



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

DIVISION DE HUMANIDADES Y ARTES

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

**PROPUESTA PARA FOMENTAR UN ESTILO DE VIDA
SALUDABLE PARA NIÑOS CON CARDIOPATIAS CONGÈNITAS**

INFORME SATISFACTORIO DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

P R E S E N T A:

LILIANA HERNÁNDEZ VIGIL

TUTOR(A)

MTRA MARÍA DE LOURDES GARCÍA PEÑA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PRESENTACION.....	3
INTRODUCCION:.....	7
Capitulo 1 BREVE HISTORIA DE LAS LUDOTECAS Y PEDAGOGIA HOSPITALARIA	11
1.1 Breve historia de las ludotecas	11
1.1.1 Objetivos para las ludotecas	14
1.2 Ludotecas Hospitalarias y pedagogía hospitalaria	15
Capítulo 2 SERVICIO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE “LUDOTECA HOSPITALARIA”	18
2.1 Apoyo emocional y motivación con el niño antes de sus estudios y/o operación e involucración con el pedagogo	18
2.2 Perfil del pedagogo hospitalario	20
2.3 ¿Qué es una Cardiopatía Congénita?	22
2.4 Etapas de desarrollo	23
2.5 Tisonomia 21 (Síndrome de Down)	28
Capítulo 3 PROPUESTA PARA FOMENTAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.....	30
3.1 Descripción de la población usuaria	31
3.2 Actividades dentro de la ludoteca	31
3.3 ¿Qué es un estilo de vida saludable	32
3.4 Economía de fichas	35
3.5 Comer sanamente	38
3.5.1 ¿Cómo comer sanamente?	43
3.6 La importancia de dormir bien	45
3.6.1 ¿Cuánto debo dormir?	47
3.7 El ejercicio en niños con cardiopatías congénitas.	50
CONCLUSIONES.....	53

PRESENTACIÓN:

El Proyecto de Servicio Social se llevó a cabo en el Hospital de Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el Programa Asistencia Pedagógica en ludoteca Hospitalaria, destacando su importancia en el ámbito pedagógico, realizando primero un estudio del entorno, evaluándolo y así preceder a realizar una propuesta de mejoramiento la cual constó en la realización de una propuesta para fomentar un estilo de vida saludable para niños con cardiopatías congénitas.

Los niños con cardiopatías congénitas enfrentan una serie de procedimientos en forma cronológica y secuenciada. Durante todo este proceso el niño requiere información para el cuidado físico y para tener un estilo de vida más saludable. No obstante, la información acerca de cada uno de los aspectos afectados por la enfermedad generalmente es abordada en forma aislada por los distintos profesionales y no como parte de un programa educativo integral. El programa educativo debe considerar la naturaleza de la enfermedad, de los usuarios y de los educadores durante su planificación, y debe ser implementado por un equipo multidisciplinario, en forma continua durante la hospitalización y darle seguimiento en el hogar.

Mi participación inicialmente fue de acoplamiento ya que ya había dos planes de trabajo con los niños por lo tanto me incluí a los mismos, durante el mes de acoplamiento realice una investigación de los niños, es decir, de donde vienen, porque llegan a ese hospital en particular entre otras cosas, posteriormente en el mes de Noviembre ya sabiendo mas sobre su enfermedad empecé a buscar alternativas para la comodidad de los niños y que estos estuvieran en un ambiente más acogedor.

INTRODUCCION:

Las ludotecas se revelan como un equipamiento con un gran potencial al servicio de cualquier programa de Animación Hospitalaria, no sólo como alternativa de ocio sino también como espacio de encuentro e interacción del niño hospitalizado con otros compañeros en su misma situación y con otras personas de su entorno.

Así, podemos hablar de diversas funciones que puede cumplir una ludoteca en los procesos de hospitalización infantil. Las funciones específicas de una ludoteca como recurso para la Animación Hospitalaria serían:

- Distraer al niño enfermo de su dolencia, por ejemplo coloreando frutas.
- Mejorar la calidad de vida de la infancia y juventud, integrando valores sociales y educativos.
- Manualidades
- Juegos de mesa.

Estas actividades ayudan a conocer mejor a cada niño y a sus padres con el fin de mejorar su estancia y ampliar mi propuesta de un programa educativo para padres de niños con cardiopatías congénitas. Se toman en cuenta las opciones que me brinden las maestras que se encuentran en el hospital para la elaboración del taller y los recursos que pueda proporcionar la institución.

Para llevar a cabo satisfactoriamente este trabajo se utilizó el método Investigación – Acción: Una Metodología del Docente para el Docente. La Investigación-Acción es una herramienta que permite al docente llevar a cabo el proceso de mejora continua, en la que se integran la reflexión y el trabajo intelectual en el análisis de las experiencias que se realizan, como un elemento esencial de lo que constituye la propia actividad educativa.

Cuando el niño empieza a tener confianza podemos conocer mejor su entorno y saber que cultura puede traer y de esa manera por medio de actividades como son los juegos, videos, canciones etc. Poder llevarlo a una reflexión sobre su alimentación basada en lo que el niño tiene a su alcance ya que debido a que los niños vienen de diferentes partes de la republica no se le

puede exigir más de lo que se puede dar o de lo que el niño tiene al alcance para comer o para cuidarse.

La Investigación-Acción se desarrolla siguiendo un modelo en espiral en ciclos sucesivos, que varía de acuerdo a la complejidad de la problemática. Sus principales fases son:

1. Problematización. La labor educativa se desarrolla en situaciones donde se presentan problemas prácticos, por lo que el problema elegido será la misma naturaleza. Para formular claramente el problema, se requiere profundizar en su significado, en sus características, en cómo se produce, y en las diferentes perspectivas que del problema pueden existir. Ordenar, agrupar, disponer y relacionar los datos de acuerdo con los objetivos de la investigación, preparando la información a fin de proceder a su análisis e interpretación permitirá conocer la situación y elaborar un diagnóstico.

2. Diagnóstico. Ya identificado el problema y habiendo formulado un enunciado del mismo, se recopila la información. Ésta consiste en recoger diversas evidencias, que deben informar sobre las acciones tal y como se han desarrollado, expresar el punto de vista de las personas implicadas e informar cómo las personas implicadas viven y entienden la situación que se investiga

3. Diseño de una Propuesta de Cambio. En ésta fase se consideran las diversas alternativas de actuación y sus posibles consecuencias. Una reflexión prospectiva permite diseñar una propuesta de cambio y mejoramiento, y definir un diseño de evaluación de la misma. Esto se hace con la intención de anticipar los indicadores y metas que darán resultados del logro de la propuesta.

4. Aplicación de Propuesta. Después de diseñar la propuesta de acción, ésta se lleva a cabo por las personas interesadas. Cualquier propuesta realizada implica una nueva forma de actuar, un esfuerzo de innovación y mejoramiento de nuestra práctica que debe ser sometida permanentemente a condiciones de análisis, evaluación y reflexión. Es importante que los equipos de trabajo sigan llevando a cabo las actividades planeadas para lograr la mejora, siendo necesarios la negociación y el compromiso.

5. Evaluación. Como ya se había mencionado, las evaluaciones se siguen realizando de forma continua durante y al final del proceso de investigación, pues pueden surgir cambios que requieran una redefinición del problema por diferentes razones (porque éste se ha modificado, porque ha surgido otro más urgente, porque se descubren nuevos focos de atención que se requiere atender para abordar el problema original, etc.) (Esquivel, 2010)

Las ludotecas se revelan como un equipamiento con un gran potencial al servicio de cualquier programa de Animación Hospitalaria, puesto que cumple los objetivos que éste se fija, no sólo como alternativa de ocio sino también como espacio de encuentro e interacción del niño hospitalizado con otros compañeros en su misma situación y con otras personas de su entorno. (Ludotecas y Pedagogía hospitalaria).

Así, podemos hablar de diversas funciones que puede cumplir una ludoteca en los procesos de hospitalización infantil. Las funciones específicas de una ludoteca como recurso para la Animación Hospitalaria serían:

- ° Distraer al niño enfermo de su dolencia, por ejemplo coloreando frutas.
- ° Mejorar la calidad de vida de la infancia y juventud, integrando valores sociales y educativos.
- ° Manualidades
- ° Juegos de mesa.

Estas actividades ayudaran a conocer mejor a cada niño y a sus padres con el fin de mejorar su estancia y ampliar mi propuesta de un programa educativo para padres de niños con cardiopatías congénitas. Se tomara en cuenta las opciones que me brinden las maestras que se encuentran en el hospital para la elaboración del taller y los recursos que pueda proporcionar la institución.

El objetivo del reporte es propiciar nuevos espacios de interacción con los niños para que tengan un mayor conocimiento de sus cuidados y que con el paso del tiempo y con su crecimiento ellos vallan realizando su propio cuidado teniendo en cuentas los beneficios que estos les traen, no se pretende que el niño lo tome solo como algo cotidiano que tiene que hacer por obligación, sino

que haga conciencia que al tener estos cuidados su cuerpo con el paso del tiempo les ayudara a que en sus cirugías o estudios médicos la recuperación sea más rápida y puedan llevar una vida más cotidiana.

Capítulo 1 BREVE HISTORIA DE LAS LUDOTECAS Y PEDAGOGIA HOSPITALARIA

En la Ludoteca, el juego y el juguete así como los objetos inherentes a éstos, representan lo que los libros y revistas a la biblioteca, es decir, son servicios análogos.

La ludoteca es un servicio oportuno hoy en día para el niño en México, dado que propicia una educación para el uso del tiempo libre. El acelerado crecimiento demográfico en la ciudad de México, nos permite claramente vislumbrar a corto plazo, una menor cantidad de espacios para el uso del tiempo libre; las alternativas que se ofrecen hoy en día a niños y jóvenes como: salas de máquinas tragamonedas, billares, boliches, etc.,

1.1 Breve historia de las ludotecas

El concepto de ludoteca es acuñado en 1934 cuando se abre la primera ludoteca en Los Ángeles, y se extiende por todo el mundo gracias a la UNESCO, que lanza la idea a nivel internacional en 1960. Desde entonces se han creado ludotecas en la mayoría de los países europeos, así como en diversos puntos de los cinco continentes, dándose el caso de que organismos como UNICEF incluyan la ludoteca en sus proyectos de desarrollo de todo el mundo.

La idea se lanzó en los países europeos principalmente a través de la UNESCO; en algunos países latinoamericanos existen personas interesadas que han iniciado las primeras experiencias. Para el XXV aniversario de la primera LUDOTECA setecientos mil niños habían frecuentado las LUDOTECAS existentes y en ellos la cantidad de juguetes cedidos en calidad de préstamo, se acercaba a los nueve millones, tan sólo en Estados Unidos.

La forma en que funcionaba era semejante al sistema de una biblioteca de préstamo, tomando juguetes en lugar de libros para ser utilizados en casa.

En Europa la ludoteca apareció hasta el año de 1959 en Dinamarca. Esto a partir de la publicación de la Carta de los Derechos del niño en el 1959, donde se recoge en el punto 7c el derecho del niño al juego. A partir de ahí, entidades similares comienzan a instalarse por los cinco continentes, en una gran diversidad de espacios, estableciendo así una oportunidad de dar respuesta a la necesidad cada vez mayor de rescatar el derecho a jugar.

En Iberoamérica, las primeras ludotecas surgen a partir de la década de los 70 con proyectos en Brasil, Uruguay, Perú, Argentina, Cuba y Costa Rica. A finales de siglo también aparecen en otros países como Colombia, Ecuador, Paraguay, Bolivia, México, Panamá, Venezuela y Honduras, tanto de carácter público como privado y dirigido principalmente a poblaciones de alto riesgo, aunque atendiendo gran diversidad de intereses y necesidades comunitarias.

Por tomar algunos ejemplos, en Gran Bretaña el número actual de ludotecas se acercaba a mil cien, con servicios a niños, adolescentes y adultos, en 1990, Suecia contaba con 75 ludotecas para niños menores de siete años, y en Francia existen más de 800 repartidas por todo el país, las ludotecas australianas vienen a ser unas 600.

En el III Congreso Mundial de Ludotecas, (1984) se presentó la propuesta de interacción de lo lúdico con la expresión creativa. Este planteamiento pedagógico se constituyó en el aporte latinoamericano al movimiento internacional de ludotecas. Curiosamente, al tiempo que docentes europeos apreciaban las nuevas experiencias latinoamericanas, había quienes elaboraban proyectos en Latinoamérica adoptando la modalidad de ludotecas de la posguerra europea.

Posteriormente, la Omep Internacional en su Congreso de 50 aniversario, realizado en Copenhague (1998), replantea la misma temática, con análoga urgencia, dado que continúa siendo la preocupación central de los educadores infantiles.

En nuestro país las primeras ludotecas se instalaron y pusieron en marcha aproximadamente a mediados de los años ochenta.

El 95% del total de ludotecas instaladas en México son infantiles; maneja edades comprendidas entre los 3 y 12 años, mientras que el 80% de ellas no se permite la entrada de adultos; por lo general éstas son tomadas como centros de cuidado mientras los padres realizan otras actividades. (Soria, 2015)

En 1977 México inauguró la primera ludoteca en Xochimilco por el Lic. Carlos Martínez Plata, la cual unos años después desapareció, en 1980. En 1986 la Universidad Nacional Autónoma de México incorpora el servicio de ludoteca ambulante con dos ludotecarios Javier Calderón y Demetrio Valdez la cual sigue en vigencia. (Borja, 1994)

Hoy en día, la mayoría de las ludotecas poseen una estructura administrativa y métodos de trabajo precisos, se registran más de cincuenta en Francia y más de veinte en Bélgica y en Suiza, las hay también en otros países europeos y en América del Norte.

Los responsables de algunas ludotecas, estiman que el juguete no es ya una simple diversión, sino que es reconocido como un útil instrumento de adecuación e información, que rivaliza con el disco y el libro, la tarea de una educación para el uso del tiempo libre.

La ludoteca se instituye socialmente en barrios, colonias, centros educativos, hospitales, etc., constituye una respuesta a un contexto donde las posibilidades de juego son limitadas y se inserta en el cuadro de una "animación" de los niños, así como una extensión y democratización de la cultura del tiempo libre.

También existen ludotecas que nacen de la necesidad de una actividad determinada y tiene una finalidad específica. Por ejemplo, la ludoteca de un edificio de Versalles, el "Grand Siécle" cuyo objetivo fue el de crear un lugar de encuentros y de intercambio para los niños, en particular un lugar de acogida e integración para los recién llegados, que a menudo se encontraban desorientados por el cambio de residencia y la consecuente pérdida de los amigos, es decir, favorecer la adaptación del niño creando a su alrededor un clima de amistad y camaradería.

1.1.1 Objetivos para las ludotecas

El primer objetivo de una ludoteca, institución social, educativa y cultural, es educar en el tiempo libre, en el sentido de ayudar a crecer como personas durante este espacio temporal. También educar para el tiempo libre, es decir, favorecer y propiciar el conocimiento satisfactorio de técnicas, recursos y actividades susceptibles de formar parte de un ocio pleno adulto, auto gestionado por los propios participantes. Todo esto se realizó siempre a través del juego o actividades a fines. (Matallana, 1996).

Borja Plantea diez funciones básicas a desempeñar por el educador que trabaja en una ludoteca que le permitirá adecuarse a cualquiera de las circunstancias específicas de su trabajo:

- ^a Realizar proyectos, programar su trabajo y evaluar los resultados, innovando las intervenciones.
- ^a Analizar críticamente juguetes, juegos, materiales lúdicos, espacios y situaciones de juego.
- ^a Realizar inventarios, clasificaciones y catalogaciones de fondos lúdicos.
- ^a Diseñar, organizar, realizar y evaluar programas y actividades lúdicas colectivas.

En un principio las ludotecas eran concebidas para los niños, únicos jugadores posibles, sin embargo, con el desarrollo de lo que algunos llaman la civilización del ocio, el concepto se ha ampliado a otras poblaciones: jóvenes, adultos, incluso se habla de ludotecas integrales, abierta a todos los sectores de población. (Valdez, 1991).

Las Ludotecas cuentan con juegos, materiales y actividades que se diseñaron específicamente, con base en la edad biológica y la etapa del desarrollo de los niños(as).

Promover las relaciones empáticas y cordiales entre el personal (voluntario), que otorga los servicios en las Ludotecas y los usuarios de las mismas [niños(as) y sus familiares], con la finalidad de crear un ambiente de apoyo, confianza y bienestar, basado en el respeto, compromiso y responsabilidad.

1.2 Ludotecas Hospitalarias y pedagogía hospitalaria

Las primeras escuelas dentro de un hospital surgen allá por los años cincuenta en centros vinculados con la orden hospitalaria de San Juan de Dios, como ocurriera en el Sanatorio Marítimo de Gijón que era llevado por estos hermanos; labor que fue continuada en otro de sus hospitales, en esta ocasión de Madrid, en el Asilo de San Rafael. Unos años más tarde, en torno a 1965, ante la epidemia de poliomeilitis que sufría la población infantil española, se plantea la necesidad de ayudar a estos niños no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el escolar y educativo.

Esta iniciativa dio lugar a que se abriesen una serie de aulas en diversos hospitales de la geografía española, en concreto en el hospital de Oviedo, en La Fe de Valencia, en Manresa (Barcelona) también bajo los hermanos de San Juan de Dios y en los madrileños: Niño Jesús, Clínico, Gregorio Marañón y Hospital del Rey, unas Aulas dependientes del Insalud, conocido por entonces como el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que van abriendo camino al ámbito de la atención escolar hospitalaria. Hay que incidir en un hecho primordial y es que en un principio, estas aulas fueron creadas con la idea de atender la demanda que había por parte de la sociedad por atender a niños con determinadas enfermedades, como la poliomeilitis, parálisis cerebral, Síndrome Tóxico, etc. Se pretendía, en esos momentos iniciales entretener a los niños que llevar con ellos un seguimiento escolar, según el programa de su colegio de origen.

Esta iniciativa tuvo su continuación en 1974, a raíz de la apertura del Hospital Nacional de Parapléjicos, en Toledo. En ese momento se puso en marcha una Sección Pedagógica, compuesta de cinco aulas, biblioteca, secretaría y una sala de profesores, con cuatro maestros, de los que hoy en día sólo quedan tres. La misión de esta Sección era atender las necesidades educativas de los niños y adultos ingresados, cubriendo así una demanda cada vez más extendida en la sociedad española. Sin embargo, esta iniciativa no cuajó todavía en el resto de hospitales.

El resultado final fue que el 18 de mayo de 1998 se firmó un convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud, en el que se sentaron las bases y la política compensatoria destinada a resolver la escolarización de los niños convalecientes o ingresados en centros hospitalarios.

En la actualidad la mayor parte de los centros hospitalarios de España cuentan entre sus dependencias con una o varias aulas donde son atendidos los niños y niñas que se ven obligados a pasar un tiempo en el hospital lejos de sus centros escolares de origen. Los años comprendidos en esta atención son los que van de los 3 a los 16 años, aunque en ocasiones puntuales son atendidos niños de otras edades superiores, aquellos que van al Bachillerato.

Toda ludoteca hospitalaria debe tener su normatividad interna por medio de un reglamento para el personal, voluntarios y/o pasantes de Licenciatura en Educación Preescolar, Pedagogía y Psicología. De igual forma se pueden realizar actividades y servicio social con Puericultistas. Asimismo, hay que tener en cuenta los lineamientos hospitalarios y los programas del departamento de Epidemiología de cada Unidad de Salud.

Todo esto con la finalidad de mejorar los procesos tanto internos como externos, ya que la ludoteca se encuentra inmersa en un medio ambiente donde existen virus y bacterias y se deben tomar las medidas pertinentes evitar infecciones Intrahospitalarias por medio de los juegos y juguetes.

Lograr una ludoteca en una Unidad hospitalaria no es fácil, sin embargo, es importante hacer notar que significa un gasto fuerte de inicio, pero si se cuidan y protegen los juegos y juguetes serán de mayor durabilidad, siendo necesario la compra de una o dos piezas cada seis meses.

De igual forma se puede solicitar al personal una vez al año donación de juguetes de diferentes tipos con las siguientes características:

- 2 • Duradero
- 3 • Sin pilas
- 4 • De colores y formas llamativas
- 5 • Para diferentes edades
- 6 • Lavable

En la ludoteca de Centro Médico Siglo XXI también fomentan el área académica e intelectual, a través de lectura guiada, apoyo con libros, revistas, consultas en internet, películas y juegos didácticos grupales. Lo anterior, se refuerza con el préstamo de materiales (libros, juegos de mesa, manualidades, etc.), para su uso en el periodo de estancia hospitalaria.

En la ludoteca se fomenta la comunicación verbal y no verbal, en la convivencia con el personal (Apoyo de servicio social, prácticas profesionales y voluntariado) y con otros niños(s); actividades que se rigen por reglas sociales (respeto, organización). Para ello, se establecen esquemas de disciplina, promoción de la comunicación, orientación para que aprendan a escuchar, apoyo a otros en los juegos, en el diseño y construcción de artículos manuales y juegos de mesa, entre otras actividades.

El personal (Apoyo de servicio social, prácticas profesionales y voluntario) se involucra en los juegos de los niños(as), a fin de apoyarlos y hacerle sentir que no están solos. También, participan con ellos en el diseño y elaboración de artículos manuales (muñecos de fieltro, muñecos recortables, porta retratos, pulseras), con la finalidad de contribuir a que superen miedos, o ansiedad ante procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y la sensación de soledad, o abandono.

La relación entre el personal médico y los pedagogos en el contexto hospitalario, parece haber estado siempre distanciada. A pesar de ello los orígenes de la Pedagogía Hospitalaria pueden encontrarse en los trabajos realizados por las grandes figuras de la Educación Especial (Itard, Decroly y Montessori) Quienes ya en el siglo XIX pusieron en práctica un proceso de colaboración Medico-Pedagógica, abordando cada caso desde una perspectiva interdisciplinar en el tratamiento de los niños ingresados en hospitales psiquiátricos y más tarde con niños considerados como “normales”. (G.C, 1994).

Capítulo 2 SERVICIO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE “LUDOTECA HOSPITALARIA”

En la carrera de Pedagogía en FES Aragón muy pocos estudiantes y egresados realizan su servicio social en instituciones como del sector salud, ya que dentro del tiempo que estuve estudiando no hubo una unidad de conocimiento que nos hablara o profundizara sobre el tema pero es un área donde se puede trabajar ya que hay mucho material que aun no se ha fomentado en las ludotecas por lo cual consideré que se trataba un buen lugar para realizar mi servicio social, conocer y aplicar el conocimiento didáctico que he aprendido en la FE.S Aragón y adquirir experiencia relacionando la teoría con la práctica. La institución en donde realicé dicho servicio es en Centro Médico Siglo XXI especialidad en Cardiología en el área de pediatría donde se tienen niños desde maternal es decir meses de nacidos, hasta, la población más vista en esta ludoteca es de 3 años a los 13, ya que en ocasiones es un poco más complicado poder llevar a los bebés a la ludoteca y los niños mayores a los 13 años no quieren acudir ya que piensan que es un área para niños pequeños. Esta experiencia es en primera instancia contada por el personal de doctores y enfermería del hospital y posteriormente profundizado con la maestra a cargo de esta ludoteca y finalizando con la experiencia propia.

2.1 Apoyo emocional y motivación con el niño antes de sus estudios y/o operación e involucración con el pedagogo

La hospitalización constituye un evento de gran estrés y que puede tener mucho impacto en el desarrollo emocional del niño. Aún cuando el dolor que el niño experimente sea leve o inexistente, la anticipación de lo desconocido, el hecho de que los padres no tengan información clara y adecuada de los procedimientos y la propia ansiedad de los niños y sus padres, contribuye a que el infante se sienta desprotegido y fuera de control.

Estudios indican que el 40% de los niños que son hospitalizados u operados pueden desarrollar pesadillas, ansiedad, pataletas, cambios en los patrones de alimentación, problemas de lenguaje, temores, conductas regresivas y marcada agresión, los cuales pueden perdurar hasta dos años después de la experiencia. (Alvarez, 2017)

Los programas de preparación para niños que enfrentan una hospitalización y cirugía enfocan tres aspectos principales: 1) Establecer relaciones terapéuticas con los niños y sus padres para apoyar el que los familiares se involucren en el cuidado del niño; 2) Proveer información adecuada a la edad del niño sobre los eventos y procedimientos que el niño debe enfrentar; 3) Proveer oportunidades para la expresión de preocupaciones a través del juego. (Dombro, 1998)

Preparar al niño para la experiencia hospitalaria y a tener periodos de contacto con un adulto que lo apoya, lo cual promueve el desarrollo de una relación de confianza. Esta misma relación de confianza facilita la expresión de sentimientos del niño. Este contacto con un adulto dentro del hospital que se preocupa y lo cuida contribuye a reducir la ansiedad que siente el niño y sus padres. "El desarrollo intelectual y social, el crecimiento de la mente del niño, su carácter y sus relaciones, son influenciados por el desarrollo emocional en relación a las personas que lo cuidan. Las emociones ocupan un punto cardinal y deben ser observadas y registradas. No son una distracción ni algo que debemos evitar. Si se maneja correctamente, el factor emocional es una valiosa e indispensable herramienta utilizada para lograr un mayor entendimiento". (Carabias, 1998)

La mayoría de los estudios sugieren que la presencia y participación de los padres durante la hospitalización, es beneficioso para los niños. Sin embargo, para que los padres sirvan como herramientas en el proceso de hospitalización, los profesionales de la salud deben preparar a estos padres, darles información adecuada y guías sobre su participación.

Niños y adolescentes necesitan información precisa y calmada sobre su enfermedad, su cirugía, o cualquier tipo de procedimiento a los que van a ser sometidos. Dicha información debe ser presentada según el nivel de desarrollo del niño. Los niños que no reciben estas explicaciones quedan libres de formular las propias, las cuales generalmente están pobladas de fantasías y percepciones inadecuadas que aumentan su ansiedad y las respuestas emocionales negativas. A mayor información apropiada, menor ansiedad a la hospitalización, la cirugía y un recobro más rápido.

Generalmente asumimos que si le contamos al niño que van a ir al hospital, o que van a ser operados, los vamos a llenar de ansiedad. Es lo desconocido y el

no saber lo que causa la ansiedad. Incluso se recomienda que los niños tengan la oportunidad de conocer las instalaciones hospitalarias y algunas personas del personal que lo va a recibir y a cuidar días antes de la hospitalización.

El juego es la herramienta por excelencia utilizada para preparar a los niños para la experiencia hospitalaria. “Involucrar a los niños en actividades de juegos y lectura apropiadas para su edad modera las ansiedades y minimiza la posibilidad de que la experiencia sea traumática para el niño” (G.C, 1994).

2.2 Perfil del pedagogo hospitalario

La tarea del pedagogo es enseñar y orientar a la persona enferma en su circunstancia particular, teniendo en cuenta que no está ante un enfermo sino ante una persona que está enferma. (Simancas, 1996). Este autor observa que toda ayuda innecesaria es perjudicial y que no es su cometido entretener y satisfacer todos sus caprichos de los niños, por ello, señala para el pedagogo algunas condiciones imprescindibles:

- Los familiares del niño pueden caer en el error de compadecer de su hijo y hacer todo por él. El pedagogo no se puede permitir caer en esa compasión sensiblera sino debe permitir al niño desarrollar su autonomía luchando contra toda dependencia.
- Fomentar la educación como auto tarea ayudando libre y desinteresadamente en lo imprescindible.
- Saber ganarse la libre adhesión del educando al profesor de ayuda que se le ofrece, siendo genuino, transparente, sincero y realista.

Debido a que la familia asume gran parte de la responsabilidad en el cuidado de la enfermedad de su hijo, resulta de especial importancia ofrecer una orientación a la familia sobre aspectos psicoeducativos al niño.

Haller, Talbert y Dombro (Dombro, 1998) Señalan que los maestros del niño hospitalizado deben caracterizarse por:

- Capacidad para manejar gran variedad de niños de diferentes niveles educativos, edades y personalidad.
- Amplia experiencia adquirida en aulas, campamentos o lugares de recreo.
- Percepción y sensibilidad para comprender las necesidades educativas y emocionales del niño.

- Voluntad para trabajar en condiciones irregulares
- Tolerancia ante las interrupciones en la rutina y extremos en el comportamiento que con frecuencia se producen.
- Capacidad para manejarse frente a la enfermedad y la muerte.

No sólo el niño sufre emocional y físicamente la enfermedad, los padres tienen una gran carga emocional que deben aprender a gestionar en cuestión de horas. Tienen que tomar decisiones importantes, tanto en lo que se refiere al niño hospitalizado como organizativas en todo lo que conlleva a su vida diaria.

La hospitalización de un niño es mucho mejor cuanto más cerca esté la madre de su hijo.

La madre se convierte en la mejor cuidadora de su propio hijo enfermo, y además se transforma en una excelente e insustituible colaboradora del personal del hospital. El ingreso de un hijo es una situación difícil para cualquier familia, pero para la madre es aún más dura.

En estos ingresos hospitalarios, el personal sanitario se esfuerza por proporcionar a los pequeños los cuidados médicos necesarios para tratar su enfermedad. Pero son sus padres los que ejercen un papel más destacado como acompañantes de los niños, señalan los expertos. Les dan el consuelo, el amor, la protección y la atención a las necesidades no médicas que reclaman durante esos días.

La madre es la acompañante habitual de los menores ingresados. La progenitora es la persona que permanece junto al pequeño en el hospital en casi el 70% de los casos. Según el estudio, su presencia es esencial, puesto que la reacción inmediata más repetida entre los pequeños cuando sienten dolor es pedir ayuda a sus familiares.

A través del tiempo las investigaciones en Pedagogía han venido abarcando espacios contiguos al mundo hospitalario en todos sus niveles, orientando las nuevas formas de abordar la diversidad humana desde el accionar educativo en diversos escenarios anónimos y complejos. Trascender sobre el ecosistema Pedagógico, fuera de su espacio escolar, físico y previamente establecido, es una tarea que a primera vista podría parecer poco relevante, al considerarse que difícilmente aportaría soluciones a las dificultades de los

problemas educativos y de salud, tan complejos como los establecidos en ambientes hospitalarios.

2.3 ¿Qué es una Cardiopatía Congénita?

Las cardiopatías congénitas son una enfermedad congénita (CPC) es un problema con la estructura y el funcionamiento del corazón presente al nacer. Una cardiopatía puede describir muchos problemas diferentes que afectan al corazón y es el tipo de anomalía congénita más común, la cardiopatía congénita causa más muertes en el primer año de vida de cualquier otro defecto de nacimiento. (MedlinePlus, 2017).

La cardiopatía congénita puede describir muchos problemas diferentes que afectan al corazón y es el tipo de anomalía congénita más común. La cardiopatía congénita (CPC) causa más muertes en el primer año de vida que cualquier otro defecto de nacimiento.

La cardiopatía congénita suele estar dividida en 2 tipos: cianótica (coloración azulada producto de una relativa falta de oxígeno) y no cianótica. Las siguientes listas cubren las cardiopatías congénitas más comunes:

Cianóticas:

Anomalía de Ebstein

Corazón izquierdo hipoplásico

Atresia pulmonar

Tetralogía de Fallot

Drenaje venoso pulmonar anómalo total

Transposición de los grandes vasos

Atresia tricúspide

Tronco arterial

No cianóticas:

Estenosis aórtica

Comunicación interauricular (CIA)

Canal auriculoventricular (defecto de relieve endocárdico)

Coartación de la aorta

Conducto arterial persistente (CAP)

Estenosis pulmonar

Comunicación interventricular (CIV)

La ciencia aún no ha podido determinar cuáles son las causas de las cardiopatías congénitas. Aunque algunos padres pueden tener más de un hijo con una cardiopatía, en la mayoría de los casos, éstas no se consideran hereditarias y, en la mayoría de los casos, los niños con cardiopatías congénitas no presentan factores de riesgo conocidos. Sin embargo, las cardiopatías congénitas están asociadas con anomalías cromosómicas, como la trisomía del par 21 (síndrome de Down) y están vinculadas a anomalías genéticas específicas. Los bebés con otros problemas de nacimiento también pueden padecer cardiopatías congénitas. (Quality, 2018).

2.4 Etapas de desarrollo

Es muy importante comprender el desarrollo cognitivo de los niños y entender su mentalidad en cada etapa para poder favorecer y enriquecer su aprendizaje.

El ritmo de aprendizaje de los niños es asombroso. En sus primeros años de vida se produce un desarrollo de su inteligencia y capacidades mentales, como la memoria, el razonamiento, la resolución de problemas o el pensamiento. (Tomàs, 2008)

Piaget es uno de los psicólogos más famosos de la historia por sus descubrimientos sobre la infancia y el desarrollo de la inteligencia en niños. Dedicó su vida a investigar las diferentes etapas del crecimiento, y a entender cómo evolucionan en ellas nuestros patrones del aprendizaje, pensamiento y desarrollo cognitivo. El siguiente artículo explica la Teoría de Piaget y ofrece una explicación sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño.

La teoría de Piaget mantiene que los niños pasan a través de etapas específicas conforme su intelecto y capacidad para percibir las relaciones maduras. Estas etapas del desarrollo infantil se producen en un orden fijo en todos los niños, y en todos los países. No obstante, la edad puede variar ligeramente de un niño a otro.

¿Qué es la Teoría de Piaget? Jean Piaget (psicólogo y biólogo suizo) hizo numerosos estudios de la infancia en niños, dividiéndola en etapas, que él llamó: Estadios. La Teoría de Piaget supone la división de estas etapas durante el desarrollo cognitivo de un niño, en diferentes edades.

Durante la infancia de un niño/a, se produce un desarrollo cognitivo natural en el que los niños/as “aprenden a pensar”, o mejor dicho, a interactuar con el mundo en el que viven. Esto supone una serie de cambios evolutivos en la vida del niño, marcados por etapas durante toda la infancia, desde que nacen, hasta la pre-adolescencia.

Piaget propuso cuatro etapas del desarrollo en niños, que son:

1- Desarrollo del niño: Etapa Sensorio Motora (Niños de 0-2 años)

Este estadio de desarrollo del niño se caracteriza por la comprensión que hace el niño del mundo, coordinando la experiencia sensorial con la acción física. En este periodo se produce un avance desde los reflejos innatos.

Se sabe que los niños a esta edad tienen preferencia por estímulos coloridos, con brillo, con movimiento, contraste.

Además construyen sus esquemas intentando repetir un suceso con su propio cuerpo, por ejemplo, hacer ruido al golpear un juguete, tirar un objeto, tirar de una manta para conseguir un objeto que hay sobre ella, etc. A esta edad, los niños están repitiendo sucesos al azar, experimentando a través de su propio cuerpo. (Tomàs, 2008)

Primer contacto del bebé con el lenguaje: La primera vez que tiene el bebé contacto con el lenguaje es en el vientre materno, durante los meses de gestación ya se va familiarizando con la voz de los progenitores. Las investigaciones muestran que en los primeros días de vida prefieren el sonido de la voz humana, a cualquier otro sonido. Sorprende lo acostumbrados que

están al lenguaje, ya que desde el momento que nace el bebé tiene la excepcional capacidad de distinguir el sonido del habla.

¿Cómo se comunican los niños de 0 a 2 años? Al nacer, la mejor forma que tiene de comunicarse el bebé, es llorar ya que no puede emitir otros sonidos (físicamente no está preparado). Durante los primeros meses, todo serán gestos pre-lingüísticos mediante sonrisas y llantos que utilizarán de una forma involuntaria, y que más adelante, se volverá intencional cuando aprendan a utilizarlo a modo comunicativo. De todas formas, al llorar o al sonreír los padres interpretan lo que el bebé hace, y por ello ya hay una primera comunicación no intencional por parte del bebé. Después llegarán los primeros balbuceos en torno a los 6 meses con consonante- vocal, por ejemplo, “bababa”. Las primeras emisiones de palabras sueltas serán en torno a los 12 meses.

¿Qué podemos hacer para favorecer el desarrollo cognitivo del pequeño en la etapa sensorio motora (de 0 a 2 años)?

Cuando un bebé agita su sonajero una y otra vez es porque el sonido le gusta y quiere volver a escucharlo. En ese momento puedes, por ejemplo, coger el sonajero y agitarlo apoyándolo en otra superficie para que el sonido sea diferente. De esta forma el bebé verá que se producen modificaciones o cambios y aprenderá a explorar.

Déjale que juegue y explore objetos y juguetes diferentes: Para que conozca más allá de sí mismo.

A partir del año y medio pueden jugar a esconder objetos: Muéstrale un juguete y escóndelo, por ejemplo, debajo de una sábana. Enséñale cómo encuentras el objeto escondido. Repite la operación, pero ahora deja que sea el quién encuentre el juguete escondido.

2- Desarrollo del niño: Etapa Pre-Operacional (Niños de 2-7 años)

Esta es la segunda etapa de la Teoría de Piaget. A partir de los 3 años se produce un hecho importante en la vida de un niño, la escolarización (Educación Infantil). Esto supone un componente social muy importante.

El niño empieza a relacionarse con los demás, en especial con sus iguales, ya que antes de este período, las relaciones eran únicamente con la familia.

¿Cómo se comunican los niños de 2 a 7 años? Aunque entre los 3 y los 7 años se produce un enorme aumento de vocabulario, los niños durante la primera infancia, se rigen por un “pensamiento egocéntrico”, esto quiere decir, que el niño piensa de acuerdo a sus experiencias individuales, lo que hace que su pensamiento aún sea estático, intuitivo y carente de lógica. Por ello, es frecuente que hasta los 6 años, puedan cometer errores tanto para interpretar un suceso, como para expresarlo.

Hablar en tercera persona refiriéndose a uno mismo es muy normal en este periodo porque aún no tiene bien definido el concepto del “yo” que lo separa con el resto del mundo.

Los niños a esta edad, entre 2 y 7 años, tendrán mucha curiosidad y ganas de conocimiento, por lo que preguntarán a sus padres el “por qué” a muchas cosas.

En esta etapa los niños atribuyen sentimientos o pensamientos humanos a objetos. Este fenómeno se conoce como animismo.

¿Qué podemos hacer para favorecer el desarrollo cognitivo del pequeño en la etapa pre operacional (de 2 a 7 años)?

Pon en práctica el juego simbólico: A través de esta actividad se desarrollan muchas de sus destrezas de los niños y permiten que se vayan formando una imagen del mundo. A través del juego se pueden adquirir los roles y situaciones del mundo que nos rodea: Hacer como si comemos o bebemos, hacer como si conducimos, jugar a que somos médicos y ayudamos a otra persona, etc... Podemos poner en práctica cualquier actividad que ayude al pequeño a ampliar su lenguaje, desarrollar la empatía, y consolidar sus representaciones mentales del mundo que nos rodea.

3- Desarrollo del niño: Periodo concreto (Niños de 7-11 años)

En este penúltimo estadio de La Teoría de Piaget, los niños empezaron a utilizar un pensamiento lógico sólo en situaciones concretas. En este periodo pueden realizar tareas en un nivel más complejo utilizando la lógica, así como realizar operaciones de matemáticas. Sin embargo, aunque hayan hecho un

gran avance con respecto al periodo pre-lógico, en este periodo del desarrollo cognitivo pueden aplicar la lógica con ciertas limitaciones: Aquí y ahora, siempre les resulta más fácil. Todavía no utilizan el pensamiento abstracto, es decir, el aplicar conocimientos sobre algún tema que desconocen, aún es complicado para los niños de esta edad.

¿Qué podemos hacer para favorecer el desarrollo cognitivo en el periodo concreto (de 7 a 11 años)?

Ayuda a potenciar su pensamiento reversible: Practicar estos ejercicios pueden ayudar a desarrollar su capacidad lógica y de razonamiento. Importante para el manejo de números y matemáticas, pero también para el desarrollo de su vida adulta. Por ejemplo preguntar cuál es el resultado de sumar dos números. Si el resultado es 8, podemos plantear la cuestión de forma inversa y pedir que nos ayuden a encontrar dos números que sumen 8. El pensamiento reversible se puede ejercitar casi en cualquier situación de la vida cotidiana. Por ejemplo, cuando estás en el supermercado y estimas el precio de lo que te va a costar la compra. O cuando lo haces a la inversa, y estimas cuánto deben costar cada alimento que has comprado para que te llegue con el dinero que llevas encima.

Pídele que te ayude a resolver cuestiones y se plantee interrogantes: Por ejemplo, puedes preguntarle ¿Cómo ayudarías a que un animal perdido encuentre a su dueño? ¿Cómo logramos que la comida no se quede fría? ¿Cómo vamos a casa de la abuela si el coche está en el taller?

Ayúdale a comprender las relaciones entre los fenómenos que suceden en la naturaleza o vida social: ¿Por qué crees que tu abuelo puede ponerse triste si no vamos a visitarlo?, ¿Qué crees que pasará si este invierno no llueve nada?

Potencia su capacidad de razonamiento: Ayúdale a que se cuestione hechos concretos.

4- Desarrollo del niño: Operaciones Formales (Niños y adolescentes de 11 años en adelante)

Este último periodo ya se caracteriza por la adquisición del razonamiento lógico en todas las circunstancias, incluido el razonamiento abstracto.

La novedad en este último periodo en relación con la inteligencia del niño, es, como señala Piaget, la posibilidad de que ya pueden realizar hipótesis sobre algo que no tienen aprendido de forma concreta.

Aquí empezará a establecerse el aprendizaje como “un todo”, y no de forma concreta como en el anterior estadio.

¿Qué podemos hacer para favorecer el desarrollo cognitivo del pequeño de los niños y adolescentes de 11 años en adelante?

Trata de motivar que se planteen preguntas: Utiliza hechos cotidianos y trata de que razone los factores que han provocado un determinado desenlace. Ayúdale a que se planteen deducciones o hipótesis.

Debate con el niño o adolescente: Intenta ayudarlo a que se exprese y te explique su forma de pensar ante diferentes cuestiones. Expón tu forma de ver las cosas y encontrar los puntos positivos y negativos de cada punto de vista. Puedes abordar también problemas éticos. (Weisz, 2018).

Adicional a esto, dentro de la ludoteca también asisten niños con Síndrome de Down en el cual debemos de tener un poco más de cuidado ya que tienen una reacción distinta y los cuidados llegan a ser un poco más prudentes, esto explicado más a fondo en el siguiente tema.

2.5 Trisomía 21 (Síndrome de Down)

El síndrome de Down (SD), descrito en 1866, es una enfermedad que presenta trisomía en el cromosoma 21. El 95% corresponde a trisomías primarias y el 5% a translocaciones y mosaicos (3 y 2%, respectivamente). La frecuencia de presentación es de un caso por cada 650 nacidos vivos, aunque varía de acuerdo con la edad materna, y llega a ser uno por cada 30 recién nacidos vivos de madres de 45 años de edad o más. El riesgo de recurrencia es del 1% en la población general. (Figuerola, 2003)

De los pacientes con cardiopatía congénita, el 4-10% se asocia a SD, y el 40-60% de los pacientes con este síndrome presenta cardiopatía congénita. La malformación cardíaca es la mayor causa de mortalidad en los primeros 2 años de la vida⁵. En México, las cardiopatías que se presentan con más frecuencia en los niños con SD son la persistencia del ductus arterioso (PDA), la comunicación interventricular (CIV) y la comunicación interauricular (CIA), a

diferencia de lo mencionado en países anglosajones y europeos, donde los defectos de la tabicación atrio ventricular (D-AV) son los más comunes (40-70%) y, entre estos, el canal atrio ventricular parcial (CIA ostium primum con hendidura mitral) es el más frecuente. (Rodríguez LH, 1984)

Conocer la frecuencia y las características anatómicas de las cardiopatías congénitas en el SD, así como sus complicaciones y causas de morbimortalidad, cobra gran importancia para la prevención y mejoría en la calidad de vida, por lo que mencionamos la experiencia de nuestro Instituto. Otros factores que influyen en la supervivencia son la situación socioeconómica, el sexo femenino, el bajo peso al nacer, etc. Las principales causas de fallecimiento son la insuficiencia cardíaca, la sepsis y la hipertensión arterial pulmonar; esta última tiene una presentación más temprana en los D-AV y reduce la supervivencia hasta en un 58%¹²⁻¹⁴. Las malformaciones congénitas no cardíacas asociadas más frecuentemente son las del tubo digestivo. (Figueroa, 2003).

Capítulo 3 PROPUESTA PARA FOMENTAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

La propuesta toma como base las características de nuestra población, las posturas existentes sobre el rol que le corresponde a un centro terciario en la asistencia de estos pacientes crónicos complejos, y los diferentes modelos de atención para pacientes crónicos seleccionados y ya descritos.

Como modelo que tiene como principal basamento al paciente y su familia, debe tener en cuenta en primer lugar las características de la población de pacientes con cardiopatías congénitas.

Estos pacientes son más susceptibles a contraer enfermedades agudas, las más frecuentes de las cuales son las infecciones respiratorias, que en estos niños adquieren mayor gravedad, por lo que se internan con mayor frecuencia.

Hacer una primera aproximación desde el objeto de la pedagogía (la educación), estableciendo acciones educativas que ordenen la construcción de la humanización del ser, justifica la existencia de un quehacer profesional que responda a las imperantes necesidades de Educandos Pediátricos Hospitalarios (EPH), para seguir viviendo con calidad de vida.

Es por ello que a la pedagogía de la salud se le pide que aporte soluciones concretas desde la calidad de vida a problemas particulares de la educación, con métodos y metodologías eficaces, efectivas y eficientes factiblemente validadas desde aprendizajes visibles para aprendices visibles, que se justifiquen desde el saber y el método científico, trascendiendo los límites y ofreciendo alternativas de acción y reflexión en pro de una educación que atienda a la diversidad humana desde la educación inclusiva a la inclusión educativa y social.

Es desde allí que los momentos de enseñanza y aprendizaje se tornan poderosos, como oportunidades que nos permiten la identificación del ser humano en el contexto hospitalario y lo que en realidad debe aprender desde su condición de vida para su vida, respetando sus momentos, sus crisis, su estado sin descuidar sus gustos y su necesidad al identificar su desarrollo cognitivo, cognoscitivo y socio afectivo. Es crear oportunidades más ricas de

construcción de conocimientos, mediados y compartidos sin autoridad docente que nos ofrece nuevas formas de existir, ser y pensar en el mundo de hoy.

Establecer un proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo cognitivo, cognoscitivo y socio afectivo teniendo en cuenta:

^a El pensamiento,

^a La consciencia,

^a La Inteligencia.

3.1 Descripción de la población usuaria

Cada niño y niña que llega a la ludoteca de Centro Médico Siglo XXI proviene de distintos estados, en su mayoría son personas foráneas ya que en sus estados como son Puebla, Sinaloa, Michoacán, Oaxaca entre otros estados no cuentan con un pediatra en el área de Terapia intensiva por lo cual no se pueden exponer a operar al niño, es por eso que es más probable recibir a un niño de otro estado que a un niño de la CDMX. Lo único que tienen en común todos estos niños y niñas es el Seguro Social, cada uno tiene diferente nivel económico, en su gran mayoría viene acompañados de su mamá, papá y en muy pocos casos de un abuelo o abuela.

El rango de edades va desde bebés de 9 meses (edad mínima que he visto) hasta adolescentes de 16 años como una edad máxima que la institución tiene marcada para el área de Pediatría en Cardiología.

3.2 Actividades dentro de la ludoteca

En la Ludoteca de Centro Médico Siglo XXI área de cardiología se busca que sea un espacio de socialización y convivencia, los niños y niñas pueden entrar a un aula en donde a primera instancia se procura tener adornado para que este lugar se encuentre alegre y así poder mejorar el ánimo de los niños. Asimismo realizamos las siguientes actividades:

- Asamblea inicial: presentaciones de niños/as y monitoras, recordatorio de normas, información del sistema de refuerzos, horarios, presentación de actividades, juegos...

- Juegos de mesa

- Propuesta de actividades diversas
- Realización de manualidades relacionadas con las campañas, estación en la que nos encontremos, o demandadas por los menores

Establecimiento de normas.

En el tiempo que estuve realizando mi servicio social me tocó vivir el “Día de muertos” con los niños tanto en el turno de la mañana como en el de la tarde. El día 30 de Octubre tuve la oportunidad de estar en el turno de la tarde donde nos toco buscar dentro de los disfraces donados varios de los mismos que les quedaran a los niños, maquillarlos acorde a su vestuario y salir a los pisos dentro del hospital junto con el personal de enfermería a pedir la famosa “calaverita”. Un día después tuve la oportunidad de salir con los del turno matutino en el cual semanas antes junto con los niños decoramos una bola ecológica para cada niño hecho al gusto de cada uno de ellos, se pintaron calaveras, calacas, fantasmas entre otras formas dichas bolsas.

Posteriormente nos preparamos para una posada que se realizaría una semana antes de navidad en donde hicimos botas para meterles dulces, nos tocó cortar las botas, coserlas, decorarlas y adornarlas y llenarlas de dulces para dichas posadas, además de organizarnos para cantarles villancicos a los niños.

Por último y adelantando para el día del niño se están realizando bolsitas para dulces, cortadas, cosidas y decoradas por la maestra en turno y por una servidora además de estar con los niños con lo del día de la primavera y manualidades acordes a las fechas como ya antes fue mencionado, tomando en cuenta la primavera, natalicio de Benito Juárez entre otras cosas.

3.3 ¿Qué es un estilo de vida saludable

Hoy en día, la salud no se considera simplemente como ausencia de enfermedad. Educar a los niños y niñas en Hábitos Saludables desde temprana edad, es la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo.

Varios factores de riesgo podrán ser modificados, si se incorpora en la educación de los niños y niñas no sólo aspectos sanitarios, sino también sociales, culturales y económicos, para alcanzar un “estilo de vida saludable”

incluyendo la promoción de hábitos saludables como el tipo de dieta cardiosaludable y hábitos nutricionales, el patrón de conducta personal y comportamiento (horas de televisión, videojuegos), hábitos (tabaco, alcohol), estilos de vida (actividad física, sedentarismo), la estructura social, y las variables biológicas, y factores ecoambientales.

Para introducir nuevos valores y que los niños adquieran hábitos saludables duraderos que redunden en su bienestar y calidad de vida, sobre todo de cara a su posterior desarrollo físico e intelectual, será conveniente que los padres sirvan de modelo.

Ha sido demostrado que los niños presentan una mayor predisposición a consumir alimentos saludables y a llevar una vida activa si tienen el ejemplo de sus padres y de otros miembros de la familia.

En la búsqueda de un estilo de vida saludable la buena alimentación es el hábito que más influye en nuestra salud. Por ello no debemos olvidar que de nuestra alimentación dependerá en gran medida qué tan saludable sea nuestra vida.

Para seguir una alimentación saludable, ha de consumirse una gran variedad de alimentos de forma equilibrada. En todas las culturas el primer alimento que toma el recién nacido es la leche, pero a medida que crece, esta dieta láctea le resulta insuficiente para una adecuada alimentación, se van introduciendo de forma progresiva otros alimentos, que a veces los niños no aceptan fácilmente y cuyo consumo requiere pautas educativas. Su preferencia hacia el sabor dulce y la aversión por los otros se reconoce enseguida, por la aceptación de la leche. Sin embargo estas predisposiciones genéticas, pronto son modificadas por la compleja interacción de una serie de factores culturales y ambientales que conviene conocer para un buen aprendizaje, con objeto de realizar con éxito la transición de la dieta láctea de la primera infancia, a la dieta diversificada del adulto.

Durante la infancia la aceptación de nuevos alimentos transcurre con cierta lentitud, ya que los niños tienden a rechazarlos por miedo a lo desconocido. A veces se requiere que prueben el alimento hasta más de diez veces para que lleguen a aceptarlo y en muchas ocasiones los padres no suelen tener tanta

paciencia, cambiándose por otros alimentos mejor admitidos, frente a ello es necesario armarse de paciencia y no acudir a una dieta exclusivamente láctea, de papillas de frutas o cereales prefabricadas porque siempre resulta preferible una alimentación natural que una preparada industrialmente. A medida que el niño crece debe incorporar a su alimentación una mayor variedad de alimentos que habrán de ofrecerle en diversas ocasiones y en cantidades pequeñas hasta que se familiarice con ellos, sin dar importancia a sus rechazos iniciales; pues si dejamos de dárselos terminaremos proporcionándole una alimentación poco variada. (Blasco, 2011)

En el mes de octubre del año 2017 una pequeña que estuvo en terapia intensiva por tres meses sube a piso con muy poca energía, a causa del tiempo en cama se le atrofiaron los músculos de las piernas lo que ocasiona que no camine entre otros problemas que se unieron. Esta niña no come casi ninguna verdura, se le daba de comer por ejemplo chayote o zanahoria y al poco rato de haberlo comido lo devolvía, su mamá alegaba que prefería no darle la verdura y solo darle lo poco que a ella le gustaba con tal de que tuviera algo en el estómago y no vomitara todo. La dietista al igual que los doctores y padres de la niña buscaban la forma de conseguirle alimentos que a ella le gustaban pero el problema es que no todo le ayudaba a su pronta recuperación lo cual hizo que esta fuera un poco más lenta. Se le hizo un pizarrón con una cartulina en el cual se le estimulaba con que comiera un poco más variado, no forzándola en grandes cantidades pero que por lo menos fueran probaditas, si ella comía un poco de verdura se le pegaba una estampa que tenía cierto valor, al acumular un número de puntos ella ganaba el poder ver una película de su agrado o hacer una manualidad que no se hubiera hecho antes. Esto realmente ayudó a que ella mejorara mucho de salud y que claro comiera un poco mejor.

A veces el niño también se familiariza con el recipiente en que se le sirve la comida, de tal forma que si se le cambia por otro acaba rechazándolo. Por ello podemos utilizar como estrategia darle un alimento nuevo, utilizando el recipiente que asocia con una comida que le gusta mucho o mezclado en pequeña cantidad y reduciendo el alimento que hemos escogido para acompañarlo, hasta que al final consuma el nuevo.

3.4 Economía de fichas

El objetivo de la técnica de Economía de Fichas consiste en fomentar, entrenar e instaurar una serie de conductas deseables y positivas, como por ejemplo: que haga los deberes en casa, que se porte bien, que no se salte las normas o límites puestos en casa o en el aula, que termine una tarea/actividad, que empiece una tarea, que coma, que obedezca, etc.

La técnica también sirve para fomentar la motivación y el interés hacia ciertas asignaturas y/o actividades que NO resultan atractivas o motivantes para el niño, como las tareas escolares o las responsabilidades dentro de casa (hacer la cama, ducharse y vestirse solo, ayudar a poner la mesa...) y también para corregir interacciones conductuales desadaptativas entre iguales (peleas, riñas, desobediencia, negativismo).

Procedimiento de la técnica

La técnica consiste en entregar un estímulo (fichas, vales, puntos, estrellas, vales canjeables) que actúa de reforzador simbólico, inmediatamente después de la conducta deseada o que queremos reforzar

El estímulo (fichas, vales, puntos, estrellas) se cambia más tarde por un refuerzo (premio previamente pactado).

La técnica permite trabajar diferentes conductas a la vez pero necesita de elevada programación por parte de los padres o los profesionales encargados de dirigir la intervención.

Elaborar un registro para las fichas donde conste el número de fichas ganadas, canjeadas, extraviadas y ahorradas. También en este caso hay que atender a las características y la edad de los niños, cuando son pequeños el registro debe ser grande (una cartulina), con colores y letras grandes. En cambio los niños mayores, no es necesario que el registro sea tan colorido, pero sí es imprescindible que esté muy bien explicado, bien ordenado y organizado.

2. Fase de desvanecimiento:

Tras la implantación del sistema de economía de fichas, se tiene que proceder a la retirada gradual del sistema de fichas. Esto debe producirse, cuando las conductas-objetivo que queríamos instaurar y fomentar se producen de manera habitual y constante, a modo de hábito en el niño, es decir, ya forman parte del abanico de conductas del grupo-niño/a.

Para conseguir retirar y desvanecer la técnica se pueden aplicar diversas estrategias:

Aumentar el tiempo entre las entregas de fichas. Por ejemplo: en vez de entregar las fichas en el momento, se entregan al final del día o al final de la semana. Es importante hacer este cambio de manera paulatina, sin prolongar el tiempo en exceso, especialmente si son niños pequeños.

Incrementar el criterio para la obtención de fichas. A partir de este momento, para conseguir el reforzador objetivo hay que combinar dos conductas-objetivos. Por ejemplo: para conseguir la ficha, ahora hay que completar una secuencia de tareas, que antes se premiaban de manera independiente y ahora el premio se obtiene si se realizan en una secuencia completa y correcta.

Aumentar el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo. Por ejemplo: para conseguir el objetivo ahora hay que conseguir más puntos o fichas que antes.

Todos estos cambios tienen que ser muy bien explicados al niño, para que no sean rechazados. Hay que explicarle que como ha superado la fase uno, y ya funciona mucho mejor, hay que seguir avanzando y superando niveles. Empleando una metáfora como la superación de niveles en los videojuegos, el niño de esta manera entiende que cada fase es más difícil y tiene que hacerlo mejor y superarse cada vez.

Para que este sistema sea realmente efectivo es importante atender a las siguientes cuestiones:

Es fundamental que los objetivos/ metas, el procedimiento para conseguir el objetivo, el número de estímulos para conseguir el refuerzo y el premio o refuerzo estén pactados de antemano, de tal manera que el niño/a tenga muy claro cuál es el modo de operar correcto y deseable y cuál sería la manera incorrecta de operar.

Establecer los objetivos en función del criterio de edad del niño y las características de la meta: cuando los niños son muy pequeños o presentan una sintomatología muy marcada, es recomendable establecer objetivos y metas a medio plazo (no objetivos muy largos donde se requieran de una cantidad muy elevada de puntos para intercambiar) e ir incrementando el tiempo de latencia a medida que van haciéndose mayores.

Asegurarnos de que entienden el sistema, que saben utilizarlo y que tiene unas normas claras y establecidas y las trampas están penadas (castigo o coste de respuesta.) Una forma sencilla y muy práctica de saber si el niño ha entendido la técnica es pedirle que nos lo explique y comprobar así que ha comprendido la técnica. (López, 2018).

3.5 Comer sanamente

La leche materna constituye la mejor alimentación del niño cardiópata por tener una concentración baja de sodio y una mejor absorción de hierro. La madre puede combinar la lactancia materna con las tomas de biberón, e incluso administrar leche materna extraída con sacaleches a través del biberón, para que así otros miembros de la familia puedan ayudar a dar las tomas, ya que la alimentación del lactante afectado de una cardiopatía congénita consume muchas horas al día, lo que llega a ser agotador para la madre responsable de su cuidado. Se debe instruir a la madre para que deje descansar al lactante unos segundos si le nota agitado o cianótico. Para evitar que regurgiten, es conveniente no moverlos ni cambiarles de pañal tras las tomas, y ponerlos a dormir discretamente semisentados (en decúbito supino o lateral).

La posición semisentada también mejora la disnea si se tiene insuficiencia cardíaca. La utilidad de la alimentación con biberón, se basa en que permite medir el aporte y aumentar el aporte calorico de las tomas, pero no es cierto el tópico de que cueste menos trabajo que la succión del pecho materno, ya que se ha documentado lo contrario: se produce un mayor consumo de oxígeno con la succión del biberón que del pecho. (Claudia, 2014)

Pueden ser necesarios suplementos de hierro en caso de anemia o en portadores de cardiopatías que cursan con hipoxemia. Las indicaciones de suplementos vitamínicos y flúor son las mismas que en los niños sin enfermedades cardíacas.

Debemos ser flexibles en el horario de las tomas. A veces se requieren tomas de menor volumen (para evitar el cansancio con la toma) y más frecuentes. En los niños mayores como norma general, se aconsejará una dieta pobre en sal.

Podemos aumentar el aporte calórico mediante suplementos de grasas (triglicéridos de cadena media) e hidratos de carbono (se utilizan sobre todo dextrinomaltosas). Intentaremos aportar al menos 150 kcal/kg/día en los primeros meses de vida. La sonda nasogástrica, que puede ser necesaria en algunos lactantes, puede llevarse al domicilio, y algunos tipos de sondas pueden quedar colocadas durante semanas como es el caso de las sondas transpilóricas que pueden dejarse más tiempo ya que son siliconadas y además disminuyen el riesgo de aspiración.

Se recurre a la sonda nasogástrica cuando con el pecho o el biberón no ganan peso. Es aconsejable proseguir con pequeñas tomas para mantener el reflejo de succión. La sonda se coloca en el hospital y el niño debe permanecer internado hasta que se determine que la familia está bien instruida para el manejo de la sonda nasogastrica.

Con leche materna o fórmula de inicio que aportan menos de 1 caloría por ml, la cantidad de agua necesaria para alcanzar la meta calórica para que un lactante desnutrido no siga perdiendo peso o bien que recupere el peso perdido (en torno a 150 kcal/kg/día) es inviable para la situación hemodinámica en la que se encuentran estos pacientes, ya que entrarían en insuficiencia cardíaca muy fácilmente, por lo que resulta necesario aumentar el aporte

calórica con un suplemento de dextrinomaltoza y triglicéridos de cadena media; ambos se añaden en una proporción calórica similar. Se suele llegar hasta 1,5 kcal/ml, vigilando que la osmolaridad urinaria no sobrepase los 400 mOsm/l y que no ocasione vómitos o esteatorrea. Se deben controlar el peso con la periodicidad que necesite cada caso, habitualmente se controla una vez por semana, así como la longitud y el perímetro cefálico cada 1 ó 2 meses.

La circunferencia del brazo puede ser también de utilidad. Hay que tener presente que pueden ganar peso en poco tiempo por el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (retención hídrica) o perderlo por los diuréticos. Es de utilidad además de pesar al paciente en cada consulta, pedirle a la mamá que pese los pañales para poder hacer un balance de ingresos y egresos y de esta manera determinar si la ganancia de peso se debe a un balance positivo por retención hídrica o bien se trata de una ganancia de peso genuina. La osmolaridad en la orina es útil y fácil de determinar, esta no debe sobrepasar como dijimos los 400 mOsm/l. Esto es de gran utilidad ya que limita las extracciones de sangre, lo cual es importante ya que estos niños precisan buenas vías venosas para sus múltiples ingresos hospitalarios. (Claudia, 2014)

Los niños con cardiopatías cianóticas requieren una mayor cantidad de hemoglobina para atenuar la hipoxia tisular, por lo que en ellos cifras normales de hemoglobina y hematocrito indican anemia. La causa más probable es la carencia de hierro, y el mejor parámetro para evaluarla es el volumen corpuscular medio por debajo de 735. Para prevenir la anemia por carencia de hierro en niños con cardiopatías cianosantes es una práctica habitual la administración de suplementos orales, bien continuos en dosis bajas, bien discontinuos en dosis mayores.

A los pacientes con riesgo o clara insuficiencia cardíaca se les aconseja no añadir sal en las comidas y evitar los alimentos salados. En su condición de niños se pueden tolerar pequeños excesos puntuales (por ejemplo, en un cumpleaños). Las necesidades de agua dependen en buena medida de la ingesta de sal, por lo que si ésta se controla no es preciso restringir el agua, salvo en casos de insuficiencia cardíaca grave.

Hoy en día, debido al ritmo de vida que llevamos la mayoría de la gente acaba comiendo muy de prisa, en diez minutos y cualquier cosa, y debemos de tener

en cuenta que el inicio de la digestión empieza en la boca, con la masticación. Si comemos muy rápido, nos tragamos la comida saltándonos esta fase y esto hará que se nos hinche el estómago, tengamos gases, malestar y le demos más trabajo al estomago. (Garuz, 2014)

El servicio de alimentación para los niños debe de cubrir por lo menos tres comidas, desayuno, comida y cena, este menú se elabora acorde a las necesidades nutricionales de los niños, por ejemplo cuando los niños entran a las guarderías se elabora un menú que corresponda según la edad de los bebés o niños, en el preescolar es exactamente lo mismo y en algunas primarias que tiene desayunador también varea el menú según las edades de los niños, de la misma forma en el Hospital de Cardiología Centro Médico siglo XXI se elabora un menú distinto a cada niño dependiendo de su edad.

Se ha constatado que la mayoría de los niños rechaza las comidas que contienen verduras, seleccionando los alimentos que consumen y dejando de lado una fuente significativa de vitaminas y minerales. Se ha constatado también mediante diversas estrategias (charlas informales, reuniones, encuestas) que las familias no comprenden el valor y calidad de los alimentos brindados (verduras), por lo que originan criterios divergentes en cuanto a lo que ellos esperan que se les brinde y las expectativas de la institución sobre el consumo de estos alimentos.

Desde el comienzo se ha constatado que los niños no consumen verduras rechazando las comidas que las contienen, por lo que se realiza una sencilla investigación que da como resultados:

^a 65 % del total de alumnos no consume verduras ni frutas.

^a 15 % del total comen algunas y otras no.

^a 50 % de los niños que incluyen verduras y frutas en su dieta son de 5 años.

^a 12 niños presentan retrasos en su desarrollo corporal (bajo peso, talla disminuida).

^a Realizados los trabajos de preparación de alimentos en el aula se observa que los niños acceden a probar y aceptar los mismos.

^a Existe rechazo por las familias hacia el consumo de verduras y algunas frutas y muy poco conocimiento y valoración de estos alimentos en su inclusión en la dieta diaria.

^a 40 % de las familias no insiste cuando su hijo rechaza alguna fruta o verdura.

^a 35 % no las incluye en su dieta por “falta de costumbre”.

^a 15 % opina que son “caras”. (Novoa, 2007)

Adoptar un estilo de alimentación saludable desde edades tempranas, momento en que son establecidas muchas de las actitudes hacia la salud, marca una influencia para toda la vida. La nutrición durante las primeras etapas del desarrollo es de gran importancia para el individuo, pero también para su propia familia y para el futuro de la comunidad.

Desde el ámbito educativo es necesario incidir en la creación de hábitos alimenticios adecuados, ya que los mismos están pautados culturalmente y dependen en gran medida de la valoración que tenga la comunidad de lo que es saludable, dado que las influencias publicitarias son muchas veces engañosas en cuanto a lo que deben consumir los niños.

Desde el punto de vista pedagógico, el abordaje del tema “alimentación saludable”, para la totalidad del colectivo docente y en forma sistemática, permitirá además incursionar en contenidos de las tres áreas curriculares del Programa de Educación Inicial ya que se podrán desarrollar diversas competencias y seleccionar variadas actividades. En este aspecto la capacitación de los maestros es un requisito básico para actualizar las propuestas metodológicas y fortalecer el proceso de trabajo grupal.

El conjunto de actividades articuladas entre sí, que el grupo de docentes se propone realizar con el fin de obtener determinados resultados, implica una intervención en la realidad social y cognitiva del alumnado para mejorarla. La participación activa y la cooperación entre alumnos, maestros y padres permiten que se construya esa realidad. (Novoa, 2007)

Desde una concepción de aprendizaje por la que el alumno construye sus saberes en interacción con su medio y al incorporar la realidad se transforma y la transforma. En este contexto se propone generar:

- 1.- La reflexión en niños y niñas orientada al cambio en los hábitos de alimentación, enfatizando sobre la importancia de la inclusión de frutas y verduras en una dieta saludable
- 2.- El trabajo en equipo de los docentes que potencie sus intervenciones y propuestas pedagógicas referidas a la temática salud y al área ciencias
- 3.- La participación de las familias, comprometiéndolas en los logros de sus hijos

Mediante:

- ^a La creación de un espacio físico donde el niño pueda experimentar y conocer materias primas con las que se elaboran los alimentos, para luego incorporarlos a una dieta saludable
- ^a La incorporación de hábitos de organización y autonomía para explorar y experimentar en la huerta y el taller de cocina
- ^a La aproximación por parte de los niños al conocimiento del valor de cada grupo de alimentos y su importancia en la salud.
- ^a La motivación del equipo del cuerpo docente aprovechando el uso de espacios y recursos comunes que faciliten el intercambio pedagógico, cooperación, tolerancia, respeto.
- ^a El enriquecimiento de las propuestas didácticas mediante instancias de capacitación con diferentes técnicos
- ^a La generación de instancias de participación directa de los padres.
- ^a La difusión a las familias conocimientos útiles sobre alimentación.

3.5.1 ¿Cómo comer sanamente?

Los niños copian todo lo que ven, si los niños ven que sus padres y las personas que lo rodean comen de todo ellos también aprenden ese ámbito. Si en casa se sigue una alimentación adecuada, difícilmente vamos a ofrecerles a nuestros hijos otro tipo de comida.

Tanto cuando empieza la alimentación complementaria como cuando crecen y ya comen lo mismo que toda la familia, hay que ser unos padres conscientes

de la importancia de lo que comen y beben los niños cada día. Los anuncios de la tele o el entorno tendrán una influencia limitada en este aspecto, si partimos de una buena base.

En la niñez es fundamental alimentarse saludablemente para crear buenos hábitos de vida. Sin embargo, muchas veces esto no sucede en gran medida por la invasión de las comidas rápidas lo que está lejos de una alimentación balanceada.

Se consultó con la Dra. Luz Karime Halaby, todo lo referente a la alimentación en la niñez.

Al respecto nos comentó:

¿Qué alimentos son los que más ayudan a un niño en su desarrollo?

Los niños necesitan una alimentación balanceada en todos los aspectos. No puede faltar la proteína que es importantísima para que los músculos se desarrollen y puedan crecer fuertes y saludables. Es importante además implementar calcio para que los huesos estén fuertes. Por otro lado es clave tener claro que las porciones de alimentos deben ser menores, más no mínimas, que las consumidas por un adulto.

Básicamente el niño debe comer de todo, harinas, dulces, frutas y verduras, a no ser que tenga alguna alergia o intolerancia, lo cual debe ser tratado con más profundidad.

¿Qué alimentos son ideales para su desarrollo cerebral?

Alimentos que tengan fósforo como las carnes, el pollo y el pescado. Casi todos los alimentos tienen minerales que ayudan al desarrollo cerebral pero las carnes contienen una mayor cantidad de fósforo.

¿Qué cantidad de lácteos se les debe proporcionar?

La cantidad real de lácteos depende de las necesidades propias de cada niño. En ocasiones habituales se les proporciona un lácteo al desayuno y uno a cualquier otra hora del día. Pero es importante combinarlos con otros alimentos como las frutas, las harinas y las proteínas.

¿Qué cantidad de líquidos deben consumir?

El líquido se lo pide el cuerpo. Los líquidos eliminan impurezas y si el niño pide es porque tiene sed. También se debe contar con el agua de los alimentos y de los jugos al consumo diario.

¿Es cierto que: más rozagantes mejor alimentados?

No. Hay casos de desnutrición en que el niño esta gordo. Para esto hay que hacer un estudio específico de cada caso.

¿Cómo alimentar a un niño con sobrepeso?

Debe manejarse primero una reducción de consumo en los niños que comen muchos dulces o consumen alimentos en exceso e inapropiados. Usualmente el sobrepeso es el resultado de malos hábitos de alimentación.

Por esto, es importante que se les proporcione de todo pero a su medida, no se les puede decir que no vuelvan a consumir nunca un alimento específico sino enseñarles como alimentarse para crear hábitos apropiados de vida.

¿Cuando un niño no quiere comer, ¿qué se debe hacer?

Desde los 6 meses hasta el año el niño debe consumir todo licuado. Después de eso se les empiezan a dar comidas sólidas, sin embargo, hay niños que no aceptan algunos alimentos como la sopa o las verduras. Cuando pasa esto es importante servirle de diferentes maneras la comida para que ellos la vayan aceptando a medida que la van consumiendo. También hay que tener en cuenta las texturas y el color de los alimentos. Servirlo de una manera agradable hará que el niño coma con más facilidad los alimentos.

3.6 La importancia de dormir bien

Tu cuerpo y tu cerebro necesitan dormir. Aunque nadie sabe exactamente qué tarea desempeña el cerebro durante el sueño, algunos científicos creen que clasifica y almacena información, fabrica sustancias químicas y resuelve problemas mientras duermes.

La mayoría de los niños de entre 5 y 12 años duermen aproximadamente 9 horas por la noche, pero los expertos están de acuerdo en que la mayoría de ellos necesita 10 u 11 horas de sueño cada noche. El sueño es una

característica particular de cada persona, y algunos niños necesitan dormir más que otros.

Cuando tu cuerpo no tiene suficientes horas de descanso, puedes estar cansado o malhumorado, o tal vez no puedas pensar con claridad. Es posible que te cueste mucho seguir instrucciones o que discutas con tus amigos por cosas absurdas o sin importancia. Una tarea escolar, que normalmente te resultaría sencilla, te puede parecer imposible, y te puedes sentir torpe al practicar tu deporte o tocar tu instrumento favorito.

Una razón más para dormir lo suficiente: si no lo haces, podrías no crecer como debes crecer. ¡Es verdad! Los investigadores consideran que dormir demasiado poco puede afectar al crecimiento y al sistema inmunitario, que te protege de las enfermedades.

Alrededor de los 6 años comienzan a desaparecer las siestas y las horas de sueño de la noche cobran mayor importancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los niños de 6 a 12 años duerman entre 10 y 12 horas diarias, las cuales deben ser de calidad, lo que significa dormir de manera ininterrumpida para que las fases del sueño puedan proceder en orden y siguiendo su debida progresión.

Dormir es el anhelo de los mayores y el horror de los menores. Esto se debe a que los niños tienen una visión del mundo en términos de presente y no de futuro. Para un niño, dormir significa perderse todas las cosas interesantes que suceden o que podrían suceder mientras están durmiendo. Entre los 6 y 12 años, el niño empieza a desarrollar la capacidad de ser consciente de que existen repercusiones a largo plazo de sus acciones, por tanto, se dará cuenta de que si no duerme se encontrará más cansado y lento durante el día.

Las fases del sueño:

Mientras te vas quedando dormido, no parece que ocurran muchas cosas. La habitación se vuelve borrosa y los párpados te resultan cada vez más y más pesados. Pero, ¿qué pasa a continuación? ¡Muchas cosas!

Tu cerebro entra en acción, indicando a tu cuerpo cómo dormir. A medida que te vas quedando dormido, empiezas a entrar en cinco fases diferentes del sueño:

Fase 1

En esta fase de sueño ligero, tu cuerpo se empieza a sentir somnoliento. Es muy fácil que te despierten durante esta fase. Por ejemplo, si tu hermana te molesta o si oyes la bocina de un coche en la calle, lo más probable es que te despiertes de inmediato.

Fase 2

Después de un poco de tiempo, entras en la segunda fase, de un sueño un poco más profundo. Tu cerebro envía a tus músculos la señal de que se relajen. También indica a tu corazón que lata más despacio y tu respiración se enlentece. Hasta baja tu temperatura corporal.

Fase 3

Cuando te encuentras en esta fase, estás en un sueño incluso más profundo, también llamado "sueño de ondas lentas". Tu cerebro envía un mensaje para que te baje la tensión arterial. Ahora tu cuerpo no es sensible a la temperatura del aire que te rodea, lo que significa que no notarás si hace un poco más de frío o de calor en la habitación. En esta fase, es mucho más difícil que te despierten, pero algunas personas pueden tener episodios de sonambulismo o hablar mientras duermen.

Fase 4

Éste es el sueño más profundo de todos y también se considera sueño de ondas lentas. Es muy difícil despertarse en esta fase pero, si te despiertas, seguro que estarías descolocado y confundido durante unos pocos minutos. Al igual que en la tercera fase, algunas personas pueden tener episodios de sonambulismo o hablar dormidas mientras pasan de la fase 4 a una fase de sueño más ligero. (Rupal, 2014)

3.6.1 ¿Cuánto debo dormir?

Debemos saber que nuestro cuerpo tiene dos grandes formas de recuperarse del desgaste del día a día. Una de ellas es comiendo, así dotamos a nuestro organismo de todos los nutrientes que hemos gastado y evitamos el déficit alimentario. La segunda forma de recuperarse es durmiendo, pues todo ser

Y es que, durante los dos primeros meses, el sueño del bebé consiste en pequeñas siestas que no suelen durar más de 2 o 3 horas, ya que ha de despertarse para las tomas.

Hasta los seis meses de edad. El reloj interno de un bebé recién nacido todavía no está desarrollado. Como se puede comprobar en la tabla del tiempo del sueño infantil, entre el día y la noche, suelen dormir mucho, de 16 a 20 horas al día. En las primeras semanas, su sueño diurno suele interrumpirse a intervalos de 2 o 3 horas para su toma de leche. A partir del segundo mes, podrá dormir durante períodos más largos de tiempo. A partir del tercer mes, los bebés suelen dormir un poco más por las noches, de 6 a 8 horas sin interrupciones, y unas cinco horas durante el día, lo que alivia bastante a los padres.

A los cuatro meses, la mayoría de los bebés suelen dormir en su propia habitación. Es muy importante, en esta etapa, que los niños aprendan a dormir por sí solos, y que distingan entre el día y la noche para que esta última esté relacionada con el sueño prolongado. La rutina de horarios y de actividades es la mejor forma para educar a los pequeños y que concilien mejor el sueño. Les dará más seguridad y tranquilidad.

De seis a doce meses. A los seis meses, el bebé ya dormirá siestas de tres horas durante el día y dormirá unas 11 horas durante la noche. En esta etapa, ya deben dormir por sí solos. Cuando están enfermos necesitarán más atención y cariño, por lo que es normal que los padres les cojan en brazos y les mimen más, porque eso les hará sentirse mejor.

Sin embargo, es conveniente que esta actitud no se alargue para que el bebé no coja el hábito. Cuando el bebé se despierta muchas veces durante una noche, puede que se sienta molesto por algo. Lo mejor es atenderlo y asegurarse de que todo está bien, es decir, que no tiene el pañal sucio o que no tiene calor o frío. Es aconsejable darle el chupete, acariciarle suavemente en su espalda o en la barriga, y punto. Cuánto más se acerca su primer cumpleaños, el bebé irá durmiendo paulatinamente un poco más por las noches.

De uno hasta los tres años. En esta etapa los bebés suelen echar siestas más cortas, de una o dos horas, por lo que aumentará su sueño durante la noche,

en una media de 10 a 13 horas. Se debe mantener una rutina de actividades antes del sueño: el baño, la cena, el cuento, la música (relajante) y ¡a dormir! Es un ritual que ayudará mucho a que los pequeños entiendan que el acto de dormir es una actividad y una necesidad más. A los dos años, el niño ya podrá elegir el pijama que quiere usar, el peluche o el juguete con el que quiere dormir y el cuento que quiere que le cuente. Eso le hará partícipe de la rutina.

De los tres a los seis años. A los 3 años, los niños suelen dormir una siesta de una horita, y por la noche necesitan de 10 a 12 horas de sueño para sentirse descansados. A partir de los cuatro años, muchos ya dejan de dormir la siesta. Depende mucho del carácter y de las necesidades de cada niño.

De los seis a los nueve años. Durante estos años, los niños necesitan aproximadamente 10 horas de sueño durante la noche. Es importante que antes de que los niños se vayan a la cama, disfruten de un momento en privado con sus padres para conversar, compartir secretos, cuentos o música. Es una buena forma para prepararles para el sueño.

De los 10 a los 12 años. A estas edades, los niños sólo necesitan alrededor de 9 horas de sueño durante la noche. Todo dependerá de cómo esté de relajado o cansado. (Rupal, 2014).

3.7 El ejercicio en niños con cardiopatías congénitas.

El ejercicio físico recomendado varía según el tipo de lesión que presente el enfermo y, sobre todo, del grado de afectación funcional que padezca. Hay que precisar que los pacientes operados podrán también realizar deporte tras el postoperatorio, una vez valorada su situación. Del mismo modo, se han de considerar los potenciales efectos negativos del deporte elegido y del entrenamiento que se requiere, siempre teniendo en cuenta -al hacer recomendaciones- la diferencia que hay entre las actividades físicas recreativas y el deporte de competición.

Qué precauciones tomar:

En los casos de comunicación interauricular, interventricular o ductos arterioso, el ejercicio está contraindicado sólo cuando el “cortocircuito” sea grande o

cuando exista hipertensión pulmonar. Lo mismo ocurre con los que, tras una operación exitosa, están sanos o con lesiones mínimas.

Para los niños que sufren estenosis pulmonar o estenosis aórtica se contraindica el ejercicio físico intenso y/o el deporte de competición (si las lesiones son de grado moderado o severo). Cuando son leves, en principio no existen restricciones para el ejercicio.

Los niños con cardiopatía cianógena no pueden realizar ejercicios que impliquen grandes esfuerzos, salvo los que, tras la operación, gozan de una corrección total y sí pueden realizar todo tipo de actividades.

Los niños con miocardiopatía hipertrófica tienen más riesgo de sufrir muerte súbita. Al ser imposible determinar qué tipo de pacientes con este diagnóstico están en riesgo se aconseja ser cautos sobre la cantidad de ejercicio a realizar y contraindicar los deportes de competición, sobre todo si implican un esfuerzo muy intenso.

El prolapso de la válvula mitral no presenta ninguna contraindicación para hacer ejercicio o deporte de competición. Sólo se aconseja que se practique con moderación cuando el prolapso sea sintomático o se acompañe de insuficiencia mitral moderada o severa.

Para la hipertensión arterial, que es bastante extraña en los más pequeños, no está contraindicada la actividad física; más bien resulta beneficiosa. Sólo hay una excepción y son los casos de hipertensión severa en los que no se deben elegir deportes estáticos que suelen subir bruscamente la tensión arterial.

La enfermedad de Kawasaki es la causa más frecuente de alteraciones coronarias en el niño y para ella se contraindica el ejercicio intenso por el riesgo de muerte súbita.

La presencia de trastornos del ritmo cardíaco no supone la imposibilidad de hacer ejercicio, a menos que las arritmias sean sintomáticas. Si la frecuencia cardíaca -en reposo y durante el ejercicio- es adecuada, podrá llevarse a cabo porque no se compromete de antemano el gasto cardíaco. (Garuz, 2014).

Se considera que no es recomendable que los niños con Cardiopatías realicen actividades fuertes como correr, brincar o cargar cosas muy pesadas, son más recomendables los juegos de mesa o juegos donde el ejercicio sea muy mínimo y no acelere el corazón demasiado para evitar que esto ponga su estado de salud en condiciones riesgosas.

CONCLUSIONES

Decidí realizar mi servicio social en la ludoteca para poder abrir mi mirada desde la pedagogía a una rama que es muy poco tomada y que tiene mucho énfasis en la pedagogía, la ludoteca debe ser accesible a toda la sociedad y sus miembros del hospital, no puede depender de la capacidad económica y las condiciones, y es de primera importancia para la calidad de vida de las personas.

Considero que el juego y los juguetes bien orientados y logrados pueden ser mediadores de procesos que convocan y unen, permitiendo que los participantes, sean niños o adolescentes, se abandonen como sujetos para dejar de lado momentáneamente sus prevenciones y se encuentren en sus diferencias. Con lo que se asume que la metodología lúdica creativa se ubica dentro de un concepto de aprendizaje interactivo sobre la realidad sociocultural que rodea a quien juega.

Muchas son las definiciones acerca de las ludotecas, pero cada una de ellas alude al juego y al juguete como actividad y herramienta que fundamenta su existencia. Gracias a esto es que el término ludoteca y su sentido han ganado reconocimiento insertándose en el vocabulario de diferentes actores sociales, lo que permite constatar la trascendencia del concepto, o sea, la ludoteca pasó de ser simplemente un lugar para el entretenimiento a ser un espacio para aprender jugando.

Una ha adquirido, con el tiempo, una connotación más profunda debido a los procesos de formación que allí se han generado, en los que se ha comprobado que las ludotecas no son sólo el lugar o el sitio donde llegan los niños y niñas, sino el escenario en el que confluye la población infantil, juvenil y adulta. Porque siempre se puede conducir el proceso lúdico-pedagógico de forma que el niño, adolescente o joven no sea consciente de ello y no se sienta un objeto de experimentación.

Por otro lado, se debe tener siempre en cuenta que jugar con los niños y niñas, exige una actitud de aprendizaje constante, de reconocimiento del mundo infantil y de que el mundo no solo gira desde la óptica de los adultos, porque si

bien los niños y niñas son distintos de nosotros los adultos su experiencia y percepción del entorno es tan válida como la nuestra.

La implementación de una ludoteca contribuye con la construcción de una sociedad creativa y más pacífica porque significa la facilitación de espacios de socialización y aprendizaje donde el sujeto es considerado como tal, capaz de incidir en sus procesos educativos.

Porque la “vivencia” de la recreación es tanto una experiencia social como existencial, en la que entra en interacción el sujeto -con su historia, sus significados e imaginarios- los cuales se pone en escena a partir de la interacción lúdica con los otros.

Las vivencias generadas en un espacio lúdico tienen múltiples lecturas de los valores, comportamientos e historias que se tejen en una ludoteca, lugar en el cual el juego mismo flexibiliza barreras y hace a los participantes más humanos y genuinos, lo que significa autoconocimiento y la ludoteca es, por excelencia, este espacio.

Con este reporte se ha pretendido proponer un modelo de atención para un grupo de pacientes crónicos, los niños que nacen con cardiopatías congénitas complejas de resolución quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA:

- ALVAREZ, M. I. (2017). La pedagogía hospitalaria: clave en la atención al niño enfermo y hospitalizado y su derecho a la educación. En M. I. Alvarez. Salamanca : Ediciones Universidad de Salamanca .
- BLASCO, M. E. (2011). ABC de la alimentación infantil. En D. M. Blasco. Madrid, España : Anroart Ediciones, S.L.
- BORJA, S. (1994). Las ludotecas . En S. Borja, *Las ludotecas catalanas*. Barcelona : catalan.
- CARABIAS, B. J. (1998). *Relacion de ayuda y enfermería*. España: Sal Terrae.
- CLAUDIA, P. N. (21 de abril de 2014). *portales de educación permanente* . Obtenido de portales de educación permanente : <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pediatria/seguimiento-pediatrico-del-nino-con-cardiopatia-congenita/>
- CUALITY, A. (21 de febrero de 2018). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001114.htm>
- DOMBRO, H. T. (1998). *El niño hospitalizado y su familia*. Buenos Aires: El ateneo.
- FIGUEROA, J. d. (2003). Malformaciones cardíacas en los niños con síndrome de Down. *Revista Española de Cardiología* .
- G.C, O. (1994). Pedagogía Hospitalaria . *Siglo Cero* , 41-45.
- GARUZ, M. d. (2014). Vivir y convivir . En M. d. Garuz, *Irientaciones para familias de niños y niñas con cardiopatía congénita*. Barcelona : Laertes S.A.
- MATALLANA, M. L. (1996). Organización y animación de ludotecas. En J. Villegas, *Organización y animación de ludotecas*. Madrid: CCS.
- MEDLINEPLUS. (21 de diciembre de 2017). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001114.htm>
- NOVOA, C. (2007). comunidades de práctica/educación para todos. En C. Novoa, *comunidades de práctica/educación para todos* (pág. 133). Uruguay .
- RODRÍGUEZ LH, R. J. (1984). Cardiopatías congénitas en el síndrome de Down. *Medline*, 5-41.
- RUPAL, C. (04 de agosto de 2014). *KidsHealth*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/kids/not-tired-esp.html>

- SIMANCAS, G. (1996). *Sensibilidad, comunicacion y encuentro en atencion al niño hospitalizado* . Europa : Newbook.
- SORIA, M. J. (16 de mayo de 2015). *Ludoteca Hospitañaria*. Obtenido de <http://ludotecahospitalaria.blogspot.mx/>
- TOMÀS, J. (02 de septiembre de 2008). *paidopsiquiatria* . Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- VALDEZ, D. (1991). *Ludoteca, una alternativa de educacion para el uso del tiempo libre*. Mexico : Valdez.
- WEISZ, E. R. (01 de enero de 2018). *Salud, Cerebro & Neurociencia*. Obtenido de <https://blog.cognifit.com/es/teoria-piaget-etapas-desarrollo-ninos/>