehículos de motor utilizados para el transporte de niños se mantendrán en condiciones de funcionamiento seguro.
- Todos los ocupantes del vehículo deberán estar asegurados en un sistema de retención apropiado. No se dejará a los niños en vehículos estacionados.

101226 Servicios relacionados con la salud

- El licenciatario notificará inmediatamente al representante autorizado del menor si éste se enferma o sufre una lesión más grave que un corte o rasguño menor.
- El licenciatario documentará todas las lesiones leves y notificará al representante autorizado del menor la naturaleza de la lesión cuando el niño sea recogido del centro.
- El licenciatario hará las gestiones oportunas para obtener el tratamiento médico de cualquier niño según sea necesario.
- En los centros donde el licenciatario elige manejar medicamentos:
- Los medicamentos deben mantenerse inaccesibles para los niños.
- Los medicamentos recetados deben administrarse de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta según lo prescrito por el médico del niño y debe haber aprobación por escrito e instrucciones del representante autorizado del niño antes de darle la medicación al niño.
- Los medicamentos de venta libre deben administrarse de acuerdo con la etiqueta del producto y debe haber aprobación por escrito e instrucciones del representante autorizado del niño antes de darle la medicación al niño.

101226.1 Inspección diaria para enfermedades

- El licenciatario se encargará de garantizar que no se acepten a los niños con síntomas evidentes de enfermedad.
- Ningún niño será aceptado sin contacto entre el personal del centro y la persona que lleve al niño al centro.

101226.2 AISLAMIENTO PARA ENFERMED

- Se habilitará un centro para aislar y atender a cualquier niño que se enferme durante el día.
- Se notificará inmediatamente al representante autorizado del niño cuando el niño se enferme lo suficiente como para requerir el aislamiento, y se le pedirá que lo recoja a la mayor brevedad posible.

101227 COMIDA SERVICIO

- La selección de alimentos, la preparación de almacenamiento y el servicio serán seguros y saludables y de la calidad y cantidad necesarias para satisfacer las necesidades de los niños.
- Los servicios de comidas son optativos.
- Entre comidas, los refrigerios deben estar disponibles para todos los niños. Los refrigerios incluirán porciones de dos o más de los cuatro grupos principales de alimentos.
- Los menús deben estar por escrito y publicarse con al menos una semana de anticipación.
- Los pesticidas y sustancias tóxicas similares no deben almacenarse con los alimentos.
- Los jabones y los compuestos de limpieza deben almacenarse por separado de los alimentos.
- Las cocinas y áreas de alimentos deberán estar limpias.
- Todos los alimentos deberán estar protegidos contra la contaminación.
- El equipo necesario incluye un fregadero, refrigeración, agua corriente fría y caliente y espacio de almacenamiento. Este equipo debe estar bien mantenido.

101229 RESPONSABILIDAD DE PRESTAR ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN

- El licenciatario deberá brindar atención y supervisión según sea necesario para atender las necesidades de los niños. Ningún niño se quedará sin la supervisión de un maestro en ningún momento. La supervisión incluye la observación visual.

101229.1 Iniciar sesión y cerrar sesión

- El licenciatario desarrollará, mantendrá e implementará un procedimiento escrito para firmar la entrada y salida del niño del centro. La persona que firme la entrada y salida del niño utilizará su firma legal completa y registrará la hora del día. Todas las hojas de registro de entrada/salida se conservarán durante un mes.

101230 ACTIVIT IES Y NAPPING

- Cada centro proporcionará una variedad de actividades diarias que incluyen juegos tranquilos y activos, descanso y relajación, comer y ir al baño.
- A todos los niños se les dará la oportunidad de tomar una siesta o descansar sin distracciones.
- Un espacio para dormir y una cuna o colchoneta deben estar disponibles para cada niño menor de 5 años.
- Ningún niño será obligado a permanecer despierto o permanecer en el área de siesta más tiempo que el período normal de siesta.
- Se permite una proporción maestro-hijo de un maestro o ayudante que supervise a 24 niños que duermen siestas, siempre que los maestros restantes necesarios para cumplir con las proporciones generales estén disponibles de inmediato en el centro.

101231 Prohibición de fumar

- Está prohibido fumar en las instalaciones de un Centro de Cuidado Infantil.

101237 REALTERACIONES A EDIFICIOS EXISTENTES

- Previo a la construcción o alteraciones, el licenciatario notificará al Departamento los cambios propuestos.

101238 EDIFICIOS Y TERRENOS

- El centro deberá estar limpio, seguro, sanitario y en buen estado en todo momento.
- Todos los niños serán protegidos contra peligros.
- Los licenciatarios garantizarán la inaccesibilidad de las albercas y de todos los cuerpos de agua.
- Desinfectantes, soluciones de limpieza, venenos y artículos que puedan representar un peligro para los niños se almacenarán donde sean inaccesibles para los niños
- Se cerrarán con llave las áreas de almacenamiento de venenos.
- No se permiten armas de fuego y otras armas en las instalaciones.

101238.2 ESPACIO EXTERIOR ACT IVITY

- Habrá al menos 75 pies cuadrados por niño de espacio para actividades al aire libre. El espacio al aire libre proporcionará un área de descanso sombreada y permitirá que los niños lleguen al espacio de actividades de manera segura.
- La superficie del espacio de actividades deberá estar en condiciones de seguridad y libre de peligros.
- Las áreas alrededor y debajo del equipo de escalada, columpios, toboganes y equipo similar deberán estar acolchadas con material que absorba las caídas.
- Las cajas de arena se inspeccionarán diariamente y se mantendrán libres de materiales extraños.
- El patio de recreo estará encerrado por una barda de al menos cuatro pies de altura.
- El equipo peligroso, como una caja de fusibles, será inaccesible.

101238.4 ESPACIO DE ALMAC

- Cada niño deberá tener un espacio de almacenamiento individual para artículos personales.
- Debe haber espacio de almacenamiento en las salas de juegos para materiales y equipos.

101239 ACCESORIOS, MUEBLES, EQUIPOS Y SUMINISTROS

- Se mantendrá una temperatura confortable en todo momento.
- Todas las mamparas de ventana deberán estar en buen estado y libres de insectos y escombros.
- Las chimeneas y los calentadores abiertos serán inaccesibles.
- Todos los contenedores utilizados para almacenar desechos sólidos deben tener una cubierta ajustada.
- Debe haber un inodoro y lavabo para lavar las manos por cada 15 niños.
- Se prohíben las toallas o paños comunes.
- Se deben proporcionar mesas y sillas escaladas al tamaño de los niños.
- Todo el equipo de juego y los materiales utilizados por los niños deben ser apropiados para su edad.
- Los muebles y equipos deben mantenerse en buenas condiciones.
- No se permitirá la entrada de un andador en las instalaciones.
- El equipo permanente del patio de recreo debe estar firmemente anclado al suelo.

101239.1 EQUIPO DE NAPPING

- Las cunas deben mantenerse en condiciones seguras.
- Los tapetes de piso utilizados para la siesta deben tener al menos ¾ de pulgada de grosor, estar cubiertos con vinilo o material similar que pueda limpiarse y marcarse para distinguir el lado para dormir del lado del piso.
- La ropa de cama debe almacenarse individualmente y mantenerse limpia.

101239.2 AGUA POTABLE

- El agua potable debe estar fácilmente disponible tanto en interiores como en exteriores.
- Los niños deben ser libres de beber como deseen.

CENTRO DE CUIDADO INFANTIL EN EDAD ESCOLAR

101451 GENERAL

- Además de los Requisitos Generales de Licencia del Centro de Cuidado Infantil, los centros de edad escolar se regirán por este capítulo.

101471 CENTRO DE CUIDADO INFANTIL EN EDAD ESCUELAR

- Además de la Sección 101171, los centros en edad escolar ubicados en sitios escolares en funcionamiento podrán presentar la verificación de la inspección de incendios escolares. La inspección de incendios escolares se aceptará como autorización de incendios suficiente para fines de licencia.

101482 EMISIÓN DE UNA LICENCIA DE CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

- El Departamento expedirá una licencia a un solicitante de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad Sección 1597.21, una vez que se haya presentado una solicitud cumplimentada y se hayan cumplido todos los requisitos de licencia.

101515 Calificaciones y deberes del director del centro de cuidado infantil en edad escolar

- Además de la Sección 101215.1, se aplicará lo siguiente:
- Todos los centros en edad escolar deberán contar con un director. En un programa combinado, el director del Centro de Cuidado Infantil también puede dirigir el componente en edad escolar.
- Se podrán combinar unidades y capacitación para cumplir con el requisito educativo total: 15 unidades o 300 horas de capacitación, o cualquier combinación de las mismas.
- Como requisito educativo alternativo, el director podrá sustituir 6 unidades en educación infantil por 6 unidades apropiadas para niños en edad escolar.
- Como requisito educativo alternativo, un director de un programa de edad escolar que esté solo podrá sustituir 20 horas de capacitación por cada unidad educativa requerida en la Sección 10125.1 (h) (1). Se pueden combinar unidades y horas de capacitación para cumplir con el requisito educativo total.
- Además de un curso de administración semestral de 3 unidades, 3 unidades en cursos de educación infantil, desarrollo infantil o edad escolar, el director podrá sustituir 9 unidades básicas de las siguientes: recreación, educación física, servicios humanos, unidades ganadas para una credencial de enseñanza de primaria o secundaria , educación en la primera infancia, desarrollo infantil o unidades infantiles en edad escolar.
- Se requiere que un director complete 12 unidades o 240 horas de capacitación antes del empleo. Las 3 unidades restantes deben completarse dentro de un año de empleo.
- Un director puede calificar al poseer un Asociado en Artes o una Licenciatura de una universidad acreditada o aprobada siempre que al menos 3 unidades o 60 horas de capacitación sean en educación infantil temprana, desarrollo infantil o cursos infantiles en edad escolar; y 3 unidades en administración o relaciones con el personal.
- La sección 1597.21 (f) del código de Salud y Seguridad permite a un director utilizar fuentes alternativas de educación aprobadas.
- La verificación de la educación será por transcripción o certificado con horas cumplimentadas que se muestran en el certificado.
- Un director necesita tener una experiencia verificada de al menos 3 horas diarias durante un mínimo de 100 días en un año calendario. Código de Salud y Seguridad Sección 1597.21 permite tipos alternativos de experiencia.

101516.2 CALIFICACIÓN Y DEBERES DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

- Además de la Sección 101216.1, se aplicará lo siguiente:
- Como requisito educativo alternativo, un maestro en edad escolar podrá sustituir 20 horas de capacitación por cada unidad requerida. Se podrán combinar unidades y horas de capacitación para cumplir con los requisitos educativos totales de 12 unidades o 240 horas de capacitación, o cualquier combinación de las mismas.
- Los maestros en edad escolar pueden utilizar requisitos educativos alternativos. Un maestro puede sustituir: recreación, educación física, servicios humanos, unidades ganadas para una credencial de enseñanza de primaria o media; educación infantil temprana, desarrollo infantil o unidades infantiles en edad escolar.
- Se requiere que un maestro complete 6 unidades antes de su empleo.
- El Código de Salud y Seguridad, sección 1597.21, inciso f), permite al docente utilizar fuentes alternativas de educación aprobadas.
- También se pueden aceptar otros tipos de experiencia. Para ser un maestro en edad escolar totalmente calificado, se debe verificar la experiencia mostrando al menos 3 horas diarias por un mínimo de 50 días en un periodo de seis meses.
- En un centro combinado, se designará a un maestro totalmente calificado para trabajar en estrecha colaboración con el director planificando las actividades diarias del centro en edad escolar.

101516.5 RELACIÓN MAESTRO-NIÑO

- Además de la Sección 101216.3, se aplicará lo siguiente:
- Un maestro para supervisar a no más de 14 niños.
- Un maestro y 1 ayudante no pueden supervisar a más de 28 niños.
- La dotación de personal para grupos de edad mixta se basará en el hijo menor del grupo.
- Los directores pueden ser contados en la proporción cuando realmente se trabaja con grupos de niños.

101520 EVALUACIONES MEDICAS

- No obstante lo dispuesto en la Sección 101216.2, el licenciatario no deberá documentar las evaluaciones médicas de los niños en edad escolar que estén matriculados en una escuela pública o privada.

101520 INMUNIZACIONES

- No obstante lo dispuesto en la Sección 101220.1, el licenciatario no está obligado a documentar las inmunizaciones de los niños también matriculados en una escuela primaria pública o privada.

101521 REGISTROS INFANTIL

- 101526.1 INSPECCIÓN DIARIA POR ENFER
  - Además de la Sección 101226.1, al arribar o ingreso al centro, se observará a los niños en edad escolar para detectar signos de enfermedad. Si se encuentra que un niño está enfermo, siga la Sección 101226.2.

  101527 COMIDA SERVICIO

  - Además de la Sección 101227, los programas antes y después de clases ofrecerán refrigerios nutritivos a los niños.

  101529.1 Inicio de sesión y cierre de sesión

  - 101538.2 ESPACIO DE ACTIVIDADES EXTERIORES PARA NIÑOS EN EDAD
    - Además de la Sección 101238.2:
    - El espacio de actividades al aire libre para niños en edad escolar deberá separarse físicamente del espacio proporcionado a otros niños en el centro.
    - Los programas de cuidado infantil en edad escolar que se operan en el sitio de un terreno escolar en funcionamiento están exentos de los requisitos de metraje cuadrado.

    101538.3 ESPACIO DE ACTIVIDADES INTERIOR PARA NIÑOS EN EDAD ESCU

    - Además de la Sección 101238.3, aplica lo siguiente:
    - El espacio interior para niños en edad escolar deberá estar físicamente separado del espacio proporcionado a otros niños en el centro.
    - Los programas de cuidado infantil en edad escolar que se operan en el sitio de una escuela en funcionamiento están exentos de los requisitos de metraje cuadrado.

    101539 FIJACIONES, MUEBLES, EQUIPOS Y PRO

    - Además de la Sección 101239, aplica lo siguiente:
    - Los inodoros utilizados por los niños en edad escolar proporcionarán privacidad individual. Las instalaciones sanitarias no serán utilizadas simultáneamente por niños de ambos sexos.
    - Los programas en edad escolar que operan en el sitio de una escuela en funcionamiento están exentos de los requisitos de baño.

    CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

    101351 GENERAL

    - Los Centros de Cuidado Infantil que brinden atención infantil se regirán por los requisitos de este subcapítulo. Estos centros también se regirán por los requisitos de Licencia General del Centro de Cuidado Infantil anteriormente enumerados.

    101361 LIMITACIONES DE CAPACIDAD Y ESTADO AMBUL

    Un niño, cuyas necesidades de desarrollo requieren continuar en un Centro de Atención Infantil, puede permanecer en un Centro de Atención Infantil hasta la edad de tres años.

    101415 DIRECTOR DE CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL

    - Un director de centro infantil deberá cumplir con los requisitos de la Sección 101215.1, y los siguientes:
    - Los requisitos de experiencia se completarán en un Centro de Cuidado Infantil o en un programa de cuidado infantil grupal comparable con niños menores de cinco años de edad.
    - Al menos 3 unidades semestrales concluidas deben estar relacionadas con el cuidado infantil.
    - Cuando el director infantil se encuentre temporalmente fuera del centro, el director designará a un director

suplente.
- En los centros donde se requiera un subdirector, el subdirector actuará como suplente.
- Un maestro de cuidado infantil totalmente calificado puede actuar como sustituto del director, o del subdirector.
- Si la ausencia del director es superior a 30 días consecutivos, el director suplente deberá reunir las calificaciones de un director.

101415.1 ASISTENTE DEL DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN

- Estará presente un subdirector si el centro cuenta con 25 o más infantes presentes. El subdirector tiene que ser un maestro infantil totalmente calificado y haber completado, con calificaciones aprobatorias, al menos tres unidades semestrales en administración en un colegio aprobado. Este trabajo del curso podrá concluirse dentro de un año de empleo del subdirector.
- El subdirector trabajará bajo la dirección del director del centro.

101416.2 CARACTERÍSTICAS DE CALIFICACIÓN DEL

- Además de la Sección 101216.1, los maestros de atención infantil necesitan haber cursado y aprobado, al menos 3 unidades semestres en educación infantil o desarrollo infantil, y 3 unidades semestrales en atención a infantes de un colegio aprobado.
- Después del empleo, un maestro que no haya completado las 12 unidades semestrales requeridas deberá completar con calificaciones aprobatorias, al menos 2 unidades cada semestre hasta que se concluyan las 12 unidades semestrales.
- Para ser un maestro de cuidado infantil totalmente calificado, él/ella deberá:
- Completar 12 unidades semestrales, con calificaciones aprobatorias, en educación infantil o desarrollo infantil. Al menos 3 unidades estarán relacionadas con el cuidado de infantes.
- Tener al menos 6 meses de experiencia en un programa de cuidado infantil con licencia o programa comparable para niños menores de cinco años.

101416.3 CALIFICACIÓN Y DEBERES DE AYUDANTE

- Un ayudante deberá trabajar bajo la supervisión del director o de un maestro totalmente calificado, excepto cuando se observen bebés dormidos.
- Los ayudantes participarán en un programa de capacitación en el empleo.
- Un ayudante brindará atención directa y supervisión a los infantes.

101416.5 RELACIÓN PERSONAL INFANTIL

- Habrá una proporción de un maestro por cada cuatro infantes.
- Un ayudante puede ser sustituido por un maestro si hay un maestro completamente calificado que supervise directamente a no más de 12 infantes.
- Cuando en actividades fuera del centro habrá un mínimo de un adulto por cada dos infantes.
- El director puede ser contado en la proporción personal-bebé cuando realmente trabaja con infantes.
- Habrá un personal observando visualmente no más de 12 infantes dormidos, siempre y cuando haya personal adicional disponible en el centro para cumplir con las proporciones anteriores cuando sea necesario.

101416.8 EQUIPAMIENTO PARA AGUA INFANTIL ACTIVIT IES

- Se requerirá una proporción de un adulto a dos infantes durante las actividades cerca de una piscina o cualquier cuerpo de agua.

101417 COMPONENTE INFANTIL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN

- Los licenciatarios que atienden a bebés pueden crear un componente especial del programa para niños de entre 18 y 30 meses.
- Se requiere una proporción de un maestro por cada 6 niños pequeños.
- Un asistente que participa en la capacitación en el trabajo puede sustituir a un maestro cuando es supervisado directamente por un maestro completamente calificado.
- El tamaño máximo del grupo es de dos maestros a 12 niños pequeños.

- El programa de niños pequeños se llevará a cabo en áreas físicamente separadas de las utilizadas por niños mayores o menores.

101419.2 PLAN DE NECESIDADES Y SERVICIOS DEL INF

- Se debe completar y archivar un plan para cada infante antes de asistir al centro. Este plan deberá ser firmado por el representante autorizado.
- El plan incluirá: un plan de alimentación individual, un plan individual de entrenamiento para el baño y cualquier servicio que sea necesario diferente a los que brinda el programa.

101419.3 MODIFICACIONES AL PLAN DE NECESIDADES Y SERVICIOS

- El plan se actualizará trimestralmente o tantas veces como sea necesario.

101423.1 DISCIPLINA INFANTIL

- Además de 101223.3, ningún infante será confinado a una cuna, trona, parque infantil o cualquier otro mobiliario o equipo como forma de disciplina.

101425 TRANSPORTE DE CUIDADO

- El chofer tiene que tener 18 años o más para transportar infantes.
- El vehículo debe contener un botiquín de primeros auxilios.
- Los niños deben estar asegurados en un sistema de retención infantil para pasajeros, es decir, un asiento para el automóvil.
- Se deben mantener las proporciones personal/bebé ya sea que el vehículo esté en movimiento o estacionado.
- Los infantes en vehículos deberán contar con la supervisión constante del adulto y no se dejarán desatendidos.

101426.2 AISLAMIENTO DE ATENCIÓN INFANTIL

- Además de 101226.2, el área de aislamiento debe tener una cuna, cuna, colchoneta o corralito por cada lactante enfermo. Esta zona de aislamiento debe estar bajo constante supervisión visual por parte del personal.

101427 SERVICIO DE COMIDA INFANTIL

- Además del 101227, se aplicará lo siguiente:
- Cada lactante deberá tener un plan de alimentación individual completado antes del primer día del infante en el centro. Este plan deberá ser desarrollado por el director, representante del infante y/o médico.
- El plan incluirá: instrucciones para la dieta especial del lactante, horario de alimentación, leche materna o fórmula, horario de introducción a alimentos sólidos/nuevos, consistencia alimentaria, gustos y disgustos, alergias, horario para la introducción de tazas y utensilios.
- Este plan se actualizará tantas veces como sea necesario.
- Los infantes alimentados con biberón deberán ser alimentados por lo menos cada cuatro horas.
- Los centros de atención infantil deberán disponer de alimentos adecuados para los infantes.
- El centro proporcionará únicamente fórmulas preparadas comercialmente que se almacenen y preparen de acuerdo con la etiqueta.
- El representante del lactante puede proporcionar fórmula o leche materna/materna. Dicha fórmula o leche deberá ser embotellada antes de ser aceptada por el centro.
- Las botellas deberán estar etiquetadas.
- El centro puede calentar fórmula o leche materna/materna.
- Centro debe mantener un suministro de pezones. Los biberones o pezones no se pueden compartir entre bebés a menos que estén esterilizados.
- Los infantes que no puedan sostener un biberón serán retenidos por el personal para su alimentación con biber
- Los biberones no pueden ser apuntalados; los infantes no deberán llevar biberón mientras estén ambulatorios; un biberón que se le dé a un lactante capaz de sostener el suyo será irrompible
- Se utilizarán tronas o equipo de asiento apropiado para los bebés durante la alimentación. Los infantes que no puedan sentarse sin asistencia serán retenidos por el personal para su alimentación.
- Los biberones, platos y recipientes para alimentos traídos del hogar del infante deberán estar etiquetados con

el nombre del infante y la fecha actual.
- La fórmula parcialmente consumida en botella se desechará al final de cada día.
- Los alimentos se desecharán si no se consumen dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en la etiqueta del envase.
- El centro de atención infantil no servirá miel.
- Los alimentos para bebés preparados comercialmente en frascos se transferirán a un plato antes de ser alimentados al lactante. Cualquier alimento sobrante en el platillo al final de una comida será desechado.
- La madre podrá hacer arreglos con centro de privacidad para amamantar a infante.
- Se esterilizarán biberones y tetinas en el centro.
- Los infantes no deben ser bañados y los pañales o ropa no deben enjuagarse en el área de preparación de alimentos.

101428 SERVICIOS PERSONALES PARA EL CUIDADO

- Habrá un plan escrito de adiestramiento para el baño por cada infante que esté siendo entrenado en el baño
- Siempre que se utilice un orinal, se colocará en el piso y se vaciará, limpiará y desinfectará rápidamente después de cada uso.
- Ningún niño será dejado desatendido mientras esté en un orinal o asiento.
- Cada niño recibirá instrucción y asistencia para lavarse las manos después de usar el inodoro. El infante deberá mantenerse limpio y seco en todo momento.
- La ropa sucia o mojada proporcionada por el representante del infante se colocará en un recipiente hermético y se entregará al representante al final del día.
- Al cambiar el pañal de un bebé, cada bebé deberá estar en una mesa para cambiar pañales y ningún bebé quedará desatendido mientras esté en el cambiador.
- Las toallas y paños utilizados para la limpieza de los bebés no se compartirán y se lavarán después de cada uno de nosotros.
- El cambiador se desinfectará después de cada uso.

101429 RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR ATENCIÓN Y SUPERVISIÓN A

- Además de 101229, cada niño deberá ser supervisado constantemente y bajo observación visual directa por parte de una persona del personal en todo momento. En ningún caso se dejará a ningún infante desatendido.

101430 ACTIVIDADES DE CUIDADO INFANT

- El centro implementará un plan escrito para asegurar la provisión de actividades interiores y exteriores diseñadas para satisfacer las necesidades de los infantes, incluyendo pero no limitado a, juego tranquilo y activo; descanso y relajación; comer; ir al baño; atención individual; estar en manos de un cuidador.
- A todos los infantes se les dará la oportunidad de dormir/dormir sin distracciones ni perturbaciones.
- Ningún bebé será obligado a dormir, permanecer despierto o permanecer en el área de siesta.

101438.1 CUIDADO INFANTIL SANEAMIENTO

- Todos los artículos utilizados por mascotas y animales se mantendrán fuera del alcance de los infantes.
- Cada cuidador deberá lavarse las manos con agua y jabón antes de alimentarse y después de cada cambio de pañal.
- Las áreas a las que tengan acceso los infantes se lavarán, limpiarán y desinfectarán de la siguiente manera: los pisos se aspirarán o barrirán y trapearán diariamente y con la frecuencia que sea necesario. Los pisos alfombrados se aspirarán diariamente y se limpiarán al menos cada 6 meses. Las paredes se lavarán con solución desinfectante al menos semanalmente.
- El área para cambiar pañales se desinfectará incluyendo paredes y pisos. Después de cada cambio de pañal, se lavarán las encimeras, los fregaderos, los cajones y los gabinetes cerca del área para cambiar pañales.
- Los objetos que sean utilizados por los infantes que estén bocados deberán ser lavados y desinfectados.
- Todos los desinfectantes y otros materiales peligrosos se almacenarán de manera inaccesible para los infantes.
- Solo se utilizará jabón dispensador en un despachador apropiado.
- Solo se utilizarán toallas de papel desechables en un soporte o dispensador apropiado para el secado de manos.

101438.2 ESPACIO DE ACTIVIDAD EXTERIOR PARA

- Además de la Sección 101238.2, se aplicará lo siguiente:
- El espacio al aire libre estará físicamente separado del espacio utilizado por niños que no estén en el centro infantil.
- El espacio al aire libre deberá estar equipado con juguetes y equipos apropiados para su edad

101438.3 ESPACIO DE ACTIVIDADES INTERIOR PARA NIÑOS

- El área de dormir para infantes deberá estar físicamente separada del espacio de actividad interior.
- El espacio interior para actividades deberá estar equipado con juguetes y equipos lavables apropiados para su edad.

101439 Accesorios para centros de cuidado infantil, EQU IPMENT, Y SUMINISTROS

- Además de la Sección 101239, se aplicará lo siguiente:
- Habrá mobiliario y equipo apropiado como cunas, cunas o colchonetas, cambiadores y sillas de alimentación.
- Las sillas altas o mesas de alimentación con ruedas bajas o cualquier equipo utilizado para sentar a un bebé deberán tener patas de base ancha.
- No se permitirá que ningún bebé se ponga de pie en silla alta.
- Todo el equipo deberá ser lavado/desinfectado después de cada uso.
- Los cambiadores para bebés deberán tener una superficie acolchada de no menos de 1 pulgada de grosor; lados elevados de al menos 3 pulgadas de alto; mantenerse en buen estado, al alcance de un brazo de un fregadero y no ubicados en la cocina o área de preparación de alimentos.
- Habrá un lavabo para lavar las manos por cada 15 infantes y un orinal por cada 5 infantes que estén entrenados para ir al baño.
- No se permitirá que los infantes jueguen con el orinal.
- Los contenedores de almacenamiento de juguetes deberán ser seguros y mantenerse en buenas condiciones.
- Los contenedores no deberán ser bloqueables.
- Los juguetes deben ser seguros y no tener bordes afilados, ni piezas pequeñas.
- Los accesorios, muebles, equipos o suministros no deberán estar hechos ni contener sustancias tóxicas.

101439.1 CENTRO DE CUIDADO INFANTIL EQUIPO DE

- Además de la Sección 101239.1, se aplicará lo siguiente:
- Se proporcionará una cuna o porta-cuna de tamaño estándar de seis años por cada bebé que no pueda salir de una cuna.
- Las cunas no limitarán la capacidad del personal para ver al infante.
- Las cunas no limitarán la capacidad del bebé para mantenerse erguido.
- Los colchones de cuna estarán cubiertos con vinilo o material similar resistente a la humedad; se limpiarán y desinfectarán diariamente y cuando estén mojados o sucios.
- Las cunas se mantendrán en condiciones seguras.
- Cada cuna será ocupada por un solo infante a la vez.
- La ropa de cama de cada bebé será utilizada únicamente por él/ella, y reemplazada cuando esté mojada o ensuciada.
- La ropa de cama se cambiará diariamente o más a menudo si es necesario.
- Las cunas, colchonetas o cunas se dispondrán de manera que proporcionen una pasarela y espacio de trabajo entre las cunas, colchonetas o cunas suficientes para que el personal pueda llegar a cada bebé sin pisar a ningún otro bebé.

This page titled Apéndice B- Título 22 Aspectos destacados del Reglamento de Licencias is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix B- Title 22 Licensing Regulation Highlights by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice C - Lista de verificación de salud y seguridad

Apéndice C: Lista de verificación de salud y seguridad [763]

Factor de Seguridad	Sí	No	Descripción/ Comentarios
Todas las áreas son seguras, limpias y libres de plagas.			
Las salidas están claramente marcadas, y las rutas de evacuación de emergencia y otros procedimientos de seguridad se publican en el aula y en los lugares apropiados en todo el sitio.			
La iluminación es suficiente y adecuada para todas las actividades del aula.			
El alumbrado de emergencia está disponible en caso de un corte de energía.			
Los extintores están disponibles, son accesibles, probados y atendidos regularmente.			
Los detectores de humo, monóxido de carbono y, según sea necesario, de radón se instalan, se localizan correctamente y se prueban regularmente.			
Las licencias actuales de cuidado infantil, salud, incendio y otras licencias y certificados de inspección aplicables están presentes en el sitio.			
Todos los espacios interiores y exteriores cumplen con los requisitos mínimos de metros cuadrados según las regulaciones más estrictas.			
Todas las áreas de juegos infantiles son visibles para adultos supervisores.			
Se realizan los ajustes y modificaciones necesarias para garantizar la seguridad, comodidad y plena participación de todos los niños, incluidos los que tienen discapacidades.			

This page titled Apéndice C - Lista de verificación de salud y seguridad is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix C- Health and Safety Checklist by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice D- Ejemplo de Formulario de Reporte de Lesiones

Esta página se ha generado automáticamente porque un usuario ha creado una subpágina de esta página.

This page titled Apéndice D- Ejemplo de Formulario de Reporte de Lesiones is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

Apéndice D- Ejemplo de Formulario de Reporte de Lesiones/ Incidentes

Apéndice D: Ejemplo de Formulario de Reporte de Incidentes/Lesiones

Fecha en que ocurrió el incidente	Hora en que ocurrió el incidente:
Nombre del niño:	Edad:
Adultos que observaron:	
Donde ocurrió el incidente: (describa la ubicación y cualquier equipo)	
Causa de lesión: (descripción de lo ocurrido de antemano y/o peligros involucrados)	
Descripción de la lesión: (qué tipo de lesión y la parte o partes del cuerpo lesionadas)	
Descripción de los primeros auxilios dados:	
¿Se requirió tratamiento médico? No Sí (por favor describa)	
Plan de seguimiento para el cuidado del niño (si es necesario):	
Acción correctiva necesaria para prevenir la reaparición:	
Padre/Guardián que fue contactado:	Tiempo:
Notificado por:	Método de contacto: Teléfono En persona
Firma del personal:	Fecha:
Firma del Padre/Guardián:	Fecha:

This page titled Apéndice D- Ejemplo de Formulario de Reporte de Lesiones/Incidentes is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix D- Example Injury/Incident Report Form by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice E- Ejemplo de Formulario de Inspección de Patio

Apéndice E: Ejemplo de formulario [764] de inspección de juegos

Infeccionado por: _____	Hora _____ Fecha _____

Superficies	OK	SI NO ESTÁ BIEN, COMENTARIOS O ACCIONES A TOMAR
1. ¿Profundidad superficial de seguridad suficiente (12")?		_____
2. ¿Material de superficie de seguridad inadecuado (que no sea el material de superficie ASTM)?		_____
3. ¿La superficie de seguridad cumple con ADA?		____ Sí _____ No _____ No lo sé
4. ¿Mala zona de drenaje (agua estancada) o problemas potenciales?		_____
5. ¿Se han nivelado o reparado áreas de compactación, kick-out o desgaste?		_____
6. ¿Las aceras, las superficies pavimentadas, los escalones y las plataformas han sido barridas o limpiadas de materiales superficiales sueltos y escombros?		_____

Peligros generales		
1. ¿No hay puntas afiladas, esquinas o bordes?		_____
2. ¿No hay protuberancias ni proyecciones?		_____
3. ¿No hay puntos de pellizco, puntos de aplastamiento o partes móviles expuestas?		_____

4. ¿Se han eliminado los posibles peligros de enredo de la ropa?		_____
5. ¿No faltan ni están dañados los tapones o tapones protectores?		_____
6. ¿Se han recortado las ramas colgantes de los árboles (6' de espacio libre)?		_____
7. ¿Zonas de caída no por CPSC (6' perímetro todas las direcciones)?		_____
8. ¿Aberturas de < 3 ½” or > 9” para evitar el atrapamiento de la cabeza?		_____
9. ¿Las zapatas expuestas, agrietadas o sueltas en el suelo?		_____
10. ¿Se han eliminado peligros de tropiezo, vidrios rotos, basura, cuerdas, raíces de árboles u objetos extraños en el área de juegos?		_____

Estructuras de juego		
1. ¿Soportes o anclajes rotos?		_____
2. ¿A los extremos de tubería les faltan tapones o tapas		_____
3. ¿Rieles/peldaños o escalones rotos o faltantes?		_____
4. ¿Cabezas o roscas de pernos sobresalientes?		_____
5. ¿Pernos/nueces/u otros sujetadores sueltos, perdidos, desgastados u oxidados?		_____
6. ¿Abrazaderas rotas?		_____
7. ¿Pintura descascarada o astillada?		_____
8. ¿Puntos de atrapado/pellizco o aplastamiento?		_____

9.	¿Cubiertas/plataformas/escalones recubiertos de vinilo tienen grietas o peladuras visibles?	_____
10.	Desgaste excesivo de cualquier componente/pieza deslizante?	_____
11.	¿El equipo de madera está libre de astillas, comprobaciones, grietas grandes, deformaciones y pudriciones?	_____
12.	¿Estado general/apariencia?	_____Bueno _____ Feria _____Pobre

Columpios		
1.	¿Cadena rota, retorcida, desgastada y oxidada?	_____
2.	¿Cadena inadecuada (no comercial)?	_____
3.	¿Perchas oscilantes desgastadas, oxidadas o rotas?	_____
4.	¿Ganchos “S” abiertos, desgastados u oxidados (la moneda de diez centavos no pasará a través)?	_____
5.	¿Los ojales muestran desgaste o óxido?	_____
6.	¿Faltan asientos oscilantes, desgastados o agrietados?	_____
7.	¿Zona de caída inadecuada alrededor de columpios?	_____
8.	¿Bastidor oscilante dañado?	_____
9.	¿Cadena oscilante envuelta alrededor del riel superior?	_____
10.	¿Superficie de seguridad desgastada o dispersa?	_____
11.	¿Pernos sueltos, faltantes o sobresalientes?	_____

12. ¿Estado general/apariencia?		_____Bueno _____ Feria _____Pobre

Diapositivas		
1. ¿Las camas deslizantes tienen imperfecciones?		_____
2. ¿Pasamanos sueltos o faltantes?		_____
3. ¿Pasos rotos o faltantes, o fallas o grietas?		_____
4. Siéntate plataforma de transición presente?		_____
5. ¿Están presentes los rieles de seguridad o el dosel sentado en la entrada de la cama?		_____
6. ¿Deslizar la salida paralela a tierra?		_____
7. ¿La superficie de seguridad en la salida de deslizamiento ha sido nivelada o reparada?		_____
8. ¿Zona de caída adecuada en todos los lados?		_____
9. ¿Estado general/apariencia?		_____Bueno _____ Feria _____Pobre

Escaladores independientes/barras de mono		
1. ¿No es diseño de caída libre?		_____
2. ¿Rieles o peldaños sueltos o rotos?		_____
3. ¿Necesitas pintar?		_____
4. ¿Llanta desgastada, cortada o rota?		_____

5. ¿Las estructuras plásticas están libres de agujeros y grietas?		_____
6. ¿Estado general/apariencia?		_____Bueno _____ Feria _____Pobre

This page titled Apéndice E- Ejemplo de Formulario de Inspección de Patio is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix E- Example Playground Inspection Form by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice F- Ejemplo de formulario de autoevaluación de emergencia

Apéndice F: Ejemplo de Autoevaluación de Emergencia Formulario [765]

PREGUNTA	SI	NO
¿Has hecho una evaluación de los tipos de emergencias que tu programa de educación infantil temprana podría experimentar en función de tu región geográfica?		
¿Su programa de educación infantil temprana ha desarrollado procedimientos específicos de preparación, respuesta y recuperación para cada tipo de emergencia señalada como posibilidad, incluyendo cómo estar informado y cómo comunicarse?		
¿Su plan cuenta para practicar y revisar su respuesta a emergencias?		
¿Tiene una lista de información de contacto de emergencia para los socorristas que sea visible en su instalación?		
¿Tiene información actualizada de contacto de emergencia para cada niño en su programa de educación infantil temprana?		
¿Tiene un kit de emergencia que se actualiza mensualmente y tiene suficientes suministros para durar hasta 72 horas, incluyendo información de contacto de emergencia de cada niño en su programa de educación infantil temprana y hojas de asistencia diaria?		
¿Su programa tiene planes para capacitar a niños, familias y personal (si corresponde) sobre planes y procedimientos de preparación para emergencias?		
¿Su plan aborda la continuación de los servicios para niños y familias?		
¿Su plan incluye cómo abordar las necesidades emocionales y de salud mental de los niños, las familias y el personal (si corresponde) antes, durante y después de una emergencia?		
Planes para atender cualquier duda que reciba una calificación NO:		

This page titled Apéndice F- Ejemplo de formulario de autoevaluación de emergencia is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix F- Example Emergency Self-Assessment Form by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice G- Ejemplos de Planes de Respuesta a Emergencias

Apéndice G: Ejemplos de Planes de Respuesta a Emergencias [766]

Ejemplo de Plan de Evacuación en Blanco

Plan de evacuación en blanco

Ejemplo de Plan de Evacuación Completo del Centro de Muestras para Incendios

Un plan de evacuación con ejemplos de con qué se podrían rellenar los formularios.

Ejemplo de respuesta de refugio en el lugar en blanco

Ejemplo de respuesta de refugio en el lugar

Ejemplo de respuesta de bloqueo

ejemplo de respuesta de emergencia de bloqueo

This page titled Apéndice G- Ejemplos de Planes de Respuesta a Emergencias is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix G- Example Emergency Response Plans by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice H- Lista de verificación de mitigación de emergencia

Apéndice H: Lista de verificación de mitigación de emergencias [767]

Emisión	Sí	No	Pasos para Mitigar el Riesgo
Electrodomésticos grandes (refrigeradores): arriostrado a la pared?			Los electrodomésticos grandes deben anclarse a postes de pared o mampostería, no a paneles de yeso.
Gabinetes: ¿arriostrados a la pared?			Los gabinetes deben estar anclados a los postes de pared o mampostería, no a paneles de yeso.
Estantes/Estanterías: arriostrado a la pared?			Los estantes/estanterías deben estar anclados a postes de pared o mampostería, no a paneles de yeso.
Aparadores: ¿arriostrados a la pared?			Los aparadores deben estar anclados a postes de pared o mampostería, no a paneles de yeso.
Cambiadores: ¿arriostrados a la pared?			Cambiadores deben estar anclados a postes de pared o mampostería, no a paneles de yeso
Pizarras/Pantallas de proyección/ televisores: ¿colgados de forma segura en un semental?			Asegúrese de que las pizarras/pantallas de proyección/televisores estén aseguradas de manera segura a un perno.
Cuencos de peces/ hábitats de animales: ¿asegurados de forma segura para que no se deslicen de			Si tienes peces/hábitats de animales, asegúrate de que el estante tenga un labio para evitar que los cuencos/ hábitats desde deslizarse y herir al animal y/o a los niños.
Extintores: ¿montados a pared?			Asegúrese de que los extintores estén montados en la pared mediante clips que los hagan fáciles de desmontar y usar en caso de incendio.

Lámparas: aseguradas de forma segura para que no se deslicen de las repisas?			Asegure las lámparas con ganchos o masilla sísmica.
Fotos: ¿arriostradas a la pared o aseguradas de manera segura para que no se deslicen de los estantes			Use ganchos cerrados o masilla sísmica para asegurar las imágenes a las paredes.
Divisores de habitación livianos o altos: ¿arriostrados al interconectarlos?			Mueva los artículos más pesados a los estantes inferiores.
Señales de salida y luces de emergencia: ¿aseguradas y funcionando de forma segura?			Los divisores de habitación livianos son más seguros en caso de emergencia. Interconectarlos ayudará a sujetarlos.
Químicos y/o productos de limpieza: ¿asegurados en gabinete?			Para Centros, verifique que las señales de salida y las luces de emergencia estén funcionando y se puedan ver desde el pasillo. Para Hogares de Cuidado Infantil, verifique que las señales de salida y las luces de emergencia estén funcionando y se coloquen por encima de las salidas donde pueda estar fácilmente
Bloques y objetos pesados: ¿almacenados en los estantes más bajos?			Use cerraduras de gabinete a prueba de bebés para asegurar las puertas de los gabinetes para evitar que se caigan productos químicos y/o productos de limpieza. Alternativamente, use gabinetes de limpieza con pestillo para contener productos químicos y/o productos de limpieza. ¡Recuerda sujetar todos los gabinetes en la pared!
Artículos pesados o afilados (como camiones metálicos o casas de muñecas): almacenados en repisas con barreras de repisa?			Almacenar bloques y otros pesados objetos en los estantes más bajos para prevenir lesiones. Almacenar artículos pesados o afilados en repisas con barreras de repisa para evitar que las lesiones caigan objetos.

This page titled Apéndice H- Lista de verificación de mitigación de emergencia is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix H- Emergency Mitigation Checklist by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice I- Hitos del desarrollo

Apéndice I: Hitos del desarrollo [768]

Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de dos meses

Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de cuatro meses
Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de seis meses
Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de nueve meses

Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de un año

Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de 19 meses

Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de dos años

Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de tres años
Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de cuatro años
Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de cinco años

Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de seis años
Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de siete años
Un gráfico que muestra los hitos del desarrollo de un niño de ocho años

This page titled Apéndice I- Hitos del desarrollo is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix I- Developmental Milestones by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice J- Formulario de exclusión

Apéndice J: Formulario de exclusión

Nombre:_____ Fecha:_____

Hoy se observó que su hijo tenía los siguientes signos o síntomas de enfermedad:

_____

_____

_____

_____

Con base en nuestra política de exclusión, su hijo está siendo excluido del cuidado: sí no

Si se excluye, su hijo puede regresar cuando:

- Los signos y síntomas se han ido
- El niño puede participar cómodamente en el programa
- Podemos brindarle la atención que su hijo necesita
- Cuando tiene autorización de un proveedor de atención médica
- Otro: _____

Padre/tutor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

This page titled Apéndice J- Formulario de exclusión is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix J- Exclusion Form by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice K- Aviso de exposición a enfermedades contagiosas

Apéndice K: Aviso de exposición a enfermedades contagiosas

Fecha:

Estimado padre/tutor:

Un niño en el programa tiene o se sospecha que tiene: _____

Información sobre esta enfermedad

Esta enfermedad se propaga por: _____

_____

_____

Los síntomas son: _____

_____

_____

La enfermedad se puede prevenir mediante: _____

_____

_____

Qué estamos haciendo para prevenir la propagación: _____

_____

_____

Qué puedes hacer en casa para prevenir la propagación: _____

_____

_____

Si su hijo tiene alguno de los síntomas de esta enfermedad: _____

_____

This page titled Apéndice K- Aviso de exposición a enfermedades contagiosas is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix K- Notice of Exposure to Contagious Disease by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice L- Plan de Atención de Salud Individualizado

Apéndice L: Plan de Atención de Salud Individualizado [769]

Niño: _____Fecha de nacimiento: _____

Padre (es) o tutor (es): _____

Teléfono #: _____ Teléfono Suplente #:_____

Proveedor de Atención Primaria de Salud: _____

Número de teléfono del Proveedor de Atención Primaria de Salud: _____

DIAGNÓSTICO:

1. _____

2. _____

3. _____

Cuidados de Rutina

Medicación	Cuando	Cuánto	Cómo	Posibles efectos secundarios

Describir los ajustes que el niño necesita en las actividades diarias	
Dieta o Alimentación	
Sipo/Dormir	
Higiene	
Actividades al aire libre/Excursiones	
Transporte	

Otros	

Atención de Urgencias

Llame a los padres para: _____

_____

_____

Mientras espera que llegue el padre/tutor o ayuda médica: _____

_____

_____

Dar según sea necesario o medicamentos de emergencia para: _____

_____

_____

Medicación	Cuando	Cuánto	Cómo	Posibles efectos secundarios

Obtener atención médica para: _____

_____

_____

LLAME AL 911 (Servicios Médicos de Urgencia) PARA: _____

_____

_____

Fecha en que se completó el plan: _____ El plan se actualizará el o antes de: _____

Padre (s) o tutor (es):

_____ __ _____

Nombre (s) y título (s) del personal:

_____ __ _____

_____ __ _____

Nombre (s) y título (s) del proveedor de atención médica:

_____ __ _____

_____ __ _____

This page titled Apéndice L- Plan de Atención de Salud Individualizado is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix L- Individualized Health Care Plan by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice M- Información de Enfermedades Infecciosas

Apéndice M: Información sobre enfermedades infecciosas

Bronquitis (Resfriado de pecho

Un resfriado torácico ocurre cuando las vías respiratorias de los pulmones se hinchan y producen moco en los pulmones. Eso es lo que produce la tos. Un resfriado torácico, a menudo llamado bronquitis aguda, dura menos de 3 semanas y es el tipo de bronquitis más común.

Gráfico que muestra un pulmón inflamado y vía aérea con Bronquitis junto a un pulmón y vía aérea sanos.

Figura M.1 - La hinchazón de las vías respiratorias en los pulmones produce moco en los pulmones y te hace toser. [770]

La bronquitis aguda suele ser causada por un virus y a menudo ocurre después de una infección de las vías respiratorias superiores. Las bacterias a veces pueden causar bronquitis aguda, pero incluso en estos casos, NO se recomiendan los antibióticos y no ayudarán a una persona infectada a mejorar.

Los síntomas de la bronquitis aguda duran menos de 3 semanas y pueden incluir:

- Tos con o sin moco
- Dolor en el pecho
- Sensación de cansancio (fatiga)
- Dolor de cabeza leve
- Dolores leves en el cuerpo
- Dolor de garganta [771]

La mayoría de los resfriados torácicos mejorarán por sí solos dentro de una semana y no son motivo de exclusión del cuidado infantil.

Varicela

La varicela es una enfermedad altamente contagiosa causada por el virus varicela-zóster (VZV). Puede causar un sarpullido similar a ampollas con comezón. El sarpullido primero aparece en el pecho, la espalda y la cara, y luego se extiende por todo el cuerpo, causando entre 250 y 500 ampollas con comezón. La varicela puede ser grave, especialmente en bebés, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y personas con un sistema inmunológico debilitado. La mejor manera de prevenir la varicela es vacunarse contra la varicela. [772]

El síntoma clásico de la varicela es un sarpullido que se convierte en ampollas llenas de líquido con comezón que eventualmente se convierten en costras. El sarpullido puede aparecer primero en el pecho, la espalda y la cara, y luego extenderse por todo el cuerpo, incluso dentro de la boca, los párpados o el área genital. Por lo general, toma alrededor de una semana para que todas las ampollas se conviertan en costras.

La espalda de un niño mostrando sus marcas de varicela

Figura M.2 — un niño no vacunado con varicela [773]

Otros síntomas típicos que pueden comenzar a aparecer 1-2 días antes del sarpullido incluyen:

- fiebre
- cansancio
- pérdida de apetito
- dolor de cabeza [774]

El virus se propaga principalmente a través del contacto cercano con alguien que tiene varicela (o culebrilla). Se necesitan

alrededor de 2 semanas (de 10 a 21 días) después de la exposición a una persona con varicela o culebrilla para que alguien desarrolle varicela. Una persona con varicela es contagiosa comenzando 1 a 2 días antes del inicio del sarpullido hasta que todas las lesiones de varicela tengan costras (costras). [775]

“Los niños/personal con varicela deben ser excluidos por seis días después de que aparezca por primera vez el sarpullido o hasta que todas las ampollas estén costradas y secas”. [776]

Conjuctivitis (Ojo Rosa)

El ojo rosado, o conjuntivitis, es una de las afecciones oculares más comunes y tratables en el mundo. Puede afectar tanto a niños como a adultos. Es una inflamación del tejido delgado y claro que recubre el interior del párpado (conjuntiva) y la parte blanca del globo ocular. Esta inflamación hace que los vasos sanguíneos sean más visibles y le da al ojo un color rosado o rojizo.

ojo sano y ojo infectado (rosa con secreción)

Figura M.3. — Un ojo sano comparado con uno infectado con conjuntivitis. [777]

Los síntomas pueden variar, pero generalmente incluyen:

- Enrojecimiento o hinchazón de la parte blanca del ojo o dentro de los párpados
- Aumento de la cantidad de lágrimas
- Secreción ocular que puede ser transparente, amarilla, blanca o verde
- Picazón, irritación y/o ardor en los ojos
- Sensación arenosa en el ojo
- Costras de los párpados o pestañas
- Lentes de contacto que se sienten incómodas y/o no permanecen en su lugar en el ojo

Hay cuatro causas principales de ojo rosado:

- Virus
- Bacterias
- Alérgenos (como caspa de mascotas o ácaros del polvo)
- Irritantes (como el smog o el cloro de la piscina) que infectan o irritan el revestimiento de los ojos y los párpados

Puede ser difícil determinar la causa exacta del ojo rosado porque algunos signos y síntomas pueden ser los mismos sin importar la causa. Cuando el ojo rosado es causado por un virus o bacteria, es muy contagioso. Se puede propagar fácil y rápidamente de persona a persona (a través del contacto con la secreción del ojo infectado). El ojo rosado causado por alérgenos o irritantes no es contagioso. [778]

Si un niño tiene alta del ojo, debe ser excluido de la atención hasta que haya sido examinado y autorizado para su reingreso por parte de un proveedor de atención médica “con o sin tratamiento según lo determine el proveedor de salud… No necesitan ser enviados a casa a la mitad del día. No es necesario excluir a los niños con conjuntivitis causada por alergias”. [779]

Quinta enfermedad (mejilla abofeteada)

La quinta enfermedad es una erupción leve causada por el parvovirus B19. Es más común en niños que en adultos. Por lo general, una persona se enferma con la quinta enfermedad dentro de los 14 días posteriores a la infección con el parvovirus B19.

Los síntomas de la quinta enfermedad suelen ser leves y pueden incluir

- fiebre
- secreción nasal
- dolor de cabeza
- sarpullido (en la cara y el cuerpo)

El rostro de un niño que tiene las mejillas muy rojas por sarpullido de “mejilla abofeteada”

Figura M.4 — Erupción en la mejilla abofeteada por quinta enfermedad [780]

El parvovirus B19, que causa la quinta enfermedad, se propaga a través de las secreciones respiratorias, como la saliva, el esputo o la mucosidad nasal, cuando una persona infectada tose o estornuda. Eres más contagioso cuando parece que tienes "solo fiebre y/o resfriado" y antes de que te salga el sarpullido o dolor e hinchazón en las articulaciones. Después de tener el sarpullido no es probable que sea contagioso. La quinta enfermedad suele ser leve y desaparecerá por sí sola. Los niños y adultos que por lo demás están sanos suelen recuperarse por completo. [781] "Un niño que haya sido diagnosticado con la quinta enfermedad no necesita ser excluido del cuidado infantil". [782]

Enfermedad de Mano, Fiebre Aftosa

La enfermedad mano-pie-boca es una infección viral común que con mayor frecuencia comienza en la garganta. La enfermedad mano-pie-boca (HFMD) es causada más comúnmente por un virus llamado coxsackie virus A16. Los niños menores de 10 años son los más afectados.

Los síntomas de la HFMD incluyen:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Pérdida de apetito
- Sarpullido con ampollas muy pequeñas en las manos, los pies y el área del pañal que pueden ser sensibles o doloridos cuando se presionan
- Dolor de garganta
- Úlceras en la garganta (incluidas las amígdalas), la boca y la lengua

Enfermedad de manos, pies y boca en la mano

Figura M.5 — Ampollas en la mano [783]

Enfermedad de manos, pies y boca - boca

Figura M.6 — Úlceras en la boca [784]

El virus puede propagarse de persona a persona a través de pequeñas gotas de aire que se liberan cuando la persona enferma estornuda, tose o se sopla la nariz. Puede contraer la enfermedad mano-pie-boca si:

- Una persona con la infección estornuda, tose o se sopla la nariz cerca de usted.
- Te tocas la nariz, los ojos o la boca después de haber tocado algo contaminado por el virus, como un juguete o un pomo de la puerta.
- Tocas heces o líquido de las ampollas de una persona infectada.

El virus se propaga más fácilmente la primera semana en que una persona tiene la enfermedad. El tiempo entre el contacto con el virus y el inicio de los síntomas es de aproximadamente 3 a 7 días. [785]

"Los niños con enfermedad mano-pie y boca no necesitan quedarse en casa siempre y cuando se sientan lo suficientemente bien como para participar... Los niños con enfermedad mano-fiebre por lo general no necesitan tratamiento y mejorarán solos en una semana". [786]

Hepatitis A

La hepatitis A es una infección hepática altamente contagiosa causada por el virus de la hepatitis A. Puede variar desde una enfermedad leve que dura algunas semanas hasta una enfermedad grave que dura varios meses. Aunque rara, la hepatitis A puede causar la muerte en algunas personas.

G:\OER\ZTC Guía de estilo Colegio de los Cañones\ Paquete\ Cajas\ Pin It Valhalla.png	**Pin It!** ¿Cuál es la diferencia entre la hepatitis A, la hepatitis B y la hepatitis C? La hepatitis A, la hepatitis B y la hepatitis C son infecciones hepáticas causadas por tres virus diferentes. Aunque cada uno puede causar síntomas similares, tienen diferentes modos de transmisión y pueden afectar el hígado de manera diferente. La hepatitis A suele ser una infección a corto plazo y no se vuelve crónica. La hepatitis B y la hepatitis C también pueden comenzar como infecciones agudas a corto plazo, pero en algunas personas, el virus permanece en el cuerpo, resultando en enfermedades crónicas y problemas hepáticos a largo plazo. Existen vacunas para prevenir la hepatitis A y la hepatitis B; sin embargo, no existe ninguna vacuna para la hepatitis C.

La mayoría de los niños menores de 6 años no presentan síntomas cuando tienen hepatitis A. Los niños mayores y los adultos suelen tener síntomas. Si se desarrollan síntomas, generalmente comienzan a aparecer 4 semanas después de la exposición, pero pueden ocurrir tan pronto como 2 y tan tarde como 7 semanas después de la exposición. Los síntomas generalmente se desarrollan durante un período de varios días y pueden incluir:

- Fiebre
- Fatiga
- Pérdida de apetito
- Náuseas
- Vómitos
- Dolor abdominal
- Orina oscura
- Diarrea
- Taburetes de color arcilla
- Dolor en las articulaciones
- Ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos)

La hepatitis A generalmente se propaga cuando una persona ingiere sin saberlo el virus de objetos, alimentos o bebidas contaminados por pequeñas cantidades no detectadas de heces de una persona infectada. Una persona puede transmitir el virus a otras personas hasta 2 semanas antes de que aparezcan los síntomas. [787]

Un niño diagnosticado con hepatitis A debe ser excluido de la atención hasta una semana después de la aparición de los síntomas. [788]

Impétigo

El impétigo es una infección cutánea contagiosa común que puede ser causada por dos gérmenes: Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus. El tratamiento recomendado depende de qué gérmenes estén causando impétigo. Con el tratamiento adecuado, el impétigo suele desaparecer dentro de dos a tres semanas.

Los signos de impétigo incluyen llagas rojas que estallan fácilmente y dejan una costra amarilla, ampollas llenas de líquido, sarpullido con picazón, lesiones en la piel y ganglios linfáticos inflamados. Las llagas pueden ser incómodas y dolorosas.

La boca de un niño con decoloración y ampollas debajo de los labios y en la barbilla

Figura M.7 — Blister de impétigo. [789]

El impétigo generalmente se propaga a través del contacto piel a piel con un individuo que tiene impétigo, pero también se puede propagar por el contacto con objetos que alguien con impétigo haya tocado (por ejemplo, toallas, mantas y juguetes).

Se recomienda que los niños con impétigo sean excluidos de la atención hasta 24 horas después de iniciar el tratamiento. [790]

Sarampión

El sarampión es una enfermedad grave causada por un virus. El virus puede durar de una a dos semanas. Hoy en día es raro porque la mayoría de los niños están inmunizados contra él. Sin embargo, el número de casos diagnosticados ha crecido en todo el país. Este incremento está relacionado con que los niños no estén vacunados.

El sarampión comienza con una fiebre que puede llegar a ser muy alta. Algunos de los otros síntomas que pueden presentarse son:

- Fatiga
- Tos, secreción nasal y ojos rojos y llorosos
- Erupción de pequeñas manchas rojas que suelen durar de cinco a seis días, (la erupción comienza en la línea del cabello, se mueve hacia la cara y la parte superior del cuello y desciende por el cuerpo)
- Diarrea
- Infección de oído

Ojos de un niño con sarampión.

Figura M.8 — Niño con sarampión [791]

El sarampión se propaga cuando una persona infectada con el virus del sarampión respira, tose o estornuda. Es muy contagioso desde cinco días antes hasta cuatro días después del inicio del sarpullido. Después de la exposición, la persona puede tardar de una a dos semanas en enfermarse.

El sarampión se puede propagar estando en una habitación con una persona con sarampión y hasta dos horas después de que esa persona se haya ido. También se puede propagar de una persona infectada incluso antes de que tenga sarpullido por sarampión. Casi todos los que no han recibido la vacuna contra el sarampión contraerán el sarampión si están expuestos al virus del sarampión. Las personas que han tenido sarampión o fueron inmunizadas por lo general no pueden volver a contraerlo.

Los niños diagnosticados con sarampión deben permanecer fuera del centro hasta que un médico determine que el niño ya no es infeccioso. Cualquier niño o personal no inmunizado debe ser excluido del programa por dos semanas después de que aparezca el sarpullido en el último caso de sarampión en las instalaciones. [792]

Meningitis

La meningitis es la inflamación del tejido delgado que rodea el cerebro y la médula espinal, llamada meninges. Existen varios tipos de meningitis. La más común es la meningitis viral. Se contrae cuando un virus ingresa al cuerpo por la nariz o la boca y viaja al cerebro. La meningitis bacteriana es rara, pero puede ser mortal. Por lo general, comienza con bacterias que causan una infección similar al frío. Puede causar accidente cerebrovascular, pérdida de audición y daño cerebral. También puede dañar otros órganos. Las infecciones neumocócicas y meningocócicas son las causas más comunes de meningitis bacteriana.

Otras formas raras de meningitis incluyen meningitis fúngica, meningitis parasitaria, meningitis amebiana y meningitis no infecciosa. [793]

“Los niños con meningitis generalmente se sienten demasiado enfermos para asistir al cuidado infantil. Pueden regresar cuando se sienten mejor sin fiebre, o cuando el proveedor de atención médica determine que la enfermedad ya no es contagiosa”. [794]

Molusco contagioso

El molusco contagioso es una infección causada por un poxvirus (virus del molusco contagioso). El resultado de la infección suele ser una enfermedad benigna y leve de la piel caracterizada por lesiones (crecimientos) que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Dentro de 6-12 meses, el molusco contagioso generalmente se resuelve sin cicatrizar, pero puede tardar hasta 4 años.

Las lesiones, conocidas como Mollusca, son pequeñas, elevadas y generalmente blancas, rosadas o de color carne con un hoyuelo o hoyo en el centro. A menudo tienen un aspecto nacarado. Suelen ser suaves y firmes. En la mayoría de las personas, las lesiones van desde aproximadamente el tamaño de una cabeza de alfiler hasta tan grandes como un borrador de lápiz (de 2 a 5 milímetros de diámetro). Pueden aparecer comezón, dolorido, rojo y/o hinchado.

Molusco contagioso - primer plano del pecho

Figura M.9 - Estos son moluscos de apariencia clásica. La lesión grande en el centro es aquella que ha sido escogida y rayada y muestra evidencia de inflamación de bajo grado. [795]

Los moluscos pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, incluyendo la cara, el cuello, los brazos, las piernas, el abdomen y el área genital, solos o en grupos. Las lesiones rara vez se encuentran en las palmas de las manos o las plantas de los pies. [796]

“Los niños con esta erupción no deben ser excluidos de los entornos de ECE. El molusco es una molestia, no un problema de salud grave”. [797]

Paperas

Las paperas son mejor conocidas por las mejillas hinchadas y la mandíbula sensible e hinchada que causa. Es una de las enfermedades que se puede prevenir con vacunas. Esto es resultado de la inflamación de las glándulas salivales debajo de las orejas en uno o ambos lados, a menudo referido como parotiditis.

Niño con paperas

Figura M.10 - Esta foto de un niño pequeño con paperas muestra la hinchazón característica de la mandíbula. [798]

Otros síntomas que podrían comenzar unos días antes de la parotiditis incluyen:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Dolores musculares
- Cansancio
- Pérdida de apetito

Los síntomas suelen aparecer de 16 a 18 días después de la infección, pero este período puede variar de 12 a 25 días después de la infección.

Algunas personas que contraen paperas tienen síntomas muy leves (como un resfriado), o ningún síntoma en absoluto y es posible que no sepan que tienen la enfermedad.

En casos raros, las paperas pueden ocasionar complicaciones más graves.

La mayoría de las personas con paperas se recuperan completamente en dos semanas. [799]

Las paperas son una enfermedad contagiosa causada por un virus. Se propaga a través del contacto directo con saliva o gotitas respiratorias de la boca, nariz o garganta. Es probable que una persona infectada pueda propagar las paperas desde unos días antes de que sus glándulas salivales comiencen a hincharse hasta cinco días después de que comience la hinchazón. Una persona con paperas debe limitar su contacto con otras personas durante este tiempo. Por ejemplo, quedarse en casa de la escuela y no asistir a eventos sociales. [800]

Norovirus

El norovirus es la causa más común de vómitos y diarrea, y enfermedades transmitidas por los alimentos.

Los síntomas más comunes del norovirus son:

- diarrea
- vómitos
- náusea
- dolor de estómago

Otros síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza y dolores corporales.

El norovirus causa inflamación del estómago o los intestinos. Esto se llama gastroenteritis aguda.

Por lo general, una persona desarrolla síntomas de 12 a 48 horas después de haber estado expuesta al norovirus. La mayoría de las personas con enfermedad por norovirus mejoran en 1 a 3 días.

Si tienes la enfermedad por norovirus, puedes sentirte extremadamente enfermo, y vomitar o tener diarrea muchas veces al día. Esto puede llevar a la deshidratación, especialmente en niños pequeños, adultos mayores y personas con otras enfermedades. [801]

Puede contraer norovirus al obtener accidentalmente pequeñas partículas de heces o vómito de una persona infectada en su boca. Esto puede ocurrir a través de alimentos y agua contaminados, tocar superficies contaminadas y luego meter los dedos en la boca, y tener contacto directo con alguien que está infectado con norovirus.

Si contrae la enfermedad por norovirus, puede arrojar miles de millones de partículas de norovirus que no puede ver sin un microscopio. Sólo unas pocas partículas de norovirus pueden enfermar a otras personas. Usted es más contagioso

- cuando tiene síntomas de enfermedad por norovirus, especialmente vómitos, y
- durante los primeros días después de recuperarse de la enfermedad por norovirus.

Sin embargo, los estudios han demostrado que aún puedes propagar el norovirus durante dos semanas o más después de sentirte mejor. [802] Los niños infectados con norovirus deben ser excluidos por 48 horas después de quedar libres de síntomas. [803]

Tos ferina

La tos ferina es una enfermedad respiratoria prevenible con vacunas comúnmente conocida como tos ferina. Es una enfermedad muy contagiosa causada por un tipo de bacteria llamada *Bordetella pertussis*. Estas bacterias se adhieren a los cilios (diminutas extensiones parecidas al pelo) que recubren parte del sistema respiratorio superior. Las bacterias liberan toxinas (venenos), que dañan los cilios y hacen que las vías respiratorias se hinchen. [804]

Puede causar enfermedades graves en bebés, niños, adolescentes y adultos. Los síntomas de la tos ferina generalmente se desarrollan dentro de los 5 a 10 días posteriores a la exposición. A veces los síntomas de tos ferina no se desarrollan hasta por 3 semanas.

La enfermedad suele comenzar con síntomas similares al resfriado y tal vez una tos leve o fiebre. En los bebés, la tos puede ser mínima o ni siquiera ahí. Los bebés pueden tener un síntoma conocido como “apnea”. La apnea es una pausa en el patrón respiratorio del niño. La tos ferina es más peligrosa para los bebés. Alrededor de la mitad de los bebés menores de 1 año que contraen la enfermedad necesitan atención en el hospital.

Los síntomas tempranos pueden durar de 1 a 2 semanas y generalmente incluyen:

- Secreción nasal
- Fiebre de bajo grado (generalmente mínima a lo largo del curso de la enfermedad)
- Tos leve y ocasional
- Apnea: una pausa en la respiración (en bebés)

La tos ferina en sus primeras etapas parece ser nada más que el resfriado común. Por lo tanto, los profesionales de la salud a menudo no lo sospechan ni diagnostican hasta que aparecen los síntomas más graves

Después de 1 a 2 semanas y a medida que avanza la enfermedad, los síntomas tradicionales de la tos ferina pueden aparecer e incluyen:

- Paroxismos (ataques) de muchos, tos rápida seguidos de un sonido agudo de “gritos” (es posible que los bebés con tos ferina no tosen en absoluto)
- Vómitos (vómitos) durante o después de un ataque de tos
- Agotamiento (muy cansado) después de los golpes de tos

Imagen uno - Lactante en tratamiento por infección grave de tos ferina

Figura M.11 — Este bebé con tos ferina necesitaba ECMO para hacerse cargo del trabajo de su corazón y pulmones y diálisis para mantener sus riñones funcionando. [805]

El rostro de un niño que tiene vasos sanguíneos rotos en los ojos y moretones oscuros que van desde las comisuras de los ojos hasta los pómulos

Figura M.12 — Este niño con tos ferina tiene roturas de vasos sanguíneos en los ojos y moretones en la cara por toser. [806]

La tos ferina puede causar tos violenta y rápida, una y otra vez, hasta que el aire desaparezca de tus pulmones. Cuando no hay más aire en los pulmones, te ves obligado a inhalar con un fuerte sonido “ferino”. Esta tos extrema puede hacer que vomites y estés muy cansado. Aunque a menudo estás exhausto después de un ataque de tos, generalmente pareces bastante bien en el medio. Los ataques de tos generalmente se vuelven más comunes y malos a medida que la enfermedad continúa, y pueden ocurrir con más frecuencia por la noche. Los golpes de tos pueden continuar hasta por 10 semanas o más.

La recuperación de la tos ferina puede ocurrir lentamente. La tos se vuelve más leve y menos común. Sin embargo, los ataques de tos pueden regresar con otras infecciones respiratorias durante muchos meses después de que comenzó la infección por tos ferina. [807]

Los niños que reciben antibióticos deben ser excluidos por 5 días de tratamiento. Los niños que no reciben tratamiento, deben quedarse en casa por 21 días desde el inicio de los síntomas. [808]

Lombrices intestinales

Una lombriz intestinal (“gusano de hilo”) es una lombriz intestinal pequeña, delgada y blanca (nematodo) llamada *Enterobius vermicularis* que a veces vive en el colon y el recto de los humanos. Los oxiuros tienen aproximadamente la longitud de una grapa. Mientras una persona infectada duerme, las lombrices intestinales hembra salen del intestino por el ano y depositan sus óvulos en la piel circundante.

Lombriz intestinal de Enterobius vermicularis

Figura M.13 — Un oxiuros y huevos de oxiuros [809]

La infección por oxiuros (llamada enterobiasis u oxiuriasis) causa picazón alrededor del ano, lo que puede provocar dificultad para dormir e inquietud. Los síntomas son causados por la lombriz hembra que pone sus huevos. Los síntomas de la infección por oxiuros suelen ser leves y algunas personas infectadas no presentan síntomas.

La infección por oxiuros ocurre a menudo en más de una persona en entornos domésticos e institucionales. Los centros de cuidado infantil suelen ser el sitio de casos de infección por oxiuros.

Las personas se infectan, generalmente sin saberlo, al tragar (ingerir) huevos de oxiuros infecciosos que se encuentran en los dedos, debajo de las uñas o en la ropa, ropa de cama y otros objetos y superficies contaminados. Debido a su pequeño tamaño, los huevos de oxiuros a veces pueden volverse aerotransportados e ingeridos mientras respiran. [810] Los niños y adultos con una infección por oxiuros deben ser excluidos solo hasta que su dosis inicial de tratamiento haya comenzado. [811]

RSV

El virus sincitial respiratorio (Sin-sish-UHL), o RSV, es un virus respiratorio común que generalmente causa síntomas leves similares al resfriado. La mayoría de las personas se recuperan en una semana o dos, pero el RSV puede ser grave, especialmente para bebés y adultos mayores. De hecho, el RSV es la causa más común de bronquiolitis (inflamación de las vías respiratorias pequeñas en el pulmón) y neumonía (infección de los pulmones) en niños menores de 1 año de edad en Estados Unidos. También es una causa importante de enfermedad respiratoria en adultos mayores. [812]

Los síntomas de la infección por RSV generalmente incluyen

- Secreción nasal
- Disminución del apetito
- Tos
- Estornudar
- Fiebre
- Sibilancias

Estos síntomas suelen aparecer en etapas y no todos a la vez. En bebés muy pequeños con VRS, los únicos síntomas pueden ser irritabilidad, disminución de la actividad y dificultades respiratorias.

Resultado de imagen para niño con rsv"

Imagen M.14 — Este lactante tiene una infección por RSV. [813]

El RSV también puede causar infecciones más graves como bronquiolitis, una inflamación de las vías respiratorias pequeñas en el pulmón y neumonía, una infección de los pulmones. Es la causa más común de bronquiolitis y neumonía en niños menores de 1 año de edad.

Casi todos los niños habrán tenido una infección por RSV antes de su segundo cumpleaños. Las personas infectadas con RSV generalmente muestran síntomas dentro de los 4 a 6 días después de infectarse. La mayoría de las infecciones por RSV desaparecen solas en una semana o dos. [814]

El RSV puede propagarse cuando una persona infectada tose o estornuda. Puede infectarse si recibe gotitas de la tos o estornuda en los ojos, nariz o boca, o si toca una superficie que tiene el virus en ella, como un pomo de la puerta, y luego se toca la cara antes de lavarse las manos. Adicionalmente, se puede propagar a través del contacto directo con el virus, como besar la cara de un niño con RSV.

Las personas infectadas con RSV suelen ser contagiosas durante 3 a 8 días. Sin embargo, algunos infantes, y las personas con sistemas inmunológicos debilitados, pueden continuar propagando el virus incluso después de que dejen de mostrar síntomas, hasta por 4 semanas. A menudo, los niños están expuestos al VRS e infectados con él fuera del hogar, como en la escuela o en los centros de cuidado infantil. Entonces pueden transmitir el virus a otros miembros de la familia.

RSV puede sobrevivir muchas horas en superficies duras como mesas y rieles de cuna. Por lo general, vive en superficies blandas como tejidos y manos por períodos de tiempo más cortos. [815]

"Con frecuencia, un niño es infeccioso antes de que aparezcan los síntomas. Por lo tanto, un niño infectado no necesita ser excluido del cuidado infantil a menos que no esté lo suficientemente bien como para participar en las actividades habituales". [816]

Tiña

La tiña es una infección común de la piel que es causada por un hongo. Se llama "tiña" porque puede causar una erupción circular (con forma de anillo) que suele ser roja y con picazón. Cualquiera puede contraer tiña. Los hongos que causan esta infección pueden vivir en la piel, las superficies y en artículos para el hogar como ropa, toallas y ropa de cama.

La tiña tiene muchos nombres. Los términos médicos son "tiña" o "dermatofitosis". Otros nombres para la tiña se basan en su ubicación en el cuerpo; por ejemplo, la tiña en los pies también se llama "pie de atleta". [817]

Imagen compuesta. La primera imagen tiene tiña en la parte posterior. La segunda imagen tiene tiña en el brazo. La tercera imagen tiene tiña en el cuero cabelludo

Figura M.15 — Erupciones de tiña [818]

La tiña puede afectar la piel en casi cualquier parte del cuerpo, así como las uñas de las manos y los pies. Los síntomas de la tiña a menudo dependen de qué parte del cuerpo está infectada, pero generalmente incluyen:

- Picor en la piel
- Erupción en forma de anillo
- Piel roja, escamosa y agrietada
- Caída del cabello

Los síntomas suelen aparecer entre 4 y 14 días después de que la piel entra en contacto con los hongos que causan la tiña. [819]

Los hongos que causan la tiña pueden vivir en la piel y en el medio ambiente. Hay tres formas principales en que la tiña se puede propagar:

1. De una persona que tiene tiña
2. De un animal que tiene tiña.
3. Desde el medio ambiente. [820]

“No hay necesidad de excluir a niños/personal con estas infecciones comunes y leves una vez iniciado el tratamiento. Derivar a las personas con sarpullido sospechoso a sus proveedores de atención médica para su diagnóstico y tratamiento adecuados y permitirles regresar tan pronto como haya comenzado el tratamiento”. [821]

Roseola

La roséola es una infección viral que comúnmente afecta a lactantes y niños pequeños. Implica una erupción cutánea de color rojo rosado y fiebre alta.

La roséola es común en niños de 3 meses a 4 años, y más común en aquellas edades de 6 meses a 1 año.

Es causada por un virus llamado herpesvirus humano 6 (HHV-6), aunque son posibles síndromes similares con otros virus.

El tiempo entre infectarse y el inicio de los síntomas (periodo de incubación) es de 5 a 15 días.

Los primeros síntomas incluyen:

- Enrojecimiento ocular
- Irritabilidad
- Secreción nasal
- Dolor de garganta
- Fiebre alta, que aparece rápidamente y puede llegar hasta 105°F (40.5°C) y puede durar de 3 a 7 días

Alrededor de 2 a 4 días después de enfermarse, la fiebre del niño baja y aparece un sarpullido. Este sarpullido con mayor frecuencia:

- Comienza en la mitad del cuerpo y se extiende a los brazos, piernas, cuello y cara
- Es de color rosa o rosa
- Tiene llagas pequeñas que están ligeramente elevadas

El sarpullido dura de unas horas a 2 a 3 días. Por lo general, no pica.

Un gráfico que muestra a un bebé con un calendario detrás. El calendario tiene temperaturas de 105 y 103 grados listadas en dos de los días. El bebé tiene una erupción que abarca la parte inferior de las mejillas y la barbilla hasta la parte inferior del estómago.

Figura M.16 — un lactante con el sarpullido característico de la roséola. [822]

No existe un tratamiento específico para la roséola. La enfermedad suele mejorar por sí sola sin complicaciones. [823] “Un niño con fiebre y sarpullido debe ser excluido del cuidado infantil hasta que lo vea un proveedor de atención médica. Después de que se rompa la fiebre, un niño puede regresar a la atención mientras el sarpullido aún esté presente, siempre que el niño se sienta bien y pueda participar plenamente en todas las actividades”. [824]

Rotavirus

El rotavirus es más común en sus bebés y niños pequeños. Los niños, incluso los que están vacunados, pueden infectarse y enfermarse de rotavirus más de una vez. Eso se debe a que ni la infección natural con rotavirus ni la vacunación brindan protección total contra futuras infecciones. Los niños que no están vacunados suelen presentar síntomas más graves la primera vez que contraen la enfermedad por rotavirus. Los niños vacunados tienen menos probabilidades de enfermarse por rotavirus. [825]

Los síntomas suelen comenzar aproximadamente 2 días después de que una persona está expuesta al rotavirus. El vómito y la diarrea acuosa pueden durar de 3 a 8 días. Los síntomas adicionales pueden incluir pérdida de apetito y deshidratación (pérdida de líquidos corporales), lo que puede ser especialmente peligroso para bebés y niños pequeños.

Los síntomas de deshidratación incluyen:

- disminución de la micción
- sequedad en la boca y la garganta
- sentirse mareado al ponerse de pie
- llorando con pocas o ninguna lágrima y
- somnolencia o inquietud inusual. [826]

Las personas infectadas con rotavirus desprenden el virus en sus heces (popó). Así es como el virus ingresa al ambiente y puede infectar a otras personas (a través de alimentos contaminados, superficies o manos sucias). Las personas son las que más desprenden el rotavirus, y son más propensas a infectar a otras personas, cuando presentan síntomas y durante los primeros 3 días después de recuperarse. Las personas con rotavirus también pueden infectar a otras personas antes de que presenten síntomas. [827]

“Los niños con rotavirus deben ser excluidos del cuidado infantil si las heces no pueden ser contenidas por pañales o uso de inodoros”. [828]

Rubéola (Sarampión Alemán)

La rubéola es una enfermedad prevenible por vacunas que también se llama sarampión alemán, pero es causada por un virus diferente al sarampión. [829] Suele ser leve con fiebre y sarpullido. Alrededor de la mitad de las personas que contraen rubéola no presentan síntomas. Si los contrae, los síntomas pueden incluir

- Una erupción que comienza en la cara y se extiende al cuerpo
- Fiebre leve
- Dolor en las articulaciones, especialmente en mujeres jóvenes
- Glándulas inflamadas

Erupción de rubéola en la piel de la espalda del niño. La distribución es similar a la del sarampión, pero las lesiones son de color rojo menos intenso.

Figura 10.X — Se trata del sarpullido de rubéola en la espalda de un niño. [830]

La rubéola se propaga cuando una persona infectada tose o estornuda. Las personas sin síntomas aún pueden propagarlo. No hay tratamiento, pero la vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (MMR) puede prevenirlo. [831]

Shigella

La shigelosis es una enfermedad diarreica muy contagiosa causada por una bacteria llamada Shigella. Shigella causa anualmente alrededor de 500,000 casos de diarrea en Estados Unidos.

Los síntomas de la infección por Shigella generalmente comienzan uno o dos días después de la exposición e incluyen:

- Diarrea (a veces con sangre)
- Fiebre
- Dolor abdominal
- Una sensación dolorosa de necesidad de pasar las heces incluso cuando los intestinos están vacíos

Shigella se propaga cuando la gente se mete algo en la boca o se traga algo que ha entrado en contacto con las heces de una persona infectada con Shigella.

Se requiere exclusión para todos los niños con pañales cuyas heces no están contenidas en el pañal y los niños entrenados para ir al baño si la diarrea está causando ropa manchada. La readmisión después de la diarrea puede ocurrir cuando los niños con pañales tienen sus heces contenidas en el pañal (incluso si las heces permanecen sueltas) y cuando los niños entrenados para ir al baño son continente. [832]

Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad contagiosa, causada por la bacteria Mycobacterium tuberculosis. Las bacterias suelen atacar los pulmones, pero pueden atacar cualquier órgano del cuerpo. El tratamiento recomendado depende de si una persona tiene:

- Infección de TB latente: no presenta síntomas y no puede propagar la bacteria de la TB a otras personas; tiene potencial para desarrollar la enfermedad activa de TB si no se trata
- Enfermedad activa de TB: tiene síntomas como fiebre, tos o pérdida de peso; estas personas pueden transmitir el germen a otras personas. Necesita tratamiento para curar la enfermedad.

La TB se transmite en el aire cuando una persona con enfermedad de tuberculosis activa del pulmón o la garganta tose, estornuda o habla. Los gérmenes pueden ser inhalados por otra persona y pueden infectarse. La tuberculosis a menudo se transmite entre las personas que pasan tiempo juntas todos los días. La tuberculosis en los niños generalmente proviene de estar cerca de adultos con enfermedad activa de TB.

Los niños y el personal con enfermedad activa de TB deben ser excluidos de Head Start o centro de cuidado infantil hasta que se inicie el tratamiento, y el médico determine que el niño o miembro del personal ya no es infeccioso. Todos los niños y el personal deben hacerse la prueba de infección por TB si ha habido una exposición a una persona con enfermedad activa de TB dentro del centro o en el hogar. [833]

This page titled Apéndice M- Información de Enfermedades Infecciosas is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix M- Infectious Disease Information by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice N- Autoevaluación para Comidas y Bocadillos Positivos y Saludables

Apéndice N: Autoevaluación de Comidas y Bocadillos Positivos y Saludables [834]

Sección 1: Frutas

Frutas disponibles diariamente			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Las opciones de frutas incluyen frescas, congeladas y/o frutas envasadas en agua o jugo (no envasado en jarabe ligero o pesado)			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Las opciones de frutas son accesibles a los niños para autoservicio			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Todos los nombres de las frutas se introducen a los niños antes de la comida o merienda			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Los nombres de frutas están escritos y/o fotografiados cerca de donde comen los niños			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Adultos que cuidan a niños (mg, asistentes, etc.) modelan a los niños cómo servirse a sí mismos y participar en cenas familiares			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar

Notas/Reflexiones:

Sección 2: Vegtables

Vegatbels disponibles diariamente			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Las opciones vegetales incluyen y/o etiquetadas como “sodio reducido” o “sin sal agregada”			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Las verduras están disponibles para los niños para autoservicio			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Todos los nombres vegetales se introducen a los niños antes de la comida o merienda			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Los nombres de las verduras están escritos y/o en la foto cerca de donde comen			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Adultos que cuidan a niños (mg, asistentes, etc.) modelan a los niños cómo servirse a sí mismos y participar en cenas familiares			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar

Notas/Reflexiones:

Sección 3: Bebidas

Sin grasa o 1% ild se proporciona diariamente para los niños			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar

La leche está disponible para los niños para autoservicio			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
El agua potable está disponible para los niños para autoservicio			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Si se sirve jugo es jugo 100% de fruta o verdura			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Todos los nombres de bebidas se presentan a los niños antes de la comida o merienda			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Los nombres de bebidas están escritos y/o fotografiados cerca de donde comen los niños			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar

Notas/Reflexiones:

Sección 4: Selecciones de menú

Tableros de menú con comidas y refrigerios diarios están disponibles y visibles cerca de donde comen los niños (por ejemplo, aula o espacio)			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
El menú incluye una variedad de alimentos que consideran preferencias culturales y étnicas			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Se modifica el menú para niños con alergias/intolerancias alimentarias y niños con discapacidad			

Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Se proporciona un menú mensual a todas las familias y al personal			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Todos los nombres de bebidas se presentan a los niños antes de la comida o merienda			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Un mensaje mensual de nutrición y/o actividad física está incluido en el menú mensual			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar

Notas/Reflexiones:

Sección 4: Papel de los proveedores de ECE durante la hora de la comida/merienda

La hora de comer se realiza a la hora regular programada y forma parte de la rutina diaria de los niños.			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Los adultos que cuidan a niños han sido entrenados y modelan el comportamiento apropiado a la hora			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Los adultos que cuidan a los niños apagan todas las pantallas visibles, incluyendo televisores, tabletas, teléfonos, etc. Durante la hora de la comida una conversación interesante con los niños			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Los adultos que cuidan a los niños se sientan con los niños en la mesa durante la comida			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar

Adultos que cuidan el cuidado de niños discuten si los estómagos de los niños se sienten llenos antes de servir una segunda porción de comida			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Durante la hora de la comida, los adultos que cuidan a los niños alientan a los niños a probar alimentos nuevos			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar
Una actividad de transición (por ejemplo, leer un libro, colorear, escuchar música tranquila, etc.) se ofrece a los niños cuando han terminado con su comida			
Frequntly	A veces	Nunca	Listo para comenzar

Notas/Reflexiones:

Plan de Acción

Con base en tu autoevaluación, crea un plan de acción. Consejos para completar tu plan de acción:

- Comparta ideas y planeación con el personal de su programa para asegurar expectativas claras
- Determinar cuántos pasos cree que tomará para lograr una meta;
- Definir los pasos y determinar quién es el responsable de cada paso; y
- Establezca una línea de tiempo para la finalización de una meta y fechas en las que cada paso debe estar completo.

Hoja de trabajo Plan de Acción

Fecha de inicio:

Nombre del programa ECE:

Meta:

Objetivo/Pasos	Elementos de Acciones (Niño, Familia, Programa, Personal)	Programa Medio Ambiente	Políticas del programa
Ejemplo Objetivo Paso: Actualizar menús en un periodo de 3 meses para integrar más frutas y verduras	Discuta estos cambios con los niños y cómo los ayudan a crecer fuertes y saludables	Actualice los tableros de menú para compartir información sobre frutas y verduras frescas.	Incluir la alimentación saludable como tema requerido en la orientación familiar
¿Quién es el responsable?	Personal del Programa	Director de programa, maestros de cocina	Director de Programa

Fecha	1 de junio	1 de julio	1 de agosto
Paso Objetivo			
¿Quién es el responsable?			
Fecha			

This page titled Apéndice N- Autoevaluación para Comidas y Bocadillos Positivos y Saludables is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix N- Self-Assessment for Positive and Healthy Meals and Snacks by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice O- Gráficas de crecimiento

Apéndice O: Gráficas de crecimiento

Nacimiento hasta los 36 meses (percentil 3-97)

Niños longitud por edad y peso para la edad [835]

Gráfico de longitud por edad y peso por edad de niños

Niñas longitud por edad y peso para la edad [836]

Gráfica de longitud por edad y peso por edad de niñas

Niños de 2 a 20 años (percentil 3-97)

Estatua de niños por edad y peso para la edad [837]

Gráfico de estatua-por-edad y peso para la edad de los niños

Niños IMC para la edad [838]

Gráfico de IMC por edad para niños

Estatua de niñas por edad y peso para la edad [839]

Gráfica de estatuas por edad y peso por edad de niñas

Niñas IMC para edad [840]

Gráfica de IMC por edad para niñas

This page titled Apéndice O- Gráficas de crecimiento is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix O- Growth Charts by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Apéndice P- Lista de verificación del plan de prevención y manejo de alergias alimentarias

Apéndice P: Lista [841] del Plan de Manejo y Prevención de Alergias Alimentarias

Comprueba si tienes planes o procedimientos	Prioridades para un plan de manejo y prevención de alergias alimentarias
-	1. ¿Su escuela o programa ECE asegura el manejo diario de las alergias alimentarias para niños individuales al:
	¿Desarrollar y usar procedimientos específicos para identificar a niños con alergias alimentarias?
	Desarrollar un plan para controlar y reducir los riesgos de reacciones alérgicas a los alimentos en niños individuales a través de un Plan de Atención de Emergencia (Plan de Acción para Alergia Alimentaria)
	¿Ayudar a los estudiantes a manejar sus propias alergias alimentarias? (Hace nota I a los programas de ECE.)
-	2. Tiene su escuela o programa ECE preparado para emergencias de alergia alimentaria por:
	¿Configurando sistemas de comunicación que sean fáciles de usar en emergencias?
	¿Está seguro de que el personal puede autoinyectores de epinefrina de forma rápida y sencilla?
	¿Asegurarse de que se use epinefrina cuando sea necesario y que alguien contacte inmediatamente a los servicios médicos de emergencia?
	¿Identificar el papel de cada miembro del personal en una emergencia de alergia alimentaria?
	Preparación para las reacciones alérgicas alimentarias en niños sin antecedentes de alergias alimentarias?

	¿Documentando la respuesta a una emergencia de alergia alimentaria?
-	3. ¿Su escuela o programa ECE capacita al personal sobre cómo manejar las alergias alimentarias y responder a las reacciones alérgicas mediante:
	¿Brindar capacitación general sobre alergias alimentarias para todo el personal?
	¿Brindar capacitación en profundidad al personal que tiene contacto frecuente con niños con alergias alimentarias?
	¿Brindar capacitación especializada al personal que se encarga de manejar la salud de los niños con alergias alimentarias a diario?
-	4. ¿Su escuela o programa ECE educa a niños y familiares sobre las alergias alimentarias al:
	¿Enseñar a todos los niños sobre alergias alimentarias?
	¿Enseñar a todos los padres y familias sobre las alergias alimentarias?
-	5. ¿Su escuela o programa ECE crea y mantiene un ambiente educativo saludable y seguro al:
	¿Creando un ambiente lo más seguro posible de la exposición a alérgenos alimentarios?
	¿Desarrollar políticas y procedimientos de manejo de alimentos para evitar que los alérgenos alimentarios contacten involuntariamente en otro alimento?
	¿Dar a conocer a los grupos externos las políticas y reglas de alergia alimentaria cuando usan las instalaciones escolares o del programa ECE antes o después del horario de atención?
	¿Crear un clima psicosocial positivo que reduzca el acoso escolar y el aislamiento social y promueva la aceptación y comprensión de los niños con alergias alimentarias?

This page titled Apéndice P- Lista de verificación del plan de prevención y manejo de alergias alimentarias is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Appendix P- Food Allergy Management and Prevention Plan Checklist by Jennifer Paris is licensed CC BY 4.0. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

Materiales auxiliares - Presentaciones Powerpoint

¡Saludos! Aquí hay algunas presentaciones de PowerPoint toscas creadas para acompañar el libro de Jennifer Paris. Tenga en cuenta:

- Estos están orientados hacia Texas, por lo que verá nuestros resultados de aprendizaje de Houston Community College en ellos, así como algunas referencias a los estándares mínimos de Texas
- Falta el Ch. 15 porque no estamos usando ese capítulo del texto en nuestro curso.
- Son una obra en progreso, con menos fotos de las que normalmente utilizaría. Trabajo futuro
- Están diseñados para ser utilizados con un curso en línea, por lo que HAY espacios en blanco en muchas diapositivas. Pido a los alumnos que llenen la información para una calificación de cuestionario.

Por favor envíe un correo electrónico a katherine.abba@hccs.edu con cualquier comentario o inquietud.

- Capítulo 1 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Ch. 2 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Ch. 3 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 4 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 5 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 6 Seguridad, Salud y Nutrición en los Primeros Childhood.pptx
- Ch. 7 Salud, Seguridad y Nutrición en los Primeros Childhood.pptx
- Ch. 8 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 9 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 10 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 11 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Ch. 12 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 13 Seguridad, Salud y Nutrición en la Primera Infancia Education.pptx
- Capítulo 14 Seguridad, Salud y Nutrión en la Primera Infancia Education.pptx

This page titled Materiales auxiliares - Presentaciones Powerpoint is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

- Ancillary Materials - Powerpoint Presentations has no license indicated. Original source: https://docs.google.com/document/d/1tenZog8Y9LKkSIMSFpwRMwJBFvAd6vgN/edit?tab=t.0#heading=h.gjdgxs.

GLOSSARY

S

Sample Word 1 | Sample Definition 1

This page titled Glossary is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.

INDEX

C

cid:ece220
Sección I: Introducción
Sección II: Seguridad
Sección III: Salud
Sección IV: Nutrición

This page titled Index is shared under a CC BY 4.0 license and was authored, remixed, and/or curated by Jennifer Paris.