

# Cuadernos Pediatría Social

ESPECIAL / DOCUMENTOS DEL CONGRESO

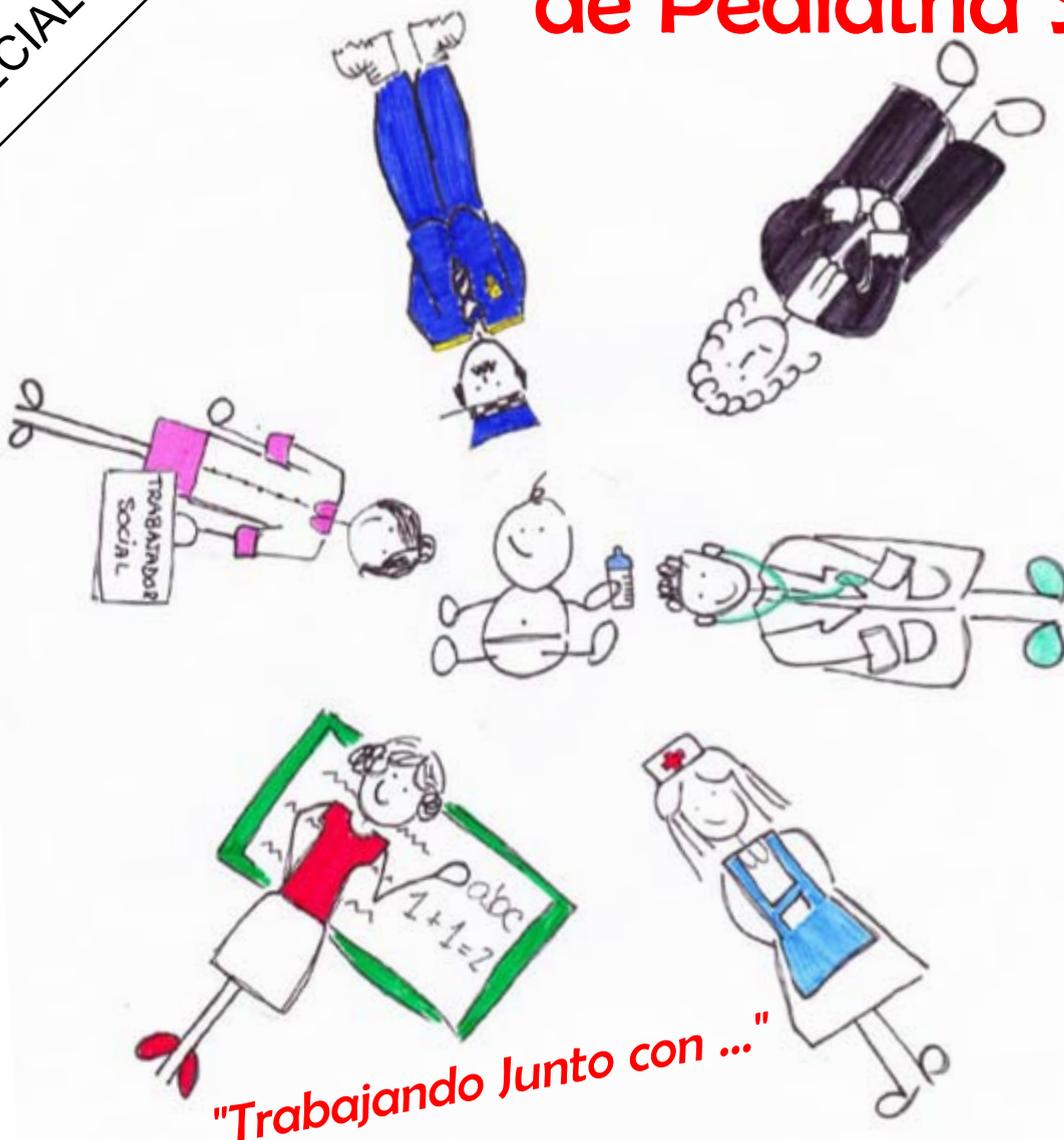
SEPS

Sociedad  
Española  
de Pediatría  
Social



Numero 19 - Noviembre 2013

## XXI Congreso Español de Pediatría Social



SEPS Sociedad  
Española  
de Pediatría  
Social



Sociedad de Pediatría  
de Madrid y Castilla-La Mancha

Instituto Madrileño de la Familia y el Menor  
CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES  
Comunidad de Madrid



ASOCIACIÓN MADRILEÑA  
DE ENFERMERÍA EN  
CENTROS EDUCATIVOS

MEDICINA  
ADOLESCENTE  
S.E.M.A



CONSEJO DE FORMACIÓN CONTINUADA  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
Comisión de Formación Continua  
de los Profesionales Sanitarios de  
la Comunidad de Madrid

sepeap  
Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria

SPI Sociedad de  
Psiquiatría  
infantil

SPAO  
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
DE ANDALUCÍA ORIENTAL

# Índice del Especial Documentos:

## XXI Congreso Español de Pediatría Social

22 y 23 de Noviembre 2013

(Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid)

• Presentación. José A Díaz Huertas..... Pág.4

### 1ª MESA REDONDA: PEDIATRÍA SOCIAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

• *Introducción de la Coordinadora:* Isabel Junco Torres.....Pág. 6

• *Problemas sociosanitarios emergentes en Atención Primaria.* Luis Martín Álvarez .....Pág. 7

### CONFERENCIA:

• *PALABRAS DE INAUGURACIÓN DE LA DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA Y LA INFANCIA.* Soledad Adroher Biosca.....Pág. 11

• *El Manual de Pediatría Social.* Antonio Muñoz Hoyos.....Pág. 14

### 2ª MESA REDONDA: DESIGUALDADES Y DERECHOS DE LOS NIÑOS

• *Introducción de la Coordinadora:* Almudena Olaguibel Echeverría-Torres .....Pág. 18

• *Desigualdades en épocas de crisis.* Carme Vidal Palacios.....Pág. 20

• *Respuestas desde la perspectiva de derechos.* José Luis Castellanos Delgado.....Pág. 22

### 3ª MESA REDONDA: AVANCES Y CONTROVERSIAS EN PROTECCIÓN A LA INFANCIA

• *Introducción del Coordinador:* Antonio Muñoz Hoyos.....Pág. 29

• *Maltrato Infantil: logros y dificultades.* Antonio Gancedo Baranda.....Pág. 30

• *Protección: logros y dificultades.* Ángel Cortés Lozano. ....Pág. 32

### 4ª MESA REDONDA: COOPERACIÓN INTERNACIONAL

• *Introducción de la Coordinadora:* Mercedes Rivera Cuello.....Pág. 35

• *Experiencias de cooperación.* Luis Prieto Tato .....Pág. 35

• *Hacia donde?* Maite de Aranzabal Agudo .....Pág. 39

### 5ª MESA REDONDA: PERSPECTIVA MULTIPROFESIONAL EN LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS SOCIO SANITARIOS DE LA INFANCIA

• *Introducción de la Coordinadora:* Bárbara Rubio Gribble.....Pág. 42

• *Salud escolar.* Natividad López Langa .....Pág. 42

• *Trabajo Social.* Lourdes Clabo Hernández .....Pág. 50

• *Psicólogos.* M<sup>a</sup> Ángeles Ortiz Fernández .....Pág. 53

• *Pediatras.* Ana Rosa Sánchez Vázquez .....Pág. 57

### 6ª MESA REDONDA: LA VOZ DE LOS NIÑOS. PARTICIPACIÓN INFANTIL

• *Introducción del Coordinador:* Patricio Ruiz Lázaro .....Pág.59

• *Ciudades Amigas de la Infancia. comunidades que escuchan a los Niños.*Gregorio Aranda Bricio.....Pág.59

• *Carta de Derechos de la Infancia en Atención Primaria.*.....Pág.63

### CONFERENCIA:

• *PEDIATRÍA SOCIAL EN LATINOAMÉRICA. EN BÚSQUEDA DE UNA SOCIEDAD MÁS JUSTA.* Ernesto Durán Strauch.

S. Colombiana de Pediatría, Profesor U. Nacional de Colombia..... (con presentación de José A Díaz Huertas).....Pág. 65

### 7ª MESA REDONDA: FAMILIA Y SALUD MENTAL

• *Introducción de la Coordinadora:* Concepción Brugera Moreno.....Pág. 69

• *La familia, marco del desarrollo emocional del niño.* Mercedes Rodrigo Alfageme.....Pág. 69

• *Problemas en los niños adoptados y acogidos.* Josep Cornellà i Canals.....Pág. 71

### 8ª MESA REDONDA: Adolescentes

• *Introducción de la Coordinadora:* Inés Hidalgo Vicario.....Pág. 75

• *Conductas disruptivas.* Antonio Escudero Nafs.....Pág. 77

• *Obesidad.* Carlos Redondo Figuero.....Pág. 80

## COMUNICACIONES

### A.- Comunicaciones Orales

1.- *Trastorno del espectro autista: Trabajando junto con el fisioterapeuta.*  
Jorge Juan Cazorla González; Josep Cornellà i Canals.....Pág. 82

2.- *En Tiempos de Crisis... Nuevas Consultas. Proyecto de consulta de pediatría social en un Hospital Comarcal.*  
Marín López, Laura Pilar; Gómez Llorente, M<sup>a</sup> Amelia; Hidalgo Calero, Ana Belén.....Pág. 83

3.- *Intervención educativa sobre asma y absentismo escolar en estudiantes de primaria en Andalucía.*  
Praena Crespo M; Murillo Fuentes A; Aquino Llinares N; Gálvez González J; Castro Gómez L. ....Pág. 84

4.- *Diagnóstico Diferencial del Maltrato Infantil: un reto para el Pediatra.*  
Elvira Ricci, Maria Fernanda Guzman, Maria Garcia Barba, Alfonso Delgado Rubio .....Pág. 85

- 5.- *Registro de Casos detectados de maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid 1999-2013.*  
Esteban Gómez J, Díaz Huertas JA, Gómez Aparicio AC, Casado Flores J, Ruiz Díaz MA.....Pág. 86
- 6.- *Disminución del Riesgo Cardiovascular mediante una intervención biopsicosocial para el tratamiento del exceso de peso en pacientes infantojuveniles refractarios a tratamiento previo.* Lanza Saiz R., Cabero Perez M.J., Gaité Pindado L., Alvarez Granda L., Pesquera Cabezas R., Artal Simón J., Castellano Barca G., García Fuentes M.....Pág. 87
- 7.- *Rotación en Pediatría Social. La rama olvidada de la formación del residente de Pediatría.* Laura Pilar Marín López, José A. Díaz Huertas, Antonio Muñoz Hoyos, Virginia Carranza Parejo, Andrea Campo Barasoain.....Pág. 88
- 8.- *Cómo mejorar el curriculum de pediatría social para los residentes.* Michelle Floyd Rebollo; Alisa Seo-Lee.....Pág. 89
- 9.- *Curso de verano en la Universidad: una buena estrategia de formación interdisciplinar en la prevención primaria del maltrato y el abuso sexual infantil.*  
Francesc Domingo, Zaira Ibars, Susagna Nevado, Carme Piqué, Carme Tello, Teresa Vallmanya. ....Pág. 90
- 10.- *Colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Hospital Universitario Niño Jesús (Madrid)*  
López Ortega, Juan José; Otero de Becerra, Joaquín; Cucarella Galiana, Marcelino; Díaz Huertas, José A.....Pág. 91
- B.- Posters sobre Promoción de la Salud**
- 1.- *Educando en Salud: acogiendo la diversidad.* Efrén Moncada Ocanto .....Pág. 92
- 2.- *Programa de Salud Materno Infantil.* Sánchez Nuñez MI, Romero Abellán L, Junco Torres I. ....Pág. 93
- 3.- *¿Quién cuida de nuestros hijos?* Carmen Vázquez García, Blanca Sánchez Casas, Noelia Caballero Encinar.....Pág. 94
- 4.- *Influencia de los Factores socio-económicos en la cobertura vacunal.*  
González Rosete M<sup>a</sup> Luisa, Carbonell Muñoz Lucía, Bejarano Mateos Irene, De la Hera Merino Marta, Jiménez Díaz Jorge, Fernández Lago M<sup>a</sup>Rosario, López Megías Elena.....Pág. 95
- 5.- *Educación sexual en los inmigrantes infanto-juveniles.* Isabel Vázquez Góngora, Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García.....Pág. 96
- 6.- *Documento Marco de Trabajo Social Sanitario en la Edad Pediátrica. ICS Catalunya 2013.*  
Piqué Anguera, C; Peña Ocaña, M; Canet Ponsa, M; Batlle Enrich, C; Florensa Palau, R; Perez Navarro, R; .....Pág. 97
- C.- Posters sobre Maltrato Infantil**
- 7.- *La educación sexual frente al abuso sexual y maltrato infantil.* José Antonio López García.....Pág. 98
- 8.- *Agresión física en un servicio suburbano de urgencia pediátrica en Lisboa.* Carlos Escobar, Patricia Santos, Filipa Fonseca, Maria Lurdes Torre, Helena Almeida.....Pág. 99
- 9.- *Maltrato Infantil en el área suburbana de Lisboa. Experiencia de 3 años de un núcleo de Malos Tratos Hospitalario.* Carlos Escobar, Patricia Santos, Filipa Fonseca, Maria Lurdes Torre, Helena Almeida .....Pág. 100
- 10.- *Maltrato Infantil: Un problema real.* Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García, Isabel M<sup>a</sup> Vázquez Góngora.....Pág. 101
- 11.- *Maltrato infantil por negligencia.* Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García, Isabel M<sup>a</sup> Vázquez Góngora.....Pág. 102
- 12.- *Visibilización de los Menores en la Violencia de Género.* AR. Sánchez Vázquez, MD. López Barranco, L. Rodriguez, G. Benavides. A. Martinez-Angulo, R. Martinez, .....Pág. 103
- D.- Posters sobre Enfermería**
- 13.- *Protocolo de detección y actuación ante síndrome de Munchausen en pacientes pediátricos.*  
Irene Martín; Esther Morugan.....Pág.104
- 14.- *Papel del profesional de Enfermería en el Centro de Menores 'Casa de los Niños'.*  
Marta Quesada Cozas; M<sup>a</sup> Luisa Martínez Gallego; Ángel Cortes Lozano, .....Pág. 105
- 15.- *Maltrato prenatal; a propósito de un caso: Actuación multidisciplinar ante el riesgo social por consumo de cocaína de la madre.* Isabel María Vázquez Góngora, Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García, Mahmoud Mohmed Ahmed Mohmed Alí.....Pág. 106
- 16.- *Intervención Integral de Enfermería: Cuidar con Corazón.* A. Galera García, M. Calvo Martín; R. Oyonarte Martín, M. Cano Arias, M.D. Godoy Ibañez, F. López González, S. Rubia Ortega, N. García Acosta, A.R. Sánchez Vázquez....Pág. 107
- 17.- *El Perfil de la Enfermería Escolar Madrileña. Implantación e Historia.*  
García Marina, MC ; González García, N; López Langa, N.....Pág. 108
- 18.- *¿Actuamos adecuadamente con los RN hijos de madres con consumo de tóxicos ingresados en la unidad neonatal?* López Sureda, Mar; Castellano, Anna; Ferrer, Mariona; Escobar, Aina; Vidal, Carmen.....Pág. 109
- E.- Posters sobre Salud Mental y/o Adolescencia**
- 19.- *La lactancia materna en adolescentes, búsqueda de literatura desde el 2007 a agosto del 2013.*  
María Fernanda Rebellon, Diana Briceño, Viviana Cantor, Erika Lozano, Kelly Manrique, Laura Mora, Natalia Pino y Karen Vaquén.....Pág. 110
- 20.- *Análisis bibliométrico sobre el estado de las investigaciones de fisioterapia en la adolescencia.*  
Cristina Torres; Josep Cornellá i Canals.....Pág. 111
- 21.- *Beneficios de la meditación integrada en la escuela.* Cristina Torres Pascual; Josep Cornellá i Canals.....Pág. 112
- 22.- *Evolución de la incidencia de los trastornos mentales en un Centro de Acogida.*  
Sánchez Zamora, Enrique J. ; Zahonero Coba, Mercedes.....Pág. 113
- 23.- *Intentos Autolíticos por Ingesta Farmacológica en Adolescentes Atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátricas.*  
Mazagatos Angulo, Diana; Delgado Puebla, Rosalía; Gancedo Baranda, Antonio;.....Pág. 114

Esta publicación cuenta con  
International Standard Serial  
Number ISSN 1989-9798

## CONSEJO EDITORIAL:

Director: Jesús García Pérez

Coordinador: Víctor Ruiz

### Equipo Editorial:

Maite de Aranzabal

M<sup>a</sup> Teresa Benítez

Concepción Brugera

Joaquín Callabed

José A. Díaz Huertas

Gabriel Galdó

Isabel Junco Torres

Raúl Mercer

Antonio Muñoz Hoyos

Carlos Redondo Figuero

Bárbara Rubio Gribble

Carmen Vidal

### Junta Directiva SEPS:

José A. Díaz Huertas

Isabel Junco Torres

Bárbara Rubio Gribble

Concepción Brugera

Antonio Muñoz Hoyos

Carlos Redondo Figuero

Carmen Vidal Palacios

### Edita:

Sociedad Española  
de Pediatría Social

c/ Alcalde Sáinz de Baranda, 34  
28009 Madrid

Contacto con la redacción:  
[pediatriasocial@gmail.com](mailto:pediatriasocial@gmail.com)

Cuadernos de Pediatría Social es una publicación plural, que respeta las opiniones que sus colaboradores manifiestan en los artículos publicados, aunque no necesariamente las comparte.

### Patrocinado por:



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL  
DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA  
Y LA INFANCIA

## Presentación

El XXI Congreso Español de Pediatría Social coincide en la semana en que celebramos el Día Universal de la Infancia, 20 de noviembre, como una contribución de la pediatría para hacer visible a la infancia como sujeto de derechos, entre ellos, a la atención a la salud según sus necesidades y problemas.

Nos encontramos en tiempos en que muchas veces los términos equidad, igualdad, promoción de salud, determinantes sociales de Salud, desigualdades sociales en salud, son sólo palabras sin repercusión en la práctica clínica para muchos pediatras y sólo utilizables para grandes declaraciones de algunas sociedades pediátricas.

Una Asociación, en un documento relevante, comienza hablando de la Convección de los Derechos de los Niños y posteriormente se olvida de la Pediatría Social al enumerar las distintas especialidades pediátricas. Mientras, la Orden Ministerial que regula la formación y contenidos de los médicos especialistas en pediatría, establece que "el programa se desarrollará simultáneamente en dos grandes áreas: a) Área Clínica. Y b) Área de Pediatría Social y Salud Pública".

En este sentido, la Pediatría Social, tiene una especial importancia en estos momentos que en nuestro país hemos alcanzado unos niveles de salud infantil y de atención sanitaria que en nada recuerdan épocas pasadas, cuando los graves problemas de salud y la alta mortalidad infantil marcaban las prioridades en los cuidados y atención a la salud niños en España.

En la actualidad nos encontramos con que los aspectos relacionados con la Pediatría Social están adquiriendo una gran importancia en la práctica clínica diaria (maltrato infantil, obesidad, sexualidad y embarazos en adolescentes, uso inadecuado de las TIC, fracaso y acoso escolar, niños de origen extranjero y adopción internacional, discapacidad, enfermedades raras, problemas de salud mental, como trastornos del comportamiento alimentario y de conducta, TDAH, depresión, suicidio, y un largo etcétera.

Los profesionales sanitarios requieren de formación en estos aspectos y un trabajo en equipo con otros profesionales no sanitarios (trabajadores, sociales, psicólogos, educadores, maestros, etc.).

De ahí el tema de este Congreso: "**Trabajando junto con..**", ya que sin un trabajo multidisciplinar e interinstitucional no se pueden atender de forma adecuada las necesidades y problemas en salud de la actual población infantil en nuestro país, considerando también especialmente el entorno en el que crece y se desarrolla los niños y los adolescentes: familia, colegio, ...

Los contenidos del Programa científico y los ponentes ponen en evidencia este interés, así como por los trabajos científicos enviados para su presentación como posters o comunicaciones orales.

### Visibilidad de la Infancia

Una tarea fundamental de la pediatría social es también hacer visible a la infancia y sus necesidades y problemas en salud. A lo largo de estos años con la edición de informes, participación en foros, hemos contribuido a ello.

Un aspecto que consideramos importante, y del que hablaremos en este Congreso, es el Observatorio de la Infancia y el Plan Estratégico Nacional de Infancia (PENIA). El Observatorio está teniendo un papel determinante en las políticas de (Sigue en la página 5)



Ilustración de la portada:

*Delicia Ruiz* (Edad: 12 años)

infancia en este país y tenemos que destacar el PENIA donde la salud es una transversal y además se contempla de forma específica en el Objetivo 7 "*Salud Integral: Promover acciones para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud de la infancia y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables*" y su desarrollo claramente desde la pediatría social y la salud pública infantil. La SEPS contribuyó a este Plan participando en los tres seminarios que se realizaron en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad así como a través de diferentes aportaciones.

### Visión internacional

Nuestra sociedad participa y está inmersa en una situación mundial de influencias mutuas frente a situaciones pasadas de limitaciones a los diferentes países y sus problemas. La SEPS ha participado en diferentes foros internacionales (Comisión Europea, Consejo de Europa, Latinoamérica,..) hecho que evidencia el reconocimiento a nuestra sociedad y, por otra parte, la posibilidad de conocer y aprender de otras experiencias y realidades que nos permitan avanzar en el desarrollo de la pediatría social en nuestro país.

### El futuro

El futuro de la Pediatría Social pasa por el interés que las nuevas generaciones de pediatras y enfermeras tengan por este área de la pediatría. Virginia Carranza y Andrea Campo iniciaron en el año 2006 la rotación por el Programa de Pediatría Social del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús y el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor, y en 2007 los Cursos de Residentes para Residentes de Pediatría Social. Con Sara Segovia y Esther Morugán se iniciaron las rotaciones de Enfermeras Internas y Residentes de Pediatría en el 2013. Su ilusión e interés están haciendo posible la incorporación activa de una nueva generación. Esperemos que los que ya peinamos canas les dejemos tener el protagonismo que les corresponde.

### Participación infantil

Sin niños no puede haber pediatría. Esto que es tan obvio lo hemos querido llevar al Congreso. Desde el cartel, que ha sido diseñado y pintado por una niña de 12 años, Leticia Ruiz, a dedicar una Mesa Redonda a su participación, con los Niños miembros de Consejos de infancia y adolescencia de la Comunidad de Madrid, y la Comisión Embajadora del Instituto Madrileño de la Familia y el Menor.

### Agradecimientos

Sabemos que no es "*normal*" el empezar un libro de comunicaciones de un Congreso haciendo referencia a una propuesta que se aprobará, esperemos, en la Asamblea de socios que se celebrará una vez finalizados los actos científicos. Tampoco que la propuesta sea a un matrimonio: los pediatras sociales **María Carmen Agustín Morales** y **Antonio Muñoz Hoyos**.

Antonio ha participado activamente lo largo de al menos tres décadas en la Sección, hoy Sociedad Española de Pediatría Social. Miembro de comités científicos de Congresos, editor del Informe SIAS 6, investigaciones sobre la carencia afectiva, dirigiendo tesis doctorales sobre niños atendidos por el sistema de protección.... y, lo que es quizás más importante, su trabajo en la práctica diaria y transmitiendo a sus residentes su forma de trabajar en la clínica y en la formación de residentes con "*talante*" pediátrico social.

En 2009, el profesor y maestro, Catedrático de pediatría, Jefe de Servicio del Hospital San Cecilio, presidente de la Asociación de Pediatría de Andalucía, etc., teniendo categoría de jefe/presidente, quiso ser vocal y así trabajó desde la lealtad y la amistad.

En estos últimos cuatro años organizó el XX Congreso, trabajó y ha editado el **Manual de Pediatría Social** e impuso, en contra de lo que sería lo normal, ser él un tercer firmante, y tantos otros detalles.

Mari Carmen, Dra. Agustín, pediatra, quizás menos conocida, pero con un mismo estilo y siguiendo el lema del Congreso "trabajando junto con.... Antonio", ha tenido un papel fundamental como pediatra y como parte de un equipo.

No quisiera terminar esta presentación sin agradecer a la Junta Directiva actual y a la anterior (2005-2009) y en especial a la Dra. Concha Brugera y la Dra. Bárbara Rubio, que han dedicado los últimos 8 años a la gestión, impulso,..., de esta Sociedad.

Y ¡como no! a nuestro secretario administrativo, coordinador de Cuadernos,..., sin cuyo entusiasmo y trabajo más allá de lo estrictamente laboral hubiera sido imposible llevar a cabo muchas de nuestras actividades y, concretamente y de forma especial, este Congreso •

Madrid, 20 de Noviembre de 2013

**José A. Díaz Huertas**  
Presidente  
Sociedad Española de Pediatría Social

# 1ª MESA REDONDA: Pediatría Social y Atención Sanitaria

## **Presentación de la Coordinadora: Isabel Junco Torres**

*Pediatra. Madrid Salud*

De todos es sabido que la Pediatría es la rama de la medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de los niños y para el concepto de Pediatría Social es habitual encontrar múltiples definiciones más o menos complejas en la literatura.

Pero quizás lo que es la Pediatría Social puede quedar más claro con lo que el profesor C. García Caballero escribió en su tratado de Pediatría Social, al decir que ésta *"se encuentra en la encrucijada de todos los caminos que conducen a la promoción de la salud de los niños y adolescentes y a la prestación de una adecuada atención pediátrica, concebida en el más amplio e integral de sus significados"*. Es decir está presente en todo lo que rodea al proceso Salud-Enfermedad de los niños y adolescentes.

Evidentemente la Atención Primaria (APS) al ser el primer eslabón en la atención, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, para realizar su función de manera integral, no puede olvidar la importancia de los aspectos sociales en la salud. Además, es ahí donde se pueden detectar de forma eficaz todos los cambios biopsicosociales que empiezan a surgir en la población, más concretamente en este caso en la infancia y adolescencia y los problemas de salud que pueden acarrear.

En estos tiempos de crisis económica, sobre todo, pero también de crisis de otros valores de la sociedad que no es el momento de discutir, desde APS se detectan nuevos o, a lo mejor no tan nuevos, problemas sociosanitarios y lo que cambia es la forma de manifestarse debido a la influencia de los cambios sociales.

Pediatría Social y APS no se pueden concebir como 2 ramas separadas, sino como un única forma de atender, prevenir enfermedades y hacer promoción de la salud de manera integral en la infancia y adolescencia.

En esta Mesa Redonda nos van a plantear qué se detecta y qué se hace en APS de pediatría, Luis Martín, pediatra, que hablará sobre "Los problemas sociosanitarios emergentes en APS" y María José García, enfermera, que nos explicará el "Abordaje desde enfermería", todo desde un punto de vista biopsicosocial.

## PROBLEMAS SOCIOSANITARIOS EMERGENTES EN LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Luis Martín Álvarez

*Pediatra. Sociedad de Pediatría Madrid y Castilla - La Mancha*

### Pediatría Social: Una larga historia por el bienestar de la infancia

La Pediatría Social como área de conocimiento, práctica e investigación, se define como la atención integral, biosociosocial, a la salud del niño/a y con una aproximación a la Infancia-Adolescencia como período del ciclo vital, caracterizado por la dependencia e interrelación con el entorno familiar y social.

En este sentido y de un modo operativo, la Pediatría Social se centra en el niño/a como sujeto de derechos, tanto en la salud como en la enfermedad, y tiene en cuenta los determinantes de salud junto con la atención a sus necesidades para un desarrollo óptimo. La Pediatría Social asume que el entorno condiciona la salud infantojuvenil y también que los problemas de salud inciden en el entorno del niño/a y en la respuesta social a los mismos. En este marco, se plantea asimismo la desigualdad en salud o gradiente social en el proceso de salud enfermedad y en la respuesta social, no solo médica, a los problemas. Esta relación entre salud del niño/a y entorno no debemos verla únicamente como riesgo probable de enfermedad sino también como posible factor protector o de resiliencia.

La aparente complejidad, conceptual y operativa de la Pediatría Social, se desvanece si tenemos en cuenta que la Pediatría Social es Prevención en sus tres niveles, primaria, secundaria y terciaria y Promoción de Salud como capacitación del niño, la familia y la población para la resolución de los problemas de salud. La Pediatría Social es transversal en los dos niveles asistenciales, atención primaria y especializada y requiere un trabajo interdisciplinar e intersectorial con otros agentes o sectores profesionales que cuidan del bienestar infantil.

La salud y el bienestar en la infancia van a depender finalmente del capital social del que se dote la propia sociedad, de la participación de los niños/as y sus familias y de las políticas de Infancia que se establezcan.

Si tenemos en cuenta que el entorno del niño/a está constituido por la familia, la comunidad en la que vive, el sistema de cuidados de salud, los pares y la escuela, desde la Pediatría Social hay que considerar que el nivel relativo de influencia de este entorno cambia en los distintos períodos de vida del niño/a, de modo que desde la notable influencia de la familia-entorno social próximo y la atención pediátrica en los primeros años de vida,

en edades posteriores y hasta la pubertad-adolescencia, aumenta la influencia de la escuela, los pares y los cambios y valores sociales transmitidos por la familia, la escuela y los medios de comunicación.

### Atención Primaria de Salud y atención pediátrica: Una complicada e intensa historia por la salud de la infancia

La atención pediátrica en la atención primaria de salud (APaps) es la puerta de entrada al sistema de cuidados de salud en la infancia-adolescencia pero esta función tiene unas características propias derivadas de la atención a las necesidades, demandas y problemas de salud de las diferentes etapas de vida del niño/a y del propio quehacer pediátrico: La atención pediátrica tiene como foco de atención preeminente el niño/a y su familia-entorno, es una relación mediada en especial los primeros años de vida, la vigilancia y promoción del crecimiento-desarrollo y su vigilancia como eje de la atención, la continuidad de los cuidados y la incorporación de los determinantes de salud y los derechos del niño como herramienta para la práctica, tanto preventiva como curativa.

El afianzamiento del modelo y la práctica de la APaps y sus contenidos de trabajo ha sido paralelo a la puesta en marcha del modelo de atención primaria y ha conllevado una APaps eficaz y eficiente de las demandas y necesidades de salud, tanto en la atención clínica, como preventiva y de promoción de salud. Este desarrollo ha significado asimismo la coordinación y colaboración con la enfermería de atención primaria, la atención especializada y con los servicios sociales y la comunidad educativa.

La APaps, como observatorio privilegiado de los cambios en el patrón de salud enfermedad en la infancia-adolescencia, los cambios demográficos y en los modelos de familia, las demandas de salud y los cambios en el modelo sanitario, ha puesto de manifiesto los nuevos retos asistenciales, organizativos y de formación, que se plantean en APaps para asegurar la continuidad del modelo y garantizar, en la misma línea de trabajo, la atención los problemas emergentes en la población infanto-juvenil.

En la práctica de la APaps se reconoce la relevancia de la atención a la patología psiquiátrica pues entre el 20-30% de los niños/as españoles padece algún tras-



torno, emocional, de comportamiento, de adaptación o trastorno somatoforme, que afecta a su vida cotidiana, sus familias, escuela o pares. Por otro lado, los estudios sobre atención a la prevalencia de salud mental infantojuvenil (SMIJ) en los distintos niveles/unidades de atención, han evidenciado que la APaps tiene una alta sensibilidad y especificidad en la detección y derivación de estos problemas a las unidades de SMIJ.

### Los trastornos psicosociales como problema emergente en APaps: Cómo conocerlos/reconocerlos

Desde la Pediatría Social, los Trastornos Psicosociales (TPS), como problemas imbricados en el contexto social, constituyen un ejemplo de "nuevos problemas" o problemas de salud emergentes en la demanda en la consulta de APaps.

Hablamos de TPS considerando que el niño/a es un todo funcional que crece y "se forma" en un determinado contexto formado por la familia, los grupos sociales y la sociedad en su conjunto, todos ellos con sus propios modos de relación y leyes. La Neurobiología del desarrollo, con base en la investigación y el trabajo multidisciplinar, ha enunciado, sobre todo en edades tempranas, las relaciones entre la anatomía, la fisiología y la bioquímica en el proceso de crecimiento y maduración funcional y como, desde esta perspectiva, el entorno influye en las líneas del crecimiento-desarrollo.

La CIE-10 y la DSM-IV, como clasificaciones nosológicas, definen y clasifican los TPS.

Los TPS se definen como una situación de riesgo para la salud mental derivada de "un problema psicosocial o ambiental que puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que tiene lugar las alteraciones experimentadas por la persona. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psico-

patología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica".

Los TPS se clasifican según el contexto familiar o social en el que aparecen y así podemos hablar de problemas relacionados con el grupo primario, el entorno social, la enseñanza/aprendizaje, las condiciones socioeconómicas y laborales y, asimismo, con el acceso a los servicios de asistencia sanitaria y con la interacción con el sistema legal.

Si tenemos en cuenta esta clasificación por contexto junto con la prevalencia/demanda conocida los TPS y la reciente aparición de TPS con notable impacto en la salud individual, familiar o social, la clasificación más adecuada para la consulta de APaps es.

- Familia: Disociación familiar (separación, divorcio), violencia de género, maltrato en la Infancia, maltrato "ascendente" (de "hijos a padres")
- Escuela: Fracaso escolar y fenómeno "bullying" o acoso escolar.
- Cultura/Lenguaje: Bilingüismo
- Sociedad: Redes sociales (ciberacoso), "nuevas conductas adictivas"-TIC (adicciones a aparatos de "pantalla")
- Riesgo Social: Pobreza relativa/extrema, Violencia/agresividad social, Delincuencia/conductas antisociales

### **Vulnerabilidad, riesgo y resiliencia: Más que un concepto**

La importancia de conocer estos principios en la infancia deriva de su carácter individual, distinto en cada persona, de la interrelación constante entre ellos y de su utilidad para la comprensión, supervisión e intervención en los problemas de salud mental, del desarrollo psicosocial y en particular en los problemas psicocociales.

Decir **Vulnerabilidad** es hablar de "debilidades" en relación con **factores intrínsecos** ("factor terreno"), con un sustento psicobiológico/hereditario (genotipo) y con una función reguladora de dos aspectos fundamentales en el desarrollo, las conductas de apego y la reactividad hacia lo externo o temperamento.

Referirse al **Riesgo** es tener en cuenta lo **"externo"** a la persona y es por tanto psicosocial, es el fenotipo que se modela, para constituir el carácter, por la forma de reactividad y el proceso de vinculación/relación con los otros; el fenotipo tiene dos moduladores, las experiencias individuales y las vivencias precoces en la familia y, posteriormente, en la escuela.

La **vulnerabilidad y el riesgo son procesos íntimamente relacionados** y esta interrelación entre los intrínsecos y lo extrínsecos conduce, con la consecuente **incertidumbre**, al establecimiento de la personalidad en la adolescencia y a la

variabilidad en el proceso/líneas en el crecimiento-desarrollo y, asimismo, en las características de los comportamientos o de los trastornos.

**Resiliencia** se refiere al hecho observado en personas que, estando en **condiciones similares de vulnerabilidad y riesgo/factores desencadenantes, no sufren ningún trastorno**, p.ej. en el maltrato/negligencia en la infancia. Resiliencia es sinónimo de resistencia, de homeostasis o equilibrio entre vulnerabilidad y riesgo, equilibrio que se pueden romper por factores desencadenantes como el estrés, el consumo de sustancias tóxicas u otros factores aparecen en el neurodesarrollo.

La investigación aplicada a la práctica clínica y a la promoción de salud, ha permitido identificar los "factores protectores" en el niño/a, la familia-entorno familiar y en la comunidad, conocimiento que ayuda en comprensión de la resiliencia como también en la práctica profesional. Como ejemplo de factores protectores:

#### **Niño/a:**

- Buenas habilidades cognitivas e intelectuales.
- Autoeficacia y autopercepción positivas.
- Sentido positivo de la vida.
- Talentos valorados por sí mismo y por la sociedad.

#### **Familia:**

- Estrecha relación con adultos competentes.
- Parentalidad no autoritaria pero consistente y firme.
- Estructura familiar razonable y funcional, con expectativas.
- Entorno del hogar organizado.
- Nivel socio-económico razonable.
- Desarrollo de actividades prosociales que proporcionen apoyo y conexiones con compañeros y con normas estructuradas.

#### **Entorno:**

- Desarrollo de actividades prosociales que proporcionen apoyo y conexiones con compañero y normas estructuradas
- Acceso a servicios de salud, educativos y sociales de calidad

### **Qué podemos hacer ante un TPS**

#### **A) Prevención Primaria: Evitar que ocurra**

Las actividades de este nivel de prevención, dentro del marco de la atención a las necesidades y de la defensa de los derechos, incluyen programas dirigidos a la **población general/"programas de promoción de salud"**, p.ej. en APaps el **"programa de promoción de la salud infantil"** y desde los Servicios de salud mental infanto-juvenil, el "programa de

promoción del desarrollo psicosocial".

Estos programas, incluirán la promoción de relaciones parentofiliales de calidad, de los procesos de vinculación, p.ej. "promoción del buen trato" junto con el establecimiento pertinente de límites y una escolaridad y juego adaptados a las capacidades del niño/a.

En todos los programas es conveniente prestar a atención, como grupos en riesgo, a la **familia en situación de precariedad y exclusión social por pobreza relativa o extrema, desempleo, inmigración o monoparentalidad**.

La población diana es la población general o grupos específicos, el trabajo es en la comunidad y con la participación/colaboración de todos los profesionales/sectores que atienden a niños y familias. En este nivel, los **servicios y sectores implicados** son las políticas de infancia /legislación, el sistema educativo y las organizaciones sociales/grupos de ayuda mutua que tienen como objetivo atender las necesidades de los niño/as y sus familias, p.ej. ocio y tiempo libre y atención a familias en riesgo de exclusión social.

#### **B) Prevención Secundaria: Identificar y valorar la vulnerabilidad y el riesgo**

Si consideramos los TPS, como un problema prevalente en salud de la infancia que puede aparecer a edades tempranas y que tiene una **notable repercusión inmediata y a largo plazo en el niño y en su entorno familiar y social**, la prevención secundaria se dirigirá a la mejora de la capacidad de los dispositivos asistenciales para la **identificación y atención de estos problemas** y también, para **atenuar el estigma social** asociado a estos trastornos y a los problemas de salud mental, debe contemplar la sensibilización social sobre su existencia y las repercusiones derivadas.

Los servicios asistenciales, en especial **APaps y servicios sociales**, constituyen el núcleo de este nivel de prevención y sus actividades se establecen en **dos niveles**: Un primer nivel de identificación/delimitación del problema que requiere una aproximación sindrómica, alejándose del diagnóstico de una entidad nosológica concreta y sin olvidar la valoración completa de la vulnerabilidad y los riesgos asociados al problema. El segundo nivel de actuación se centrará, para evitar la estigmatización, en la educación sanitaria de la población general y grupos específicos, p.ej. escuela, organizaciones sociales.

#### **■ CÓMO ATENDER LA DEMANDA POR TSP: CONSIDERACIONES PREVIAS**

- Las clasificaciones nosológicas **no son diagnósticas**, sino un instrumento de orientación para el profesional que exige

una valoración clínica del niño/a y del entorno familiar y social

- Los trastornos psicosociales en APaps se presentan habitualmente como **síntomas inespecíficos** referidos a cada etapa del desarrollo, p.ej. retrasos madurativos de una parte o del conjunto, hiper/hipo actividad motriz, dificultades para la relación social, agresividad, los síntomas somatizados (algias abdominales y cefaleas), las alteraciones del aprendizaje reglado y social o alteraciones del juego, aunque el contexto del niño/a es lo que predomina (familia, escuela, vecindario)

- En APaps y en particular en los TPS, **lo importante no es realizar diagnósticos específicos**, sino **valorar la vulnerabilidad y situar los riesgos** y hacer una **categorización sindrómica** p.ej. aprendizaje, comportamiento, relación, posibilidades de avanzar o de bloque. Asimismo es preciso delimitar si la consulta/demanda es por problemas-sintomatología del niño/a o problemas en el entorno familiar o social del niño, p.ej. la escuela, en su entorno social/vecindario

#### ■ PASOS A SEGUIR EN LA CONSULTA DE APAPS

1.- **Evaluar la vulnerabilidad** (contenidos psicobiológicos) y del **riesgo** (contenidos psicosociales) y la resiliencia (factores de protección)

2.- **Valorar las consecuencias el niño/a y la familia**, p.ej. bloqueo o ansiedad en el niño/a, trastornos del comportamiento, rechazo del medio escolar, crisis familiar

3.- **Definir cómo y dónde se atiende el problema:**

- Puede ser atendido en la consulta de APaps
- **Precisar**, si existe un **probable trastorno mental** que precisa interconsulta/consulta de enlace con la unidad de salud mental infanto-juvenil (USMIJ)
- Establecer un **seguimiento comparativo** del problema entre la consulta de APaps y la USMIJ

#### ■ CÓMO PROCEDER

1.- **Precisar quién, cuándo y cómo** ha surgido la demanda de atención, p.ej. la familia como mediadora de la demanda de la escuela, "me han dicho en el colegio que venga al pediatra porque esta triste y no tiene amigos"

2.- **Tener en cuenta quién consulta**, solo los padres, padre o madre, cuidadores o bien acude solo el niño/a, p.ej. "vengo yo solo/a porque no quiero que el niño oiga lo que me preocupa"

- Si vienen solo los padres/cuidadores o solo el niño/a, atender la demanda inicial e indicar/asegurar una cita "programada" en la que se asegure que esté el niño/a y los padres/cuidadores

- Si viene el niño/a con la familia preguntar al niño/a por qué viene a la consulta, cómo se encuentra y seguidamente proceder a la anamnesis, en la que es importante conocer si ha habido cambios recientes en el comportamiento y estado de ánimo del niño/a, junto con la exploración pediátrica y en especial en cuando hay una clínica somatoforme y seguidamente la exploración pediátrica

3.- Si existen **dificultades o bloqueos en la consulta**, bien porque los acompañantes o el niño/a no colaboran o las condiciones de la consulta ("consulta saturada") no permiten atender adecuadamente la demanda: Dar/asegurar nueva cita y que aporten la documentación relevante para el motivo de consulta, p.ej. informe escolar

4.- **Establecer** un clima de colaboración, comunicación y **escucha al niño/a y la familia**

5.- **Transmitir siempre la toma a cargo del problema/demanda y el compromiso para la continuidad de la atención**

6.- Con independencia del motivo de consulta **es necesario conocer:**

- La situación del niño/a en la escuela (absentismo, rendimiento, sociabilidad)
- Composición de la familia/figuras de referencia del niño
- Cambios o acontecimientos en la familia como conflictos/separación, enfermedades graves/hospitalización, muerte en la familia (acontecimientos vitales estresantes-AVE) para lo que es pertinente consultar los códigos Z incorporados a la CIE-10 Multiaxial para niños/as y adolescentes / Eje V.

7.- **Hacer** una valoración subjetiva de la **actitud del niño/a en la consulta** (atención, contacto visual, comunicación no verbal, inquietud)

8.- Identificar el posible **impacto** del problema en la familia, p.ej. situación de crisis/estrés familiar

9.- **Evaluación psicológica objetiva del niño/a** mediante el "Cuestionario de capacidades y debilidades" (SQD Goodman), de fácil aplicación en APaps, con los padres o el profesor como informantes y con una sensibilidad/especificidad adecuada para detectar trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad subsidiarios de estudio en SMIJ. Asimismo y por su importancia en los TPS el SDQ es muy sensible para detectar la variable "resiliencia" en los ítems/subescalas "prosociales"

10.- **No enunciar diagnósticos / Evitar términos estigmatizadores** o de culpabilidad, p.ej. fracaso escolar o social, "esto ocurre siempre en los divorcios"

11.- Establecer un **plan/protocolo** de actuación integrado en la consulta de APaps o APaps-SMIJ

- Objetivos
- Calendario
- Actividades integradas en la consulta-programas de APaps, p.ej. programa de promoción de salud infantil
- Valorar siempre la comunicación con los servicios sociales para el apoyo p.ej. a las familias en riesgo social como pobreza, familias monoparentales

#### C) Prevención terciaria: Intervenir sobre las consecuencias

Una vez detectado un trastorno en APaps u otros niveles de atención al niño/a, es importante **actuar sobre las consecuencias derivadas del mismo**. Los objetivos de las intervenciones en este nivel de prevención son la **rehabilitación** de aquellos campos afectados, p.ej., cognitivo, las habilidades relacionales y de comunicación junto con la reinserción social, en la que también juega un papel la **lucha contra el estigma social asociado al trastorno social** con actuaciones similares a las mencionada en la prevención primaria. En ambos objetivos es esencial:

- El tratamiento activo inicial en la unidad de SMIJ mediante dispositivos intermedios, p.ej. Hospitales de día y si existieran signos de cronicidad o deterioros, el acceso a programas de rehabilitación y reinserción social p.ej.: cooperativas de familiares de pacientes
- La coordinación entre los servicios asistenciales y los servicios sociales para el trabajo con el niño/a, su familia y entorno social, p.ej. escuela
- La sociedad civil/ONGs y en particular la asociaciones familiares, tanto en relación con un problema individual o familiar concreto como a nivel comunitario, p.ej. APAs

#### D) Prevención cuaternaria

El objetivo de este nivel de prevención es evitar el **sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento**, así como disminuir la incidencia de iatrogenia en los pacientes. Dado que no es exclusiva del sistema sanitario, se puede definir las actuaciones dirigidas a evitar o atenuar las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario u otros sistemas de atención directa a familias y niños. La prevención cuaternaria, formando parte de la **seguridad del paciente-usuario**, no se limita al trabajo clínico cotidiano sino que también debe ser tenida en cuenta en la prevención y promoción de la salud.

En este sentido y teniendo en cuenta que los TPS están enraizados en problemas que están fuera del sistema sanitario, se debe relativizar los beneficios de la intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas y, sin embargo, resaltar las

capacidad de resolución mediante la escucha y participación del niño/a y su familia y el trabajo intersectorial con servicios sociales y la comunidad educativa. En el caso de la atención a la infancia y en particular en la atención a problemas como los que **TPS que tienen su raíz en problemáticas que están fuera del sistema sanitario**, p.ej. de carácter social, laboral o económica, **se beneficiarán poco de intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas** que se pueden resolver con la escucha y la participación del niño/a y su familia junto con la intervención social desde los servicios sociales.

En este contexto de **atención a las necesidades y de participación del niño/a y su familia**, las actuaciones clínicas y de prevención, **las actuaciones clínicas y de prevención** en todos los niveles asistenciales y, en particular en **APaps**, podemos ser **eficaces y eficientes** si:

- Evaluamos la vulnerabilidad, el riesgo del niño/a y los factores de protección-resiliencia en su entorno familiar y social con arreglo a clasificaciones nosológicas funcionales adaptadas a la infancia
- Hacemos una categorización sin-drómica de la demanda
- Identificamos y evaluamos el sufrimiento psíquico del niño/a y las dificultades sociales de la familia
- Conocemos y utilizamos las herramientas adecuadas para delimitar el problema y las necesidades a atender en el niño y la familia con arreglo a criterios/clasificaciones funcionales y adaptadas a la infancia y etapas evolutivas del desarrollo infanto-juvenil
- Evitamos la cosificación y estigmatización del niño/a cuidando no poner etiquetas diagnósticas médicas o sociales
- Conocemos los recursos disponibles y los procedimientos para el trabajo compartido y coordinado con los servicios de SMIJ, servicios sociales y sistema educativo
- Consideramos la participación y escucha del niño/a y la familia, como parte esencial del proceso diagnóstico, tratamiento y el seguimiento •

#### REFERENCIAS

- 1.- Estatutos de la Sociedad Española de Pediatría Social <http://www.pediatricsocial.es/estatutos.pdf>
- 2.- N.Spencer, C.Colomer, G.Alperstein, P.Bouvier, J.Colomer, O.Duperrex, G.Gokcay, G.Julien, L.Kohler, B.Lindstrom, A.Macfarlane, R.Mercer, T.Panagiotopoulos, T.Schulpenon behalf of ESSOP, Social Paediatrics Glossary, J.Epidemiol Community Health 2005, 59:106-108. <http://jech.bmj.com/content/59/2/106>
- 3.- Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R. et al., La salud en la infancia. Gac Sanit. 2004;18 (Supl. 1):39-46 <http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-sanitaria-138/articulo/la-salud-infancia-13062250?referer=buscador>
- 4.- M.Rigby, L.Kohler, EU Community Health Monitoring Programme, Child Health Indicators of Life and Development (CHILD) Project, Report to the European Commission, September 2002 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/monitoring/fp\\_monitoring\\_2000\\_exs\\_08\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_exs_08_en.pdf)
- 5.- Commission on Social Determinants of Health, Achieving health equity: from root to causes, World Health Organization Geneva, 2007. [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/cdsh\\_interim\\_statement\\_final\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/cdsh_interim_statement_final_07.pdf)
- 6.- European Commission, Child Health in the European Union, Edits. A. Cattaneo et al., European Union 2012 November <https://webgate.ec.europa.eu/>
- 7.- ESSOP position statement, Social inequalities in child health - towards equity and social justice in child health outcomes, ESSOP-ISSOP web, March 2007 [http://www.essop.org/images/stories/ESSOP\\_DOCUMENTS/pdf/Position\\_statements/essop\\_position\\_statement\\_1\\_child\\_health\\_inequalities\\_final\\_2007\\_march.pdf](http://www.essop.org/images/stories/ESSOP_DOCUMENTS/pdf/Position_statements/essop_position_statement_1_child_health_inequalities_final_2007_march.pdf)
- 8.- Luis Rajmil, Elia Díez, Rosanna Peiró, Desigualdades sociales en la salud infantil, Informe SESPAS 2010, Gac Sanit. 2010; 24(Supl.1):42-8. <http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-sanitaria-138/articulo/desigualdades-sociales-salud-infantil-informe-13188262?referer=buscador>
- 9.- C. Martínez González, X. Allué Martínez, O. Vall Combelles, I. Gómez de Terreros, El pediatra ante los problemas sociales, An Pediatr (Barc). 2010;73(5):280.e1-280.e6 <http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatra-37/articulo/el-pediatra-ante-los-problemas-13184273?referer=buscador>
- 10.- L. Rajmil, La crisis económica afecta a la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras? An Pediatr (Barc). 2013;79(4):205-207 [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90227080&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=37&ty=127&accion=L&origen=zona-delectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v79n04a90227080pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90227080&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=127&accion=L&origen=zona-delectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v79n04a90227080pdf001.pdf)
- 11.- B.Domínguez Aurrecoechea, C.Valdivia Jiménez, La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012, Gac Sanit. 2012;26(S):82-87 [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90101377&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=138&ty=109&accion=L&origen=zona-delectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26nSupl.1a90101377pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90101377&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=109&accion=L&origen=zona-delectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26nSupl.1a90101377pdf001.pdf)
- 12.- E. Fabregat Ferrer, MJ. Palomares Gimeno, Cribado de problemas psicosociales en Atención Primaria, Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:425-3 [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5l\\_LjPpC1x\\_YwtFKrXp6YBsQtEMd](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPpC1x_YwtFKrXp6YBsQtEMd)
- 13.- Soriano Faura FJa - Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia, Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria, Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:121-44 <http://www.pap.es/files/1116-890-pdf/1005.pdf> <http://www.aepap.org/previnfad/maltrato.htm>
- 14.- F. Domingo-Salvany, El maltrato infantil en Atención Primaria de Salud 20 años después de la Convención de los Derechos de los Niños (1989-2009), Pediatría Integral 2009;XIII(10):893-908 [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER/\\_4\\_F\\_Domingo-Salvany.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER/_4_F_Domingo-Salvany.pdf)
- 15.- P.Enrich, N.Bassas, A.Bielsa, Enfermedad y sociedad, en Puericultura, vulnerabilidad y problemas comunes de la maduración de los niños, Actitudes educativas, J.L.Pedreira y J.Tomás, (Coords.), pags.176-186, Barcelona, Editorial Laertes, 1997
- 16.- M..Rutter et al., CIE-10 multiaxial para niños y adolescente, Madrid, Ed.Panamericana 2001 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42399> [http://eciemaps.msps.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_2008.html](http://eciemaps.msps.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html)
- 17.- Pedreira Massa, La perspectiva evolutiva y de género en la promoción de la salud, en A. Hidalgo, L. Martín (Edits.): Manual de Salud Pública, Dependencia y Trabajo Social, págs. 69-92, Ediciones Académicas UNED Madrid 2012
- 18.- Pedreira Massa, J.L., Urra, J, Sardinero, E.; Magro, R. & Goodman, R., Indicadores de factores de protección y su impacto en la resiliencia en la edad escolar (6-11 años), Informe SIAS III-Sociedad Española de Pediatría Social, 2001 <http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/indicadoresfactores.htm>
- 19.- Pedreira Massa, J.L., Factores de riesgo y de estabilización en los procesos mentales de la infancia: Comprendiendo la resiliencia. Informe SIAS III-Sociedad Española de Pediatría Social, 2001 <http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/riegoestabilizacion.htm>
- 20.- Pedreira Massa, J.L., L. Martín, L., A best practice model: Implementation and evaluation of a program coordinating primary health care and specialized care. ESSOP 2007, Trieste [http://www.essop.org/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=5:essop\\_2007&Itemid=18](http://www.essop.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=5:essop_2007&Itemid=18)

# Palabras de Inauguración de la Directora General de Servicios para la Familia y la Infancia

## Salomé Adroher Biosca

Directora General de Servicios para la Familia y la Infancia

Minsiterio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Actualmente en España, gracias a la participación de todos las personas, instituciones y entidades que trabajan en favor de la infancia, el bienestar infantil se encuentra considerablemente desarrollado. La salud, la educación, la seguridad y la protección a la infancia son derechos reconocidos que nos obligan, no sólo a las administraciones públicas pero especialmente a éstas, a la promoción continua de mejores y más coordinados sistemas que den respuestas eficientes a su efectivo cumplimiento.

En el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la coordinación *interterritorial*, es decir, la armonización de políticas y actuaciones de las administraciones estatal, autonómica y local, se desarrolla de forma continuada mediante órganos como el **Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia**, donde se analizan las necesidades sociales y se establecen planes y programas de intervención cofinanciados con el Estado y se acuerdan anualmente criterios de distribución territorial de los créditos presupuestarios destinados a subvenciones para la realización de programas de servicios sociales y la **Comisión Interautonómica de Directores Generales de Infancia**, que se reúne periódicamente y tiene por objetivo analizar aspectos relevantes que requieren una puesta en común para la búsqueda de soluciones conjuntas que posibiliten la mejora en la calidad de vida de los niños y adolescentes, configurando de todo ello un Sistema Público de Protección a la Infancia armonizado y eficaz para reaccionar ante las diferentes situaciones de vulnerabilidad en nuestra infancia.

Además, en este marco de coordinación interterritorial, el **Observatorio de la Infancia** es un importante foro de cooperación interinstitucional que desempeña un papel facilitador en el intercambio de información entre las administraciones públicas y las organizaciones sociales de infancia, además de producir en sus años de trayectoria todo un conjunto de trabajos que tienen un importante valor para todas las administraciones públicas y que siempre se han caracterizado por el consenso y el trabajo compartido.

En esa línea de cooperación y como marco de actuación general, se aprobó el pasado 5 de abril por Acuerdo de Consejo de Ministros el **II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013 - 2016 (II PENIA)**.

Como no puede ser de otra manera, la necesidad del trabajo compartido y de la responsabilidad que tienen todos los sectores y agentes sociales en el bienestar infantil queda reflejada desde el enunciado del primer objetivo, que es **promover el conocimiento de la situación de la infancia y adolescencia, el impacto de la políticas, sensibilizar a la población y movilizar a los agentes sociales**. Este objetivo general tiene, a su vez, tres

específicos: **El conocimiento de la realidad, por una parte; la mejora de las políticas de infancia y su impacto a través de la cooperación y finalmente, el impulso de la sensibilidad social sobre los derechos de la infancia movilizando a todos los agentes implicados.**

Desde una clara óptica de garantía de derechos y de integralidad de las actuaciones tenemos que felicitarnos por la aprobación de un plan de infancia que es de todos y que ha conseguido colocar el bienestar infantil en la agenda política, pero ahora también es la responsabilidad de todos que esta visibilidad y este esfuerzo no se pierdan.

En este sentido, en el esfuerzo conjunto de optimizar los recursos uniendo capacidades, conocimientos y experiencias que garanticen el ejercicio de los derechos de la infancia, y más concretamente en el ámbito sociosanitario, la investigación para profundizar en la comprensión de los problemas sociales de niños y adolescentes son los que dan sentido y contenido a los Congresos de Pediatría Social como el de hoy, que inaugura su XXI edición.

Los médicos, especialmente los pediatras, cada vez perciben más problemas que no se tratan con una medicación pautada. No suelen ser enfermedades descritas en un manual, ni dolencias fácilmente diagnosticables ya que están producidas por determinantes sociales cuyas consecuencias acaban teniendo efectos médicos. El fracaso escolar, la violencia de género, la obesidad, la inmigración o la pobreza han ido cambiando en muchos casos realidad de la infancia y también el perfil de los casos que se atienden en los centros de salud.

Dentro de la pediatría se está reforzando ese carácter social de la atención a los niños, más allá de la práctica puramente clínica ampliando la visión de la salud infantil dentro de su contexto familiar, escolar y social.

Pero no quisiera detenerme tan sólo en la importancia de la investigación y el esclarecimiento de la influencia de los determinantes sociales en la salud infantil, también quiero recordar que el ámbito sanitario es un sector privilegiado para detectar y prevenir multitud de situaciones de desprotección, negligencia o maltrato infantil, y esa es una labor que siempre se debe facilitar y apoyar desde una perspectiva multi-profesional.

La infancia, por sus especiales características de vulnerabilidad, requiere de especial atención desde todos los ámbitos en los que crece y se desarrolla. En primer lugar: la familia, espacio clave para una evolución positiva, para la formación de valores y como marco de socialización adecuada. Pero también es importante que, desde las redes públicas, se articulen dispositivos eficaces y normalizados de atención a los niños cuando ese entorno pasa de ser un elemento de protección a un factor de riesgo.

Una de las lacras que sufre nuestra sociedad es la violencia que se ejerce contra la infancia. La educación a través de la violencia afecta seriamente a la autoestima de quién la sufre, debilita su seguridad y, siendo esto gravísimo, además enseña que la violencia es una manera posible de

resolver conflictos. El crecimiento de los niños en un clima de violencia provoca graves carencias de canales adecuados de comunicación positiva. La legitimación de la violencia contra los niños, ignorar su existencia o tolerarla en cualquiera de sus formas, implica fomentar su práctica y consolidar la creencia de que se trata de una forma educativa más.

Es un hecho reconocido que la prevención del riesgo de desprotección infantil, pasa por la disponibilidad y accesibilidad a recursos que, de forma eficaz, han de dispensar en primer lugar las familias y, como responsables subsidiarios de las necesidades de los niños, las instituciones de protección. En este sentido, la celebración de esta jornada resulta un escenario especialmente relevante ya que, con la participación de instituciones aquí presentes con toda seguridad conseguiremos reflexionar juntos y ampliar nuestros conocimientos sobre los factores de vulnerabilidad que restan bienestar a la infancia y por supuesto sobre la grave problemática de la violencia contra la infancia.

Las actuaciones del Gobierno para erradicar la violencia contra los niños parten de la necesidad de un abordaje integral, transversal e interdisciplinar entre todas las administraciones públicas y con la colaboración del Tercer sector.

En concreto, **las líneas de trabajo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** se orientan en cinco direcciones: el establecimiento de la lucha contra la violencia hacia la infancia como apuesta estratégica y transversal con la implicación de todas las Administraciones, la mejora del marco legal, la promoción de protocolos de actuación administrativa cada vez más eficaces, la mejora de los sistemas de información sobre maltrato y el apoyo a las acciones del Tercer Sector en este ámbito.

### **1. LA LUCHA CONTRA EL MALTRATO INFANTIL Y LA VIOLENCIA INFANTIL COMO APUESTA ESTRATÉGICA Y TRANSVERSAL**

En la prevención de la violencia contra la infancia, es muy importante que desde las administraciones públicas se articulen y afinen sistemas y dispositivos de cooperación interinstitucional en la línea que anteriormente he destacado del II PENIA.

En dicho Plan Estratégico, el objetivo 4 se centra en *Potenciar la atención e intervención social a la infancia y adolescencia en situación de riesgo, desprotección, discapacidad y/o en situación de exclusión social, estableciendo criterios compartidos de calidad y prácticas susceptibles de evaluación*; aún más, en la Medida 4.2.4. se insta a "Establecer criterios homogéneos de determinación de las situaciones de riesgo, a través de protocolos uniformes para la intervención con los menores de edad y las familias".

Somos conscientes de la gravedad del problema ante el que nos enfrentamos y de las recomendaciones que nos señaló en Comité de Derechos del Niño, de Naciones Unidas, en el año 2010 al respecto, y buena prueba de ello son las medidas contenidas en el citado Objetivo 4 y los trabajos de actualización de la legislación de infancia que actualmente está en marcha por el Gobierno.

Por otra parte, el **III Plan de Acción contra la explotación sexual de la Infancia y la Adolescencia**

(2010 - 2013), es otro de los instrumentos más relevantes de cooperación institucional de cara a combatir uno de las peores formas de violencia contra los niños. Me gustaría resaltar el importante grado de colaboración que se está manteniendo entre los agentes que están en primera línea frente a la explotación sexual de la infancia y en concreto los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y las Policías Autonómicas. Este plan, aprobado por consenso en el Observatorio de la Infancia, esta próximo a finalizar su vigencia y tenemos previsto realizar su evaluación en los primeros meses de 2014.

### **2.- MEJORA DEL MARCO LEGAL**

En el cambio del marco legislativo hacia un sistema cada vez más garantista con el niño y más duro con quien le somete a maltrato, a violencia o explotación sexual hemos consolidado dos importantes líneas de colaboración con el Ministerio de Justicia:

A) En la reforma del Código Penal se han introducido modificaciones para mejorar la tipificación de conductas relativas a este tipo de delitos y otros como el *child grooming* agravando las penas en estos casos.

B) En la elaboración del Anteproyecto de Ley de Actualización de la legislación sobre protección de menores que estamos llevando a cabo con el Ministerio de Justicia y que esperamos elevar próximamente a Consejo de Ministros se establece como principio rector en la actuación administrativa en esta materia, la protección de los menores contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico, el maltrato psicológico, el descuido o trato negligente, la explotación, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género, cualquier tipo de violencia en el ámbito familiar, la trata de seres humanos y cualquier otra forma de abuso.

Además, se establece que los poderes públicos desarrollarán actuaciones encaminadas a la sensibilización, prevención, detección, notificación, asistencia y protección de cualquier forma de maltrato infantil, mediante procedimientos que aseguren la coordinación y la colaboración entre las distintas administraciones, instituciones y servicios competentes para garantizar una actuación integral siempre contemplando el interés superior del niño.

### **3.- PROMOVER LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ÁMBITO DEL MALTRATO INFANTIL.**

La **violencia de género** en el ámbito familiar se ha convertido en un foco de intervención prioritario para todas las administraciones y los datos de los que disponemos nos muestran que es necesario prevenir y atender a los menores víctimas y testigos de la violencia de género.

Según la macroencuesta de violencia de género hace apenas dos años (2011) promovida por la Delegación del Gobierno para la violencia de género y realizada por el CIS, el 64,9% de las mujeres que habían sufrido maltrato tenían hijos menores de edad cuando dicho maltrato se estaba produciendo, siendo la media de hijos menores por mujer maltratada de 2.

En aquella encuesta, a la pregunta de si los menores padecieron directamente situaciones de violencia en algún momento, el 54,7% de las mujeres contesta afirmativamente, lo que significa que 1.530.000 personas lo han

padecido siendo menores y que casi 517.000 menores la padecen en el último año, lo cual representa el 6,2% de los menores de edad de nuestro país.

Pues bien, para incluir la protección para estos menores en el "Protocolo básico de Intervención contra el maltrato infantil", aprobado por el Observatorio de la Infancia en el año 2007, la Secretaría de Estado está adaptando dicho protocolo a la atención de los niños y niñas que sufren exposición a la violencia de género en su ámbito de convivencia. Hemos creado un grupo de trabajo específico en el Observatorio de la Infancia para esta tarea y ya nos encontramos en un momento muy avanzado para la aprobación del protocolo definitivo.

#### **4.- MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE MALTRATO**

Una vez consolidado el registro unificado de notificaciones de sospecha de casos de maltrato infantil (R.U.M.I.) en el que se ha venido trabajando en los últimos años vamos a estudiar con detenimiento los datos que nos está proporcionando. Este Registro es un instrumento clave para conocer la dimensión real del problema y para mejorar la eficiencia en la administración de recursos tanto preventivos como paliativos, a través del desarrollo de hojas de las hojas de detección, notificación y registro de casos en los ámbitos de proximidad de los niños: educativo, sanitario, servicios sociales y policial.

En el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad también somos conscientes de que la prevención del maltrato infantil y la puesta en marcha de protocolos y registros tiene que ir acompañado de acciones formativas para los profesionales que están en contacto con los niños y de campañas de sensibilización para el conjunto de la población.

En cuanto al apoyo a la formación de profesionales y técnicos responsables de protección a la infancia, desde el MSSSI se desarrolla desde hace años un Plan de Formación que en su edición de 2013 sigue teniendo una atención preferente a los cursos destinados a la problemática del maltrato infantil, tanto presenciales como en su versión online.

Además, quiero destacar la campaña contra la violencia sexual sobre niños, niñas y adolescentes "Uno de Cinco" puesta en marcha por el Consejo de Europa y desarrollada en España por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) con el apoyo financiero de este Ministerio.

#### **5. APOYO Y FINANCIACIÓN DE LAS ACCIONES DEL TERCER SECTOR EN EL ÁMBITO DEL MALTRATO INFANTIL Y DE PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA.**

Especial relevancia en la erradicación de la violencia contra la infancia, tanto a nivel preventivo y de sensibilización como de intervención directa, son los programas sociales cofinanciados por el Ministerio **a través de las subvenciones al Tercer Sector y las del IRPF a ONGs** que se ocupan de la prevención, detección e intervención en los casos de maltrato infantil y a la promoción de una parentalidad positiva. El fomento de la iniciativa social es de la máxima importancia, ya que es una de las vías para garantizar una participación ciudadana concienciada y sensibilizada ante este tipo de conductas con graves con-

secuencias para los niños. Quisiera subrayar que en la nueva configuración de los programas subvencionados en la convocatoria del 0,7% del IRPF, los programas destinados a la atención de las personas con necesidades de atención **integral sociosanitaria** son uno de los tres grandes ejes en los que se divide esta convocatoria.

Avanzar en un instrumento de planificación estratégica como el II PENIA, la formación integral de los profesionales, la mejora de los sistemas de detección de las situaciones de riesgo, campañas de sensibilización dirigidas tanto al público en general como a profesionales y la potenciación de plataformas de debate y consenso son algunas de las claves en las que estamos trabajando y que creemos imprescindibles para garantizar el bienestar de la infancia.

Un foro como este que hoy se inaugura, que tiene como objetivo elaborar unas conclusiones que incluyan buenas prácticas en esta materia es muy bienvenido por quienes tenemos responsabilidades públicas en esta materia. El buen trato a la infancia, el abordarlo en positivo, enseñando a las familias cómo potenciar las capacidades de los niños, cómo educarlos sin violencia y acompañarles en su desarrollo evolutivo sólo puede entenderse desde una perspectiva integral y con la participación activa de profesionales que intervengan tanto en la prevención, como en la detección de los casos donde los derechos del niño sean vulnerados y en la intervención cuando estos casos hayan sido demostrados. La prevención pasa por el apoyo a la parentalidad positiva tal y como se contempla en las Recomendaciones de la UE y del Consejo de Europa que subrayan esa necesidad de impulsar iniciativas de apoyo a las familias para fomentar en ellas el ejercicio positivo del rol parental y la difusión de los elementos que conforman el "buen trato", como el respeto y la responsabilidad que son líneas transversales en nuestro marco de actuación.

Trabajar juntos, que es lema de este Congreso, es imprescindible. Esta es una lección aprendida desde la experiencia acumulada que procuramos poner en práctica con todos los medios a nuestro alcance desde la administración pública. Ahora bien, siempre es susceptible de mejora afinar los mecanismos de cooperación que ya existen y que he ido mencionando a lo largo de esta intervención.

Lo hemos plasmado como objetivo en el II PENIA y esperamos que podamos continuar colaborando estrechamente, las administraciones públicas en sus distintas instancias, el movimiento asociativo, la ciudadanía en general y por supuesto los niños y adolescentes con los que estamos contando de manera activa en numerosos programas estimulando su participación activa en los asuntos que son de su especial interés •

## Presentación: *Manual de Pediatría Social*

por Antonio Muñoz Hoyos

Como todos sabemos, la gestación de esta obra se produce a iniciativa de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Pediatría Social, hace ya un cierto tiempo. Se trataba inicialmente de consensuar una serie de protocolos de actuación que de alguna manera facilitara la resolución de problemas cotidianos e importantes de la Pediatría Social. Desafortunadamente esta idea inicial se ha visto sustancialmente modificada por diversas razones, entre las cuales queremos destacar especialmente tres:

- a) Los plazos que inicialmente se establecieron, por diversas razones no se pudieron cumplir.
- b) Las recomendaciones iniciales tampoco eran homogéneas y en realidad, más que protocolos se redactaron muchos capítulos en forma de revisiones y puestas al día.
- c) Siendo realistas, era muy difícil poder armonizar y homogeneizar en forma de protocolos, procedimientos que, en muchas ocasiones están condicionados por normativas de carácter local o autonómico.



En definitiva, la Junta Directiva de la SEPS, recomendó que la obra se terminara en forma de un *Manual de Pediatría Social*, el cual tenemos la satisfacción de poder presentar precisamente en el XXI Congreso Español de Pediatría Social.

Se trata de una modesta obra que se ha elaborado con el esfuerzo y la ilusión de un importante grupo de profesionales que de alguna manera nos motiva e ilusiona la Pediatría Social como disciplina que se ocupa de niño como miembro de la sociedad. A todos queremos dar las gracias por su inestimable colaboración y aportaciones y pedir disculpas por los errores que hayamos podido cometer en tan laboriosa tarea.

Para la selección de los temas a tratar y autoría de los mismos, establecimos un criterio abierto, con propuestas que podían venir de cualquiera de los miembros de nuestra sociedad. De esta manera se recibieron un considerable número de propuestas, las cuales fueron aceptadas prácticamente en el 100%. Con posterioridad, se elaboró un índice y organización capítulos, más o menos adaptados a una estructura de la Pediatría Social en la que se primen los problemas más destacados del momento.

Somos conscientes de las limitaciones que este manual tiene, pero no es menos cierto que debe tratarse de una obra inicial que debería tener continuidad, de tal manera que los capítulos se vayan adaptando a la realidad de cada día y con el tiempo poder disponer de una obra capaz de responder, en teoría, a los problemas más importantes que padece nuestra infancia.

Finalmente, queremos dar las gracias a todos los que directa o indirectamente han colaborado en la elaboración de este Manual, haciendo una mención especial a la Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría Social, Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental y a todos los socios de nuestra sociedad y profesionales no médicos que han colaborado en su edición.

En esta presentación quisiera destacar el trabajo de la pediatra Laura Marín López en las tareas de revisión, coordinación, ... "perseguir a los autores" sin cuyo entusiasmo y trabajo hubiera sido difícil cumplir plazos para disponer de esta obra en este Congreso.

Una mención especial queremos hacer con la figura del Prof. D. Manuel Cruz Hernández, que como siempre ha estado generoso e iluminado para hacer un prólogo lleno de Conceptos, Historia y Realidades. Nos permitimos en estas páginas reproducir su prólogo. Prólogo de Maestro y Catedrático de Pediatría, de un socio y amigo, de una excelente persona que para los editores de este Manual y para el conjunto de la Pediatría Social tiene todo nuestro reconocimiento por su trabajo y forma de hacer.

También incluimos el índice de temas con sus autores para que se pueda valorar el trabajo e interés de esta obra •

## Prólogo de Manuel Cruz Hernández

A pesar del auge progresivo de otros medios de comunicación y formación, donde hay una actividad científica, docente y profesional destacada no tarda en aparecer un libro. La *Pediatría Social* no escapa a esta ley. Lo mismo que hace años apareció el *Tratado de Pediatría Social* dirigido por Carlos García Caballero y Antonio González -Meneses, ahora tengo la satisfacción de asistir a la aparición del *Manual* a cargo como editores de José Antonio Díaz Huertas, Laura Marín López y Antonio Muñoz Hoyos, en representación de la Sociedad Española de *Pediatría Social*. En cierto modo ellos mismos adelantan la diversidad de los numerosos Autores colaboradores: unos con labor hospitalaria, otros realizan su tarea en centros comarcales o de atención primaria y algunos son profesores de *Pediatría* en la Universidad, agregando un número escaso pero significativo de psicólogos, filósofos, trabajadores sociales y juristas, hasta un total de 54 colaboradores, de los que 23 son Autoras, otro dato indicativo de la realidad actual en la *Pediatría Social* como en toda la *Pediatría*.

Al frente de los 32 capítulos del libro destaca uno imprescindible: el dedicado por los tres editores a delimitar lo que es y lo que no es la *Pediatría Social*, pero aprovecho el honor de prologar el presente *Manual* para adelantar algunos datos y expresar mi vivencia personal, en la que la vertiente social de nuestra ciencia ocupó siempre un lugar preferente, estuvo en mi corazón.

Al iniciarme en ella, durante los años 40 y 50, el caballo de batalla era la patología del lactante mientras la mortalidad infantil se utilizaba como principal marcador de la salud infantil. Estaba próxima al 100 por 1.000, y este drama ocurría no en países lejanos como ahora, sino en nuestra propia Patria. Con el criterio de hoy, se podía decir que España pertenecía sanitariamente al tercer mundo, afortunadamente no por mucho tiempo. El pediatra reconocía ya la importancia del entorno adverso, y por tanto del factor social, pero no podía hacer mucho en su prevención o modificación, salvo la obligada educación sanitaria. El puesto oficial para llevar a cabo esta tarea correspondía al Puericultor del Estado, cuerpo al que accedí en 1954. Todo pediatra destacado procuraba ingresar en él. Había otros centros de Puericultura, como la tradicional Gota de Leche, pero todos los pediatras o puericultores, como se llamaban al principio, contribuyeron a disminuir la mortalidad por infecciones, diarrea y desnutrición. Frente al frecuente abandono infantil, agravado por el desastre de la Guerra Civil, se habían creado mucho antes las Inclusas o casas de cuna, pero como es sabido el remedio fue peor que la enfermedad. Después se potenció la adopción en el periodo neonatal en una época donde el recién nacido era casi siempre de competencia exclusiva del obstetra y sus colaboradoras, a los que se atribuirían los aciertos y errores, cuando la legislación al respecto era un tanto ambigua.

En este escenario Robert Debré definió en 1949 la *Pediatría Social* como un estado de espíritu, que desarrolla una visión global del niño y del joven, incluyendo el entorno donde se desenvuelven, y la influencia de la familia y de la sociedad sobre la salud infantil. Añadía:

cuando se pone en marcha una acción colectiva, local, nacional o internacional, la Medicina infantil se convierte en *Pediatría Social*. Este concepto se reforzó en 1962, en el Congreso Internacional de *Pediatría* de Lisboa, donde insistió Nathalie Masse diciendo que la *Pediatría Social* considera tanto al niño sano como al enfermo en el contexto del grupo humano al que pertenece. Por la misma época, Michel Manciaux subrayaba dos aspectos básicos: la dimensión colectiva y su globalidad.

Otros la consideraban como un punto de encuentro, de varias disciplinas y sectores implicados en la protección y promoción de la salud infanto-juvenil. Los editores del presente *Manual* afirman de entrada que la *Pediatría* en sí es social y destacan la opinión de Hellbrüge y Pechstein (1969) que definían la *Pediatría Social* como las diversas tareas médicas que resultan de las relaciones existentes entre el niño y la sociedad.

Por los años aludidos, ante una elevada natalidad y una morbilidad muy alta, nuestra *Pediatría* prefería un modelo biomédico, que reclamaba una labor asistencial absorbente, con poco tiempo para la reflexión. No obstante, en mi etapa de formación, y luego de joven docente en Granada y en Cádiz, existía una gran problemática social, como terreno de la Puericultura, que poco a poco fue desapareciendo, para quedar englobada en la nueva *Pediatría Social*, que para muchos se consolidó en 1972 durante el Primer Simposio Español de *Pediatría Social*, presidido por Luis Navas Migueloa en Madrid, aceptando la definición de Carlos García Caballero como todo lo que concierne al niño y al adolescente, en sus relaciones con otras personas, con la familia y con los diversos medios, materiales y sociales, en los que viven, crecen y se desarrollan. En este tiempo, destacó la progresiva actividad de la Sociedad Europea de *Pediatría Social* (ESSOP), y entre nosotros se creó la Sección y después la Sociedad de *Pediatría Social*, en 1972-1973, en el ámbito de la Asociación Española de *Pediatría* (AEP). Carlos García Caballero fue socio fundador junto con J. Bosch Marín, B. Ferrer Masip, G. Marquesán y M.A. Solans.

Muchos pediatras ilustres han dejado en ella su impronta, pero si tuviera que destacar algunos de los que ya no están entre nosotros, añadiría a los citados: Luis Morales, Antonio González Meneses y Concha Colomer. Los principales representantes actuales aparecen en el *Manual* precedido por estas líneas y participan de manera repetida en los congresos de *Pediatría Social*, que suelen dar lugar a monografías útiles, como los cinco volúmenes de SIAS, las dos ediciones del aludido *Tratado* y en diversas obras de *Pediatría* general, como las que he venido dirigiendo. También en las monografías que jalonan las reuniones del Club de *Pediatría Social* en Barcelona.

Ha sido una suerte conocer la brillante actividad de muchos de los Autores de este libro, lo mismo que asistir al nacimiento y desarrollo de la Sociedad española de *Pediatría Social*, aceptando el evocado concepto de *Pediatría Social* y todo su contenido. El pediatra debió cambiar, y lo sigue haciendo, empezando por aprender la importancia de los factores de riesgo. Así se ratificó el

*papel de todo lo referente al ambiente o entorno, tipo de trabajo o paro de los padres, la familia en crisis, el niño emigrante o de etnia marginada, el impacto del divorcio sobre los hijos, la madre adolescente, la afectación por las drogas a través de la madre y por abuso en la adolescencia, la carencia afectiva iniciada por el hospitalismo, la delincuencia juvenil, el error y falta de escolaridad o la vivienda insalubre.*

*Todos son problemas ya clásicos, a los que el Manual que nace ahora debe añadir otros nuevos, como la violencia en general, incluida la denominada violencia de género, y el caso impensable de la violencia ascendente o filio-parental, el acoso escolar, el ciber-acoso, las enfermedades de baja prevalencia o raras, el niño afectado de infección VIH, los menores no acompañados o el creciente síndrome de falta atención con o sin hiperactividad hasta la obesidad como problema social, desplazando junto con la subnutrición, a la malnutrición, al menos en nuestro medio. Los factores de riesgo se asocian a los biológicos, pero no hay que olvidar la pobreza, ahora redescubierta, cuando se comprueba que uno de cada cuatro niños españoles, puede estar viviendo por debajo del nivel de pobreza, lo mismo que mil millones de los habitantes del mundo. Es lógico que el factor de riesgo sea una parte importante de la historia clínica social, que puede completarse, pero no suplirse, con la aplicación de un cuestionario. Otras características asumidas incluyen: la consideración global del niño, el trabajo en equipo, la actuación sobre el niño, pero también sobre la familia y la comunidad, con el especial relieve del binomio equipo sanitario-familia.*

*Una vez asimilado el concepto, no fue difícil comprender durante la segunda mitad del siglo XX que lo social estaba presente prácticamente en cada capítulo de la Pediatría. En la etapa antenatal emergieron los factores biológicos, pero también sociales, que pueden afectar el desarrollo del embrión y feto. Y en cuanto al recién nacido, olvidada la época triste del bebé depositado en el torno de la inclusa, recientemente debemos soportar el horror del niño en la basura. En 1965, al llegar a Barcelona comprobé que el ambiente social influía de forma poderosa en la asistencia al parto y primera semana de vida, al tiempo que la Neonatología era aceptada y elogiada. Avance indiscutible fue la implantación de las pruebas neonatales de screening o cribado, lo que comportó evitar procesos patológicos de indudable trascendencia social.*

*La salud escolar en su vertiente física y psicológica mantiene su interés y no hay que olvidar el preocupante síndrome de la guardería con su cortejo de carencia afectiva, alimentación errónea, higiene dudosa, patología respiratoria y digestiva de repetición. Afortunadamente, se avanzó mucho en la organización, higiene y preparación psicopedagógica del personal y hoy día en la mayoría de los centros para el niño menor de 3 años el ambiente es saludable, con más acción favorable que perjudicial. Los pros y contras de la escolarización temprana siguen siendo motivo de discusión, como se evidenció en el congreso reciente de Pediatría en Sevilla (2013). Pero también preocupa que el niño y adolescente pasen cada vez más tiempo en la escuela,*

*con todas sus consecuencias.*

*Así, los viejos defectos en la enseñanza, dejan paso a una problemática más reciente como el creciente fracaso escolar, el papel de la escuela en el origen de los trastornos de la conducta alimentaria, en el síndrome metabólico y en la obesidad, la mayor violencia para terceros y entre iguales o todo lo relacionado con la esfera sexual, con tendencia a la precocidad en las relaciones, en tanto la madurez emocional del escolar parece retrasarse.*

*Igualmente, es preciso seguir manteniendo la atención debida a los accidentes o lesiones, lo mismo que a las intoxicaciones o accidentes tóxicos, con peculiaridades según la edad y época.*

*Desde los años sesenta fue progresiva la importancia social de la televisión, aunque se tardó algo en aceptar las razones para restringir el tiempo que le dedica el niño, por su papel favorecedor de algunos trastornos, como los de la conducta alimentaria, obesidad, sexualidad precoz, violencia, anomalías en el comportamiento y aprendizaje. Cuando el tema de la teleadicción estuvo encauzado, se vino a complicar con los videojuegos, internet y el teléfono móvil, y así sucesivamente. A menudo se trata de un proceso social oculto o desapercibido, como advierte el lento y largo camino recorrido para el conocimiento del maltrato infantil en sus diversas modalidades. Así mismo, en su selección de los aspectos más recientes el Manual advierte la existencia de dilemas o problemas éticos diversos, como todo lo que envuelve el proceso de adopción nacional o internacional, la consideración del interés colectivo frente al individual, la insuficiente difusión de algunas vacunas, lo mismo que el rechazo de las inmunizaciones por parte de algunos grupos. Además, la dificultad para la integración social de los discapacitados, el fácil control de la natalidad en vez de ayudar a la maternidad y a la familia, la píldora del día después, el menor maduro, el papel social en el deterioro de la lactancia materna ante la facilidad de la alimentación artificial del lactante; la vigilancia de la donación entre vivos y posible comercio de órganos; establecimiento de las prioridades sanitarias hasta el impacto personal, social y ecológico de algunos métodos diagnósticos y terapéuticos, sin olvidar la vertiente social de los cuidados intensivos y paliativos. Todavía cabe añadir si la Pediatría hace todo lo debido, ante otra responsabilidad social: la promoción de la salud del adulto.*

*Muchas más reflexiones surgen al revisar la obra de los Doctores Díaz-Huertas, Marín-López y Muñoz-Hoyos, pero ocuparían demasiado espacio y siempre sería poco, aunque no puede faltar mi felicitación obligada y sincero agradecimiento por su esfuerzo al presentar una visión actual de la Pediatría Social, que será sin duda muy útil tanto a los pediatras, sea cualquiera su orientación profesional, como a todos los médicos y el personal sanitario en general con la necesaria preocupación social.*

**Manuel Cruz Hernández**

**Manual de Pediatría Social.** José Antonio Díaz Huertas, Laura Marín López, Antonio Muñoz Hoyos

*Edita: Sociedad Española de Pediatría Social (2013)*

Prologo. Manuel Cruz Hernandez

1. Concepto de Pediatría Social. *José A. Díaz Huertas, Laura Marín López y Antonio Muñoz Hoyos*
2. Leyes y normas de protección materno infantil. *Manuel Jesús Dolz Lago.*
3. Instituciones de protección a la infancia. *Francisco Moreno Madrid y Elisabet Fernández Marín*
4. Problemas éticos y legales de interés en la práctica clínica; píldora del día después, el menor maduro, etc. *Toni Muñoz Genís.*
5. Programa de salud infantil. *Francisco Javier Garrido Torrecilla y Ana Belén Hidalgo Calero*
6. Atención integral a la infancia y adolescencia con patología crónica. *Emilio del Moral Romero, Ana M. Ortega Morales*
7. Atención sanitaria a menores en régimen de acogimiento residencia. *José Rodríguez Carrasco, Mercedes Rivera Cuello, Laura Marín López y Antonio Muñoz Hoyos.*
8. Propuesta de acción sobre los menores no acompañados (MENA). *Jesús García Pérez*
9. Atención al menor migrante. *Mercedes Rivera Cuello, Esmeralda Núñez Cuadros*
10. Adopción nacional e internacional. *Antonio Medina Claros, Isabel Cubero Millán, María José Ruiz Ramos y Mercedes Rivera Cuello*
11. Maltrato Infantil. *María A. Fernández Ascona, Margarita de Miguel Maiza, Carmen García Ibero y Lourdes Gómez Gómez*
12. Maltrato en menores con discapacidad. *Gaspar Rul-lan Losada*
13. Repercusión del divorcio en niños y adolescentes. *Joaquín Callabed Carracedo*
14. Fracaso escolar. *Josep Cornellà i Canal, Iván Sánchez Martínez*
15. Hijo de madre adicta a drogas. *José Uberos Fernández, Eduardo Narbona López*
16. Atención al paciente con VIH. *Mercedes Rivera Cuello, David Moreno Pérez*
17. Adolescentes y jóvenes policonsumidores de drogas: del trastorno conductual a la patología dual. *Jordi Royo-Isach, Ramón Martí, Montraveta, Oscar Fernández-Pola Garrido, Carmen Baliarda Hernández*
18. Embarazo en la adolescente. *Francisco Moreno Madrid, Pedro Serrano Rodríguez*
19. Atención al niño en situación social de riesgo. *Teresa Benítez Robredo, Concepción Brugera Moreno, Isabel Junco Torres*
20. Vacunación en situaciones especiales. *Manuel Baca Cots*
21. Pruebas de cribado. *Agustín Sainz de Marco, María del Carmen Augustin Morales*
22. Enfermedades raras en la edad pediátrica. *Manuel Gonzalez-Ripoll Garzón, Gerónimo Momblán de Cabo, Yolanda Gonzalez Giménez, José L. Gómez Llorente y Antonio Bonillo Perales*
23. Discapacidad infantil. *Antonio Gancedo Baranda y Bárbara Rubio Gribble*
24. Atención temprana. *Irene Machado Casas, Concepción Robles Vizcaino*
25. Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Fuensanta Justicia Martínez, María Angeles Muñoz Gallego y Antonio Molina Carballo*
26. Obesidad. *Carlos Ruiz Cosano, Emilia Orihuela Barea*
27. Menores víctimas de la violencia de género. *Ana Rosa Sánchez Vázquez*
28. Acoso escolar y ciberacos. *Joaquín Callabed Carracedo*
29. Violencia juvenil: caracterización y propuesta de intervención. *Jesús García Pérez*
30. Violencia ascendente o filio-parental. *Patricio José Ruiz Lázaro*
31. Los menores y los medios de comunicación. *Jesús García Pérez*
32. Promoción de la salud. Educación parental. *Teresa Benítez Robredo, Isabel Junco Torres y Concepción Brugera Moreno*

## 2ª MESA REDONDA: Desigualdades y Derechos de los Niños

### Presentación de la Coordinadora: Almudena Olaguibel Echeverría-Torres

Abogada. UNICEF España

El título de esta mesa redonda nos debería hacer reflexionar: si los derechos de los niños están promulgados de manera clara, y se vienen haciendo importantes esfuerzos por aplicarlos a cada legislación nacional, ¿cómo podemos seguir hablando de desigualdades en el acceso a derechos, y en concreto, en el acceso al cuidado de la salud?

Sabemos que muchas veces las cuestiones que afectan a la infancia se caracterizan por un gran consenso y una baja intensidad. Son "cosas de niños", y todo el mundo está de acuerdo en que merecen lo mejor de nuestra sociedad. Ahí nos quedamos, sin analizar en serio qué significa "lo mejor", ni se tenga en cuenta que determinadas decisiones políticas, con su correspondiente reflejo presupuestario, pueden dificultar mucho las cosas a algunos. Y esto sucede desde mucho antes de la crisis, aunque a veces a regañadientes se compartía alguna migaja del pastel. Ahora parece que tener derechos es muy caro, una concesión graciable de algún personaje bondadoso.

Los derechos de los niños son indivisibles e interdependientes; es decir, no se pueden separar, y la atención a los niños y niñas debe considerarles como un todo. Un niño desnutrido, aunque vaya a la escuela, tampoco podrá ver cumplido su derecho a la educación, ya que no estará en las condiciones óptimas para aprender. Una niña vacunada no tendrá una buena salud si no dispone de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, por poner algunos ejemplos.

Pensando en esta interdependencia, y siguiendo la estela de algunos hospitales e instituciones europeos, hace unos años, junto a la Sociedad Española de Pediatría Social y otros aliados, decidimos constituirnos en Red, la Red de Promoción de la Salud y los Derechos de la Infancia.

La Red busca la difusión y la aplicación de los principios de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado y de la Convención sobre los Derechos del Niño, así como el desarrollo de herramientas para su aplicación práctica. Está abierta a todos los centros sanitarios interesados en una atención a la salud de los niños desde la perspectiva de sus derechos. En este momento, la Red la forman -además de UNICEF Comité Español y la Sociedad Española de Pediatría Social- varios hospitales, centros y asociaciones españoles (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), el Hospital St. Joan de Déu de Barcelona, el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, el Hospital Son Llatzer de Palma de Mallorca, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias y el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Salamanca).

Aprovechamos para felicitar la decisión del Ministerio de extender hasta los 18 años la edad de hospitalización en las unidades pediátricas, extremo que desde la Red consideramos fundamental para un cumplimiento efectivo de los derechos de los niños.

Como primicia, acabamos de presentar la Carta de Derechos del Niño en Atención Primaria, que pretende trasladar los postulados de la carta europea a los centros de salud. La versión amigable está validada por grupos y Consejos de Infancia y Adolescencia de varios municipios españoles, y esperamos pronto verla en las paredes de las consultas de pediatría.

Hay una frase que resume creo que muy bien lo que se pretende reflejar en esta Mesa: "*No hay mejor revelación del alma de una sociedad que la manera en que trata a sus niños y niñas*". Y añadido: es una obligación aceptada por los Estados •

## DESIGUALDADES EN ÉPOCAS DE CRISIS

**Carme Vidal Palacios**

*Jefe de Servicio de Pediatría, Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca*

La población infantil es, por su naturaleza, uno de los grupos más vulnerables de la población en la actual crisis económica (CE), iniciada en 2008, todo ello a pesar de que no ha tenido ninguna participación en las causas que la generaron.

Los niños y niñas son los últimos responsables de la crisis, sin embargo están sufriendo sus consecuencias de forma tan o más grave que otros colectivos y grupos sociales. Ellos dependen más de los servicios del Estado que los adultos, al no disponer de recursos propios requieren que la sociedad les proteja en primer lugar.

Las crisis económicas profundizan la desigualdad social. Llevamos 5 años de crisis económica y en el momento actual se están dando los primeros informes de las consecuencias a raíz de ésta. A colación de las actuaciones de la política de recortes en el sector público, una de las mayores repercusiones se ha dado sobre la población menor de 16 años y no sobre la tercera edad.

La crisis económica se ha manifestado de manera particularmente incisiva en los hogares con hijos. Los grupos más afectados han sido, por un lado, las familias de origen no comunitario con hijos y por otro lado las familias monoparentales.

El impacto de las crisis económicas en las poblaciones depende de: la situación social y económica antes de la crisis, de las desigualdades sociales, de los mecanismos de protección individuales, familiares y colectivos, y de las políticas públicas para combatirlas. A mayor desigualdad, más difícil es que el crecimiento económico redunde en una mejora generalizada para la población y que, de esta forma, sea sostenible.

En la crisis actual se dispone, de momento, de pocos datos sobre la repercusión sobre la salud infantil. Las consecuencias en la infancia nos comprometen a todos, ahora y en el futuro. Las desigualdades sociales que se producen durante el crecimiento y el desarrollo precoz en la infancia son uno de los principales factores que contribuyen a crear las desigualdades en la salud en la edad adulta.

### Enumeramos los PRINCIPALES RECORTES EN EL GASTO PÚBLICO DESDE LA CRISIS:

#### - Rebajas en los presupuestos.

- **Bajada de los salarios públicos:** reducción de la retribución del personal del sector público (funcionarios, policías, bomberos, personal sanitario etc...), de media un 5% en 2010 y la congelación de los salarios desde entonces.

- **Jubilación:** alargar la edad de jubilación y la época cotizada, pensiones congeladas.

- **Sanidad:** reducción de las prestaciones, copago farmacéutico, 456 medicamentos retirados de la finan-

ciación pública, crecimiento de las listas de espera, supresión de la atención gratuita a personas inmigrantes en situación irregular, cierre de centros de salud y servicios de urgencias, supresión programas de screening, etc...

- **Social:** reducción presupuesto en ayudas a las familias con hijos, reducida la prestación por hijo en la Seguridad Social para menores de tres años de 500€ a 291€, supresión de la prestación por nacimiento o adopción (2500€) etc...

- **Educación:** recortes en el profesorado, aumento del ratio de alumnos por clase, disminución de becas para estudios, libros de texto y becas de comedor, subida del precio de las guarderías, subidas de las tasas universitarias etc....

- **Investigación y Desarrollo (I+D):** recorte acumulado en los Presupuestos Generales del Estado: 37% en tres años, reducción en los presupuestos para programas de investigación en 2012: 34%, reducción del presupuesto del CSIC en 2012: 600 millones de euros (2,8%).

- **Aumento de los Impuestos:** aumento del IVA, aumento del IRPF y de las rentas de ahorro y capital, no aumento en el impuesto de sociedades mediante las SICAV (Sociedades de inversión (colectiva) de capital variable), las grandes fortunas apenas tributan a un 1% mientras los ciudadanos pagan un 21% por los rendimientos de capital. Contención salarial. Incremento de los precios en productos básicos, electricidad, etc...

### Todas estas medidas de austeridad, como todos observamos, incrementan la desigualdad social ¿Que Impacto han tenido? España (2011-2012):

- Ocupa el primer lugar de la Europa de los 27 en desigualdad social.

- Tiene la cifra más alta de la pobreza de los países de la UE de los 15, sólo por debajo de Rumania y Bulgaria en la Europa de los 27.

- Cifra de paro en España a sep 2013: 4.724.355 de personas según el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).

- En la actualidad la deuda pública es de un 90% del PIB.

- Sólo se destina el 1,2% del PIB a políticas de protección social dirigidas a infancia y familia, gasto sensiblemente inferior a la del conjunto de la Unión Europea, que es del 2,0%.

- Uno de cada 10 menores de edad de nuestro país vive en hogares donde nadie trabaja.

- El 27,2% de menores de 18 años vive en un hogar bajo el umbral de la pobreza (menos de 15.820€ anuales para un hogar de dos adultos con dos niños).

- Un 14,4% de menores vive en un hogar de pobreza alta (menos de 10.512€ anuales para un hogar de dos adultos con dos niños).

- El 9,8% de los niños en España vive en hogares con una baja intensidad laboral.

- Los hogares con todos los miembros activos parados han crecido ininterrumpidamente en estos años de crisis; representaban un 13,3% de las viviendas familiares (1,7 millones de hogares).
- Se producen más de 300 - 500 desahucios diarios.
- Los hogares sin perceptores de ingresos representan un 3,4% de las viviendas familiares.
- La tasa de riesgo de pobreza llega al 30,6% para los menores de dieciséis años, (2.519.000 niños). El 27,4% para el grupo comprendido entre los dieciséis y los sesenta y cuatro, y al 22,3% para los mayores de sesenta y cinco años.
- La pobreza severa (con menos de 307€ al mes) alcanza ya a tres millones de personas.
- La pobreza se cronifica, el 44% de las personas acogidas en Cáritas llevan tres o más años demandando ayuda.
- Emigración de casi 1 millón de personas (2011).
- Aumentan las diferencias sociales: La brecha entre las personas que más ingresan y los que menos ingresan ha aumentado. Antes de la crisis, los más ricos ingresaban en España 5,3 veces más que los más pobres. En 2011 esa proporción ha crecido hasta 7,5 (mientras la media de la Unión Europea es de 5,7).
- Reducción del 12% de los nacimientos en los últimos 4 años.
- El 55,3% de los españoles que tienen hijos o hijas a cargo, declara tener dificultades para llegar a fin de mes en 2011, el 72,3% de los hogares monoparentales.
- El 44,5% de los hogares no se puede permitir ir de vacaciones fuera de casa al menos una semana al año.
- El 40,0% de los hogares no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos. El 7,4% de los hogares tiene retrasos a la hora de abonar gastos relacionados con la vivienda principal, como es hipoteca o alquiler, recibos de gas, electricidad, comunidad, ...
- El 29,9% de los hogares españoles tiene pendiente el pago de una hipoteca.

En la encuesta realizada a en la Asociación Española de Pediatría<sup>12</sup> y El Observatorio Pediátrico de Atención Primaria (AP) de Madrid:

- La percepción del 84% de los pediatras es que están aumentando los trastornos por depresión, ansiedad y adicciones en los últimos meses en las familias. Este hecho tiene su repercusión en la salud de los niños.
- El 55% de los pediatras perciben que se esta produciendo un impacto en la salud de los niños.
- El 54%de los pediatras opina que la crisis sí está limitando el acceso a los medicamentos, principalmente para los enfermos crónicos.
- El 54%de los pediatras opina se han incrementado las listas de espera, tanto en el hospital como en los centros de referencia en primaria.

- La vacunación infantil es una de las medidas donde se está notando el impacto de los recortes. El 80% de los encuestados opina que ha disminuido la administración de vacunas no financiadas por el SNS.
- La crisis parece que sí está repercutiendo en los consejos sobre alimentación. El 56% de los profesionales señala que no se están siguiendo por la dificultad para adquirir alimentos adecuados para la edad infantil, hechos que puede ocasionar malnutrición y consumo de alimentos menos nutritivos.
- No estamos educando a nuestros hijos en comer correctamente y, además, lo que antes comían bien ahora no se lo pueden dar y lo reemplazan por alimentos de menos calidad. La crisis económica disminuye la calidad de la alimentación. Una de las consecuencias inmediatas a las que puede llevar, paradójicamente, dada la estructura de precios de los alimentos, es a la obesidad a las familias empobrecidas del primer mundo.<sup>13</sup>
- Falta de asistencia a revisiones y citas programadas derivada de la situación de precariedad laboral de los padres.
- Bajas en seguros médicos privados y trasvase de pacientes a la sanidad pública, con la consiguiente sobrecarga en las consultas y deterioro en la atención médica como consecuencia de la mayor presión asistencial.
- Empeoramiento de las condiciones del hogar: hacinamiento, frío en la vivienda...
- Reducción consumo en ocio, ropa, teléfono, electricidad, agua y alimentación.<sup>9</sup>
- El 35% de los niños españoles no tienen acceso a alguno de los recursos educativos como: escritorio y un lugar tranquilo para estudiar, ordenador con software educativo, conexión a Internet, calculadora, diccionario y libros de texto...
- Cambios de domicilio forzados.

## CONCLUSIONES

La acumulación de las desventajas con la crisis en más de una cuarta parte de la población española, enumeradas anteriormente, conlleva un **riesgo de falta de cohesión social**. Esta se viene constatando desde ya antes del inicio de la CE con el incremento de la desigualdad y de la pobreza en España. La CE y las medidas de austeridad realizadas han provocado un aumento del paro y los recortes presupuestarios ha llevado al fin de la cohesión social, con mayor incremento de la desigualdad y de la pobreza.

La gestión de la CE basada principalmente en un modelo de austeridad (centrado en la reducción del déficit y el saneamiento de la banca mediante la inyección de fondos públicos financiados a costa de una deuda desorbitada) no genera crecimiento.

La CE, junto con las medidas de ahorro que se están adoptando en materia sanitaria, pueden generar entre otras consecuencias un repunte de enfermedades infecciosas prevenibles y de deficiencias nutricionales a corto y largo plazo. Todo ello apunta a que los recortes impuestos en el ámbito pediátrico, lejos de inducir un ahorro efectivo,

pueden provocar un incremento a corto y medio plazo de los costes directos e indirectos.

Es esencial que todos los profesionales responsables de la atención a los menores (pediatras, educadores y familias) tomen conciencia y protagonismo en la disminución de las desigualdades sociales en salud y educación, si el objetivo es conseguir futuras generaciones de adultos con oportunidades de salud equitativas.<sup>15</sup>

En la población infantil los efectos de las CE al producirse un aumento en las desigualdades sociales, en la primera infancia, estas serán predictoras de desigualdades de salud en la vida adulta. Los niños y niñas de clases más desfavorecidas tienden a tener peores resultados escolares y, en consecuencia, en la edad adulta su situación laboral y sus condiciones de trabajo serán peores y sus ingresos más bajos.

La crisis económica y la política de recortes realizados están vulnerando los derechos del niño: **¿Dónde queda la Convención sobre los Derechos de la Infancia?**

Art 24

**Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil.**

*Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.*

Art 27

**Todo niño tiene derecho a beneficiarse de un nivel de vida adecuado para su desarrollo y es responsabilidad primordial de padres y madres proporcionárselo.**

*Es obligación del Estado adaptar medidas apropiadas para que dicha responsabilidad pueda ser asumida y que lo sea de hecho, si es necesario, mediante el pago de la pensión alimenticia.*

Art 28

**Todo niño tiene derecho a la educación y es obligación del Estado asegurar por lo menos la educación primaria gratuita y obligatoria. La aplicación de la disciplina escolar deberá respetar la dignidad del niño en cuanto persona humana.**

¿Cual será la aplicación en este contexto de CE del II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013 - 2016 que se sustenta, como dice en su introducción, en los derechos de los niños? :

- El principio del interés superior del niño.
- El principio de no discriminación.
- Garantizar el derecho fundamental del niño a la vida y al desarrollo pleno de todas sus potencialidades, asegurando que se satisfagan sus necesidades básicas.
- El derecho a la educación, que implica no sólo el acceso universal a la educación y la obligatoriedad de la misma hasta los 16 años, sino también recibir una educación de calidad que minimice los casos de fracaso escolar.
- El derecho de todos los niños a ser escuchados y recibir la información adecuada a su edad para poder expresar opiniones.

Es esencial que todos los profesionales responsables de la atención a los menores, pediatras, educadores y familias, tomemos conciencia y protagonismo en la disminución de las desigualdades sociales en salud y educación, si el objetivo es conseguir futuras generaciones de adultos con oportunidades de salud y educación equitativas, y no tenga, como dice UNICEF en el Informe de la infancia en España 2012-2013, el impacto de la crisis en el niño: "la pobreza ya tiene, definitivamente, cara de niño" •

## BIBLIOGRAFIA

1. Navarro V, Clua-Losada M. El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. Barcelona: Observatorio Social de España; 2012.
2. González-Bueno G, Bellos A, Arias M. La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Madrid: UNICEF España; 2012.
3. Rajmil L, Mompert A, Medina A. Impacte de la crisi econòmica en la salut infantil: estudi de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuRA); 2013.
4. Dávila-Quintana CD, González López-Valcarcel B. Crisis económica y salud. Gac Sanit. 2009;23:261-5.
5. Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
6. Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya 4t estudi L'impacte de la crisi en la infància i l'entorn escolar Gener de 2013
7. Olmedo Lucerón MC. Globalización, desigualdad y pobreza: un reto para las políticas sanitarias Rev Adm Sanit. 2008;6(4):729-40
8. Martínez González C. El pulso de la crisis: entre la convicción y la responsabilidad Pediatr Aten Primaria. 2013;15:11-4
9. Laparra M, Pérez Eransus B, Lasheras R, Carbonero Gamundí MA, Guinea-Martín D, Zugasti N, et al. Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España. Barcelona: Obra Social "La Caixa"; 2012 [en línea] [consultado el 10/11/2012]. Disponible en <http://goo.gl/z7ZGj>
10. Enquesta de salut de Catalunya 2010-2014 fixa tècnica 2a. edició: juliol de 2012 [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Indicadors%20%20salut/Enquestes/02\\_enquesta\\_catalunya\\_continua/fixatecnica\\_esca.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Indicadors%20%20salut/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/fixatecnica_esca.pdf)
11. How the economic and financial crisis is affecting children & young people in Europe. Written by Sandy Ruxton December 2012 [www.eurochild.org](http://www.eurochild.org)
12. Encuesta "la crisis, los niños y los pediatras" Noviembre, 2012 [http://www.aeped.es/sites/default/files/encuesta\\_aep.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/encuesta_aep.pdf)
13. Barry S. Levy y Victor W. Sidel Crisis económica y salud pública Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 4, número 2, junio 2009
14. Rajmil L. La crisis económica afecta la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras? An Pediatr (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.05.028> An Pediatr (Barc). 2013;79:205-7.
15. Carla Pascual Roig Informe La regresión de los derechos de la infancia en España 2007-2013. EDUCO; Cooperación y Educación para la infancia <http://www.intervida.org/media/248138/informe-bienestar-infantil-educo.pdf>
16. Luis Rajmil, Antonia Medina-Bustos, María-José Fernández de Sanmamed, et al. Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: a before ?after approach .BMJ Open 2013 3: doi: 10.1136/bmjopen-2013-003286
17. II PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2013 - 2016 (II PENIA) [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA\\_2013-2016.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf)
18. <http://barometrosocial.es>
19. <http://www.ine.es/>

## RESPUESTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS

**José Luis Castellanos Delgado. Psicólogo. Secretario del Observatorio de la Infancia. MSSSI.**

Sea cual sea el indicador que se utilice, los datos estadísticos muestran categóricamente que la crisis económica ha afectado especialmente a los menores de 18 años. Este colectivo partía de una tasa AROPE (Indicador compuesto: renta, posibilidades de consumo y empleo) ya elevada en 2008 (26,3%) pero que en 2011 llega a alcanzar el 30%. Según los datos provisionales de la Encuesta de Condiciones de vida (INE) en 2013 la tasa de riesgo de pobreza en los menores de 16 años es del 27,7, siendo la tasa más elevada para cualquier segmento de población. Hay que recordar que, tal y como recuerda el propio INE, la población en riesgo de pobreza es un indicador relativo que mide desigualdad. El aumento del desempleo de los progenitores y la especial incidencia del desempleo en las familias jóvenes con hijos son algunas de las causas fundamentales de esta alta incidencia, pero no son las únicas.

El informe de UNICEF "El impacto de la crisis en los niños" (2012) señala la gravedad del problema: "Hay más niños pobres" (2,2 millones en 2010, 200.000 más que en 2008), que "Son más pobres" (por la reducción del umbral de ingresos que se considera para medir el riesgo de pobreza), la "intensidad de la pobreza también es muy alta y creciente" (el 13,7% de los menores en España vivían en hogares con un nivel de ingresos por debajo del 40% de la mediana, 4 puntos porcentuales por encima de las cifras de 2008) y "se está haciendo más persistente" (mayor incidencia y aumento de la pobreza crónica entre los menores).

Además, la reducción de la pobreza infantil una vez aplicadas las transferencias sociales es mucho mayor en la UE-27 (14 puntos porcentuales, hasta el 20,6%) que en España (27,2%, 7,6 puntos porcentuales menos), considerando que ambas parten de porcentajes cercanos al 34,5% en 2011.

**El Informe de UNICEF Bienestar infantil en los países ricos (Report card 11, 2013)** muestra que las grandes diferencias en los niveles de pobreza y bienestar infantil entre los países desarrollados no tienen su origen en los niveles de renta o el PIB de los países, sino en cómo estos definen sus prioridades en las políticas públicas. Este informe sitúa a España en el puesto 19 de 29 países respecto al promedio de las dimensiones estudiadas, y aunque en este estudio la posición española es mucho mejor cuando se recoge la opinión subjetiva de los niños (Tercer lugar en una lista de 29 países), significa una caída importante de nuestra posición en una década, ya que a principios de la misma estábamos en quinto lugar de un total de 21 países.

En la actualidad resulta ya evidente que la pobreza infantil es una lacra intolerable y una clara vulneración de los derechos de la infancia. Las carencias que comportan las situaciones de privación o déficits en el acceso a los recursos sociales ponen en peligro el desarrollo pleno de toda la vida de una persona, incluida su educación, salud, trabajo, renta, etc. A la vez, la inequidad, entendida como el número de veces que los ingresos medios del 20% de la población más rica supera a los del 20% de la población más pobre ha aumentado, según datos de Unicef hasta el 6,9 en 2011.

Sin embargo tras este aparente acuerdo sobre la gravedad de los actuales niveles de pobreza infantil y los riesgos que comporta, hasta el punto de considerarlo como algo inaceptable en nuestras sociedades desarrolladas, hay que reconocer que se trata de un tema que ha entrado en las agendas políticas y profesionales tan sólo en los últimos años.

A la complejidad del fenómeno se añade la dispersión de enfoques y estrategias con el que se abordan las consecuencias desde cada sector: salud, servicios sociales, educación, etc. El resultado es que en la actualidad existe tanto acuerdo en la necesidad de programas contra la pobreza infantil como en la necesidad de encontrar estrategias o modelos de intervención con eficacia contrastable (Medida 4.20 del II PENIA). Para analizar las respuestas que se están llevando a cabo, la primera tarea es revisar las distintas iniciativas que se vienen desarrollando desde sectores complementarios como servicios sociales y sanidad.

En el **ámbito sanitario**, el hecho de que las desiguales condiciones de vida producen desigualdades sociales en salud, es algo reconocido hace tiempo. La desigualdad social y la pobreza afectan de una forma directa, injusta y evitable a la salud de la población. Y también existe acuerdo en que el momento más adecuado para intervenir es la primera infancia. Además de las condiciones de vida (posición socioeconómica, género, raza, etc), el propio sistema de salud es un determinante más, responsable de algo tan fundamental como de conseguir una igualdad de acceso a los servicios sanitarios o prestar una atención acorde a las necesidades diferenciales de la población. La OMS hace tiempo que ha puesto el foco en la necesidad de reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud y la justicia social forma parte de sus principios básicos. Un reciente estudio de la OMS, titulado "Revisión de los determinantes sociales y la división en salud en la región europea de la OMS" (2013), coordinado por Michael Marmot, director del Instituto de Equidad Sanitaria del University College de Londres, analiza los "determinantes sociales" que inciden en la salud de las personas -como dónde nacen, se crían, viven, trabajan y envejecen- y recomienda medidas para mejorar en cada uno de ellos. Según el estudio, "la pobreza relativa en la infancia influye en gran medida en la salud de las personas", lo que puede combatirse "invirtiendo en dar un buen comienzo en la vida, apoyando a las familias y garantizando el acceso universal a la educación preescolar y a buenos cuidados infantiles". Siguiendo el modelo de trayectoria vital, la Comisión de determinantes sociales en salud de la OMS propuso invertir en desarrollo precoz, en la promoción de la equidad de género y el acceso equitativo a una educación de calidad desde la primera infancia. Las políticas educativas que reconocen el derecho a la educación accesible y gratuita, han tenido un gran impacto positivo sobre la salud infantil. También es necesario que se mejore la coordinación entre servicios de atención sanitaria, educativa y social desde la primera infancia hasta la adolescencia, evaluar sistemáticamente las intervenciones, facilitar el acceso a las escuelas infantiles y ampliar las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar. (Rajmil, Diez y Peiro, 2010)

En el marco de la Unión Europea han sido constantes las iniciativas que han contribuido en los últimos años a la priorización y el desarrollo de la equidad en salud en la agenda europea. En octubre de 2009, la Comisión Europea emitió la comunicación "Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE", y durante la presidencia española de la UE, en junio de 2010 se aprobaron, en el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores, las conclusiones "Equidad y salud en todas las políticas", que constituyen un avance en el compromiso de los estados miembros. En los últimos años se ha venido desarrollando una "Joint Action de Equidad en Salud" cuyo objetivo es desarrollar conocimiento y fomentar el intercambio de aprendizajes para la reducción de las desigualdades sociales en salud en Europa, con la participación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estas actividades entroncan en España, desde el campo de la salud pública, con la intensa y excelente actividad investigadora sobre las desigualdades sociales en salud, que ha mostrado la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud constatadas tanto por clase social, sexo, etnia o país de origen como por territorio.

El principio inspirador ante las situaciones de desigualdad social no puede ser otro que el de **Equidad**, de acuerdo a dos criterios, el de universalidad y el de corrección de las diferencias. Según este principio los recursos se deben distribuir de forma que lleguen a todos por igual, o en caso de desigualdad que tengan preferencia los más desfavorecidos. Este es uno de los principios rectores de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (EPP) actualmente en desarrollo por el MSSSI, que tiene como objetivo fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo estilos de vida saludables y potenciando la seguridad; y más allá de esto, contribuir al aumento de la esperanza de vida en buena salud.

Sin embargo el paradigma en la protección a la infancia es la Convención de los Derechos del Niño, aprobada por Naciones Unidas en 1989, y su proclamación de que los niños son sujetos de derechos. Fomentar la justicia social desde el nacimiento, facilitar el acceso de los niños, cualquiera que sea su edad, sexo, raza o condición, a los recursos de todo tipo y en definitiva evitar cualquier tipo de discriminación que afecte al desarrollo pleno de la infancia, son objetivos que tienen cabida sin duda en la Convención de Derechos del Niño (CDN). La Ley 1/96 de Protección Jurídica del Menor manifestó que asumía "las necesidades de los menores como eje de sus derechos y de su protección". Entendiendo que la exclusión social de la infancia parte del déficit de acceso a derechos fundamentales como educación, sanidad, bienestar, etc, el nivel de pobreza infantil está condicionado a la eficacia de las políticas de transferencias económicas y sociales del Estado, y por lo tanto al nivel de equidad y justicia social que hay en la sociedad.

Aunque la CDN no utiliza las palabras equidad, desigualdad o pobreza, su artículo 2 indica que "todos los derechos recogidos en la Convención serán respetados para todos los niños, sin discriminación de ninguna clase". Entre los cuatro principios generales o rectores que son la base del conjunto de derechos que enumera la CDN figura el de "No discriminación", que consiste en el derecho de todos los niños y niñas a desarrollar todo su potencial en todas las situaciones, tiempo y en todos los lugares. Junto al principio importantísimo del interés superior del niño también hay que tener en cuenta que el derecho al desarrollo y a la supervivencia significa asegurar el acceso básico a los servicios y la igualdad de oportunidades para alcanzar el desarrollo completo.

Por si cabía alguna duda de la relevancia de la necesidad de conseguir la equidad en el acceso a los recursos para el desarrollo pleno de todos los niños y niñas, el propio Comité de los Derechos del Niño ha publicado varias Observaciones generales en el año 2013 que aclaran cualquier duda. En primer lugar, **la Observación General Nº 14, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (2013)** señala la relación del interés superior del niño con otros principios generales de la Convención, y así, con respecto al **derecho a la no discriminación (artículo 2)** indica lo siguiente:

"El derecho a la no discriminación no es una obligación pasiva que prohíba todas las formas de discriminación en el disfrute de los derechos consagrados en la Convención, sino que también exige a los Estados que se adelanten a tomar medidas apropiadas para garantizar a todos los niños la igualdad efectiva de oportunidades en el disfrute de los derechos enunciados en la Convención. Ello puede requerir la adopción de medidas positivas encaminadas a corregir una situación de desigualdad real."

**La Observación General Nº 15, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)** obedece a la importancia de estudiar la salud infantil desde la óptica de los derechos del niño. Este concepto positivo de salud enfoque pone de manifiesto la necesidad de eliminar la exclusión y reducir las disparidades sociales en el ámbito de la salud.

El Comité señala que "La labor orientada a la realización del derecho del niño a la salud ha de tener como destinatarios privilegiados a los niños desfavorecidos y que se encuentran en zonas insuficientemente atendidas. Los Estados deben determinar los factores de ámbito nacional y subnacional que generan vulnerabilidad en los niños o colocan en situación desfavorable a determinados grupos de niños. Estos factores deben tenerse presentes al elaborar leyes, reglamentos, políticas, programas y servicios en el ámbito de la salud infantil y al trabajar en pro de la equidad.

Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa. En la sanidad primaria, deben ofrecerse servicios en cantidad y calidad suficientes que sean funcionales y aceptables para todos y estén al alcance físico y financiero de todos los sectores de la población infantil. El sistema de atención de salud no solo debe prestar apoyo sanitario, sino también notificar a las autoridades competentes los casos de violación de derechos e injusticia.

El Comité recomienda a los Estados Parte que:

- a) Legislen la asignación de una parte determinada del gasto público a la salud del niño y creen un mecanismo de acompañamiento que permita una evaluación sistemática e independiente de dicho gasto;
- b) Cumplan el gasto mínimo en salud por habitante recomendado por la Organización Mundial de la Salud y den prioridad a la salud del niño en las asignaciones presupuestarias;
- c) Aseguren la visibilidad de la inversión en la infancia en el presupuesto estatal mediante una recopilación detallada de los recursos que se le asignan y se gastan; y
- d) Pongan en marcha un sistema de seguimiento y análisis presupuestario basado en los derechos, así como evaluaciones del impacto infantil relativas a la forma en que las inversiones, especialmente en el sector de la salud, pueden redundar en el interés superior del niño.

Por otra parte, con la reciente publicación de la Recomendación de la Comisión Europea de 20.2.2013: **"Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas"**, la Unión Europea también ha querido hacer de la lucha contra la pobreza y la exclusión social de la infancia uno de los objetivos fundamentales de la Política Social de los Estados Miembro.

Tal y como se indica en la Recomendación, "Los niños que crecen en la pobreza o la exclusión social tienen menos posibilidades que sus coetáneos más favorecidos de tener buen rendimiento escolar, disfrutar de buena salud y aprovechar todo su potencial en fases posteriores de la vida.

Corregir las desventajas en los primeros años de vida es fundamental para abordar la pobreza y la exclusión social en general. Evitar las desventajas entre generaciones es una inversión crucial para el futuro de Europa".

La Comisión Europea recomienda a los estados miembros *organizar y aplicar políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social*

de los niños, promoviendo el bienestar infantil a través de estrategias multidimensionales, con arreglo a las siguientes directrices:

1. Guiarse por los principios horizontales expuestos a continuación: estrategias integradas, abordar la pobreza desde el punto de vista de los derechos de la infancia, siempre en primer lugar tener en cuenta el interés superior del niño, garantizar la atención a los colectivos con mayores desventajas y evaluar el impacto de las reformas políticas en los más desfavorecidos.
2. Desarrollar estrategias integradas basadas en tres pilares clave.
  - 2.1. El acceso a recursos adecuados
    - Apoyar la participación de los padres en el mercado laboral.
    - Proporcionar un nivel de vida adecuado mediante una combinación de prestaciones: Permitir que los niños disfruten de un nivel de vida adecuado que sea compatible con una vida digna, mediante una combinación óptima de prestaciones en efectivo y en especie.
  - 2.2. Acceso a servicios asequibles y de calidad.
    - Reducir las desigualdades en la niñez invirtiendo en la educación y los cuidados de la primera infancia.
    - Mejorar el impacto de los sistemas educativos en la igualdad de oportunidades.
    - Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para satisfacer las necesidades de los niños desfavorecidos.
    - Proporcionar a los niños una vivienda y un entorno vital seguro y adecuado.
    - Mejorar el apoyo de las familias y la calidad de las estructuras alternativas de prestación de cuidados.
  - 2.3. El derecho de los niños a participar
    - Apoyar la participación de todos los niños en actividades lúdicas, recreativas, deportivas y culturales.
    - Establecer mecanismos que fomenten la participación de los niños en la toma de las decisiones que afecten a sus vidas.
3. Seguir desarrollando los mecanismos necesarios en materia de gobernanza, aplicación y seguimiento.
  - Reforzar las sinergias entre los distintos sectores y mejorar los mecanismos de gobernanza.
  - Recurrir a enfoques basados en datos.
4. Aprovechar plenamente los instrumentos de la UE pertinentes.
  - Abordar la pobreza y la exclusión social de los niños como una cuestión clave en el marco de la Estrategia Europa 2020.
  - Movilizar los instrumentos financieros de la UE que sean pertinentes.

El impacto de la crisis económica en las familias con niños y el incremento de las situaciones de carestía material y desventaja en la infancia, tanto a nivel europeo como en el español, ha hecho de la lucha contra la pobreza infantil y la exclusión social una de sus prioridades de la agenda de política social de las distintas administraciones, para lo que se requiere el establecimiento de una acción coordinada, complementaria y eficaz de todas las Administraciones Públicas y demás actores relevantes en este campo.

Aunque se considera que la mejor herramienta para acabar con la pobreza es la creación de empleo, en lo que a funciones del MSSSI, la protección del bienestar de la infancia y el apoyo a las familias son dos de las prioridades a desarrollar a través de sendos planes específicos para cada ámbito, que junto a la elaboración del próximo Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016, donde se añadirá un objetivo específico sobre pobreza infantil, constituirán las principales líneas de trabajo.

#### a) Políticas Específicas

Será en el próximo Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016, donde se abordarán medidas concretas para la infancia más vulnerable, siendo la pobreza infantil uno de sus objetivos estratégicos.

Además, está previsto adecuar este objetivo estratégico dirigido a la infancia más desfavorecida socialmente con el contenido de la Recomendación de la Comisión Europea sobre pobreza infantil y promoción del bienestar de la infancia, que constituye la hoja de ruta a nivel nacional, a partir del necesario enfoque multidimensional en combinación con los tres pilares de la inclusión activa, esto es, acceso a recursos adecuados y apoyo a los hogares, acceso a servicios de calidad, y participación infantil, que contiene sugerencias para apoyar la participación de toda la infancia en actividades sociales, culturales, recreativas, deportivas y cívicas, así como el establecimiento de mecanismos que aseguren su participación en las decisiones que afecten a su vida.

#### b) Políticas Universales: infancia y familia

Se está impulsando la elaboración y puesta en marcha, en colaboración con los diversos Departamentos implicados en la materia, de un Plan Integral de Apoyo a la Familia, para vertebrar la política familiar de forma explícita como un conjunto coherente de acciones homogéneas de apoyo a la familia.

El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y adolescencia 2013-2016 aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros el pasado 5 de Abril, constituye el marco de referencia de las políticas de infancia en nuestro país. El **II PENIA** tiene por objetivo fundamental avanzar al máximo en el cumplimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia en España.

En sus Líneas generales subraya la importancia que tiene, en estos momentos de crisis económica, la inversión en la infancia con equidad. Coincidiendo con todo lo desarrollado al hablar de los determinantes sociales, insiste en que la inversión en la infancia es la que presenta mayores efectos positivos, no solo en el desarrollo económico de una sociedad, sino también en su desarrollo integral. Textualmente señala "Invertir en la infancia es fundamental para romper el círculo de la pobreza y reducir las desigualdades existentes en una sociedad".

Las Observaciones que realizó el Comité de los Derechos del Niño a España en 2010, son un excelente instrumento para conocer la situación de nuestra infancia y de la respuesta las Administraciones Públicas españolas y sociedad civil dan a la desigualdad y pobreza infantil. **En esta ocasión vamos a utilizar principales recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño contra la desigualdad, pobreza y exclusión social de la infancia en España para analizar la respuesta que han recibido desde el II PENIA.**

► **SOBRE LA LEGISLACIÓN:**

Recomendación CDN: Asegurar que la legislación y normas administrativas de las comunidades autónomas se ajusten plenamente a los principios y disposiciones de la Convención.

**Medida 4.1** del II PENIA: "Elaborar el Anteproyecto de Ley de actualización de la legislación sobre protección a la infancia"

Se está elaborando el Anteproyecto de Ley de Actualización de la legislación sobre protección a la infancia con especial énfasis en las Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño.

► **SOBRE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

Recomendación CDN: Mejorar el sistema de coordinación efectiva en la administración central y entre las comunidades autónomas para aplicar políticas destinadas a la promoción y protección del niño..

El II PENIA se basa en la Convención sobre los Derechos del Niño. Su objetivo fundamental de acuerdo con el artículo 4 de la CDN, es avanzar al máximo en el cumplimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia en España y ello debe realizarse abordando de manera transversal y multidisciplinar la atención a la infancia y la adolescencia mediante la cooperación y coordinación efectiva, eficiente y eficaz de los distintos agentes implicados en garantizar, promover y defender sus derechos. El Objetivo 1.2 del II PENIA, al completo, se centra en "Mejora de las políticas de Infancia y su impacto a través de la cooperación", con medidas para impulsar la cooperación **interministerial, Interautonómica e Internacional**. En este objetivo también figura la intensificación del **Observatorio de la Infancia** como foro de participación entre la Administración Pública y el movimiento asociativo (**Medida 1.2.8.2**)

► **PLAN NACIONAL PARA LA INFANCIA:**

El Plan de Infancia debe incluir los recursos necesarios, mejorar su aplicación efectiva, definir mejor sus objetivos, indicadores de los efectos y mejores sistemas de participación de niños y sociedad civil.

El proceso de elaboración del II PENIA se inició tras la evaluación del I PENIA. Una vez finalizada la rueda de consultas a las distintas administraciones y al movimiento asociativo se consensuó en el Pleno del Observatorio de Infancia y se aprobó por Acuerdo de Consejo de Ministros el **5 de abril de 2013**.

► **SOBRE ENFOQUE DE DERECHOS EN PRESUPUESTOS Y LINEAS PRIORITARIAS PARA LA INFANCIA:**

Aplicar un sistema de seguimiento a la asignación y el uso de los recursos destinados a los niños en el presupuesto, de manera que se ponga de relieve la inversión en la infancia...Evaluar el gasto dedicado así como sus efectos en la infancia.

**Medida 1.2.6.-** "Incorporar en la memoria del análisis de impacto normativo que acompaña a todos los Proyectos de Ley y de reglamentos un informe sobre su impacto en la infancia"

Velar porque esas partidas presupuestarias sean prioritarias incluso en época de crisis.

► **SOBRE REUNIÓN DE DATOS:**

Recomendación del CDN: El Comité muestra su preocupación por el enfoque fragmentado, que no abarca todas las esferas incluidas en la Convención y se realiza de manera desigual en los planos regional y nacional, por lo que recomienda fortalecer los mecanismos de reunión y análisis sistemático de datos.

El **Objetivo 1.1** del II PENIA, **con 8 medidas específicas**, está dirigido a la recopilación de información: "Promover el conocimiento de la situación de la infancia y la adolescencia, el impacto de las políticas, sensibilizar a la población general y movilizar a los agentes sociales". Incluye como medida la regulación de la colaboración entre las Comunidades Autónomas y la AGE de un sistema de información que permita el conocimiento de la situación de la protección a la infancia en España.

**Principios Generales**

► **SOBRE LA NO DISCRIMINACIÓN:**

El Comité sigue preocupado por los obstáculos a los que se enfrentan los hijos de extranjeros en situación irregular para acceder a los servicios educativos y de salud.

Al ser la no discriminación un principio y un derecho de la Convención de los Derechos del Niño, **su aplicación es transversal en todos los objetivos del II PENIA; Concretamente, el Objetivo 4**, que aborda la "Protección e inclusión Social" está centrado en "Potenciar la atención e intervención social a la infancia y adolescencia en situación de riesgo, desprotección, discapacidad y/o en situación de exclusión social, estableciendo criterios compartidos de calidad y prácticas susceptibles de evaluación".

Recomendación del CDN: Continuar seguimiento de MENAS, niños romaníes, niños con discapacidades para "eliminar todas las formas de discriminación".

Además, la **Medida 1.3.7.- Fomentar la igualdad de oportunidades.-** Impulsar acciones de defensa y promoción de la igualdad entre los niños, con independencia de su sexo, edad, nacionalidad, pertenencia étnica, discapacidad, religión, clase social o cualquier otra condición, interviniendo desde la primera infancia para reducir las desigualdades sociales existentes...

Con respecto a los menores extranjeros no acompañados, el II PENIA contempla la aprobación de un Protocolo Marco de Menores Extranjeros no Acompañados. (Medida 4.14)

**Medida 4.17.-** Atención a menores de edad con problemas de conducta. Regular, homogeneizar y mejorar su tratamiento con criterios y procedimientos de intervención garantistas y consensuados.

#### ► **SOBRE EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO:**

**Recomendación del CDN:** Asegurar medidas para aplicar este principio.

Al igual que en el anterior apartado, este principio de la Convención es transversal en el PENIA, aunque como derecho jurídico indeterminado que es está específicamente contemplado en una medida (**medida 1.2.1**) que contempla: Establecer, unificar y sistematizar criterios para determinar el interés superior del Niño entre los distintos poderes del Estado y administraciones, incorporándose a la próxima revisión legislativa sobre protección a la infancia, (revisión y actualización que a su vez se corresponde con la medida 4.1)

#### 1.-- Derechos y libertades civiles:

#### ► **ACCESO A INFORMACIÓN ADECUADA**

**Recomendación del CDN:** Seguir con la labor de promover la existencia de medios de comunicación de calidad, que contribuyan a la alfabetización digital de los niños.

Medida 3.4 del II PENIA : Acceso a Internet, fomentar acciones de sensibilización y formación dirigidas a la infancia y adolescencia, las familias y el profesorado dirigidas a mejorar **el acceso a Internet para todos** y su buen uso.

Medida 3.4.2. Aprendizaje nuevos lenguajes TIC, acceso contenidos educativos online....basados en principio de accesibilidad universal, diseño para todos, **evitando cualquier tipo de exclusión digital o desigualdad en el acceso** y uso de las TICs que pudiera traducirse en una doble discriminación.

#### ► **ENTORNO FAMILIAR**

**Recomendación del CDN:** Que se vele por que se satisfagan las necesidades de todos los niños y que adopte todas las medidas necesarias para asegurar que ningún grupo de niños viva por debajo del umbral de pobreza. El Comité recomienda reforzar el sistema de prestaciones familiares y por hijo para apoyar a los padres y a los niños en general y que preste apoyo adicional a las familias monoparentales, las que tienen muchos hijos y aquellas cuyos padres están desempleados.

El II PENIA dedica todo el Objetivo 2 "Apoyo a las familias" a "Avanzar en la promoción de políticas de apoyo a las familias en el ejercicio de sus responsabilidades en el cuidado, la educación y el desarrollo integral de los niños y facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar". Incluye medidas de impulso del ejercicio positivo de las responsabilidades familiares, para favorecer la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, atención integral a las familias y a los menores de edad en situación de exclusión social y la colaboración con ONG's para entre otros objetivos apoyar a familias o tutores que se encuentran en situación de especial dificultad o vulnerabilidad social.

#### ► **SOBRE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD**

**Recomendación del CDN:** Fortalecimiento, promoción y protección de los derechos.

Existen varias medidas incorporadas en casi todos los objetivos del II PENIA, en relación a los niños y niñas con discapacidad, dada la transversalidad del principio de no discriminación en todas las medidas. Específicamente citaremos las siguientes:

**Medida 1.2.10.-** "Propuesta de aprobación de un Plan Integral de atención para los menores de tres años con graves discapacidades"  
Evitar la exclusión digital o cualquier tipo de discriminación en el uso de las nuevas tecnologías se desarrolla en la **Medida 3.4.2**, y con la **Medida 3.7.3** se busca: Difundir una imagen social adecuada de los *niños con discapacidad* evitando estereotipos o ideas preconcebidas.

#### ► **SOBRE LA SALUD**

**Recomendación del CDN:** Desarrollo de políticas de salud mental infantil.

El Comité alienta a investigar en el campo de la psiquiatría infantil, prestando especial atención a los determinantes sociales de la salud y los trastornos mentales.

**El Objetivo 7 del II PENIA se dedica a la "Salud Integral": "Promover acciones para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud de la infancia y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables".**

En concreto la **Medida 7.11.-** "Equidad en salud desde el principio garantizando un buen comienzo en la vida de los niños para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud" contiene seis submedidas sobre equidad entre las cuales destacamos:

7.11.1. Reorientar el sistema sanitario hacia la equidad en salud con inclusión de los servicios de promoción y prevención, garantizando la equidad en el

acceso y la calidad de los servicios sanitarios empezando por el embarazo e infancia.

7.11.2. Iniciar la formación en equidad en salud sensibilizando a la población y al sector sanitario sobre la importancia de los determinantes sociales en la salud.

7.11.3 Promover acciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud, a lo largo de todo el gradiente social.

7.11.4. Priorizar la prevención y la detección temprana de aquellas condiciones fuertemente relacionadas con las desigualdades en salud.

La **Medida 7.9** trata de la Salud Mental y otros problemas de salud infanto - juvenil, con dos medidas muy concretas (**7.9.1 y 7.9.2**) en las que se concreta el diseño de un Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil, con especial atención a aquéllos con especial vulnerabilidad.

#### ► **SOBRE EL NIVEL DE VIDA DE LA INFANCIA**

**Recomendación del CDN: Políticas contra la pobreza infantil y acciones contra la exclusión a la infancia.**

**En el II PENIA figuran las siguientes medidas:**

**Medida 4.2.6.-** Impulsar líneas de investigación sobre pobreza infantil en España y, en concreto, sobre su persistencia y transmisión intergeneracional.

**Medida 4.20.- Propuesta de modelos de intervención para combatir la pobreza infantil:** Elaboración de un instrumento práctico, con la participación de niños y adolescentes y actores clave, para definir los modelos de intervención con la población infantil excluida.

**Medida 4.21.- Incorporar la pobreza infantil como objetivo estratégico prioritario** en los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social teniendo en cuenta los Programas Nacionales de Reformas anuales en el marco de la Estrategia Europa 2020.

#### ► **SOBRE LA EDUCACIÓN, ESPARCIMIENTO Y CULTURA**

**Recomendación del CDN: El Comité recomienda al Estado para que vele por el derecho de todos los niños a una verdadera educación incluyente que garantice la plena participación de los niños de grupos desfavorecidos, marginados y alejados de las escuelas.**

**Recomendación del CDN: Formación profesional para niños que hayan abandonado la escuela sin titulación**

**Recomendación del CDN: Asegurar educación inclusiva**

La Educación de Calidad, viene recogida en el **Objetivo 6 del II PENIA** con la siguiente redacción: **"Garantizar una educación de calidad para todos caracterizada por la formación en valores, la atención a la diversidad, el avance en la igualdad con perspectiva de género y de discapacidad, la interculturalidad, el respeto a las minorías, la promoción de la equidad y la compensación de desigualdades favoreciendo, mediante una atención continuada, el desarrollo de las potencialidades de la infancia desde los primeros años de vida"**

Medida 6.1.- "Consolidar la gratuidad del segundo ciclo de educación infantil desde los tres años de edad y la atención temprana a menores con discapacidad para el desarrollo al máximo de sus capacidades.

Medida 6.5.- Becas y ayudas al estudio y Medida 6.7, "establecer mecanismos de cooperación entre las Consejerías de Bienestar Social y Educación de las CCAA para la atención específica o de apoyo a niños escolarizados procedentes de familias o zonas socialmente deprimidas, en situación de riesgo..

Las medidas relacionadas con la formación profesional son la **medida 6.10** ("Facilitar el acceso de las y los jóvenes a cualquier tipo de profesión sin discriminación por razón de género") y la **6.16 sobre educación no formal**

Sobre la educación inclusiva, con el título del propio objetivo 6, se puede deducir que se trata de una de sus finalidades. Así se concreta en la **medida 6.3 sobre la diversidad del alumnado**, o la **6.11 sobre integración de alumnado extranjero**, entre otras.

#### **ENLACES DE INTERÉS**

II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013 - 2016

[http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/II\\_PLAN ESTRATEGICO\\_INFANCIA.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf)

UNICEF: La infancia en España 2012 - 2013. El impacto de la crisis en los niños

[http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia\\_2012\\_2013\\_final.pdf](http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia_2012_2013_final.pdf)

UNICEF: Bienestar infantil en los países ricos: un panorama comparativo

[http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Bienestarinfantil\\_UNICEF.pdf](http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Bienestarinfantil_UNICEF.pdf)

Observaciones Generales del Comité de Derechos del Niño, de Naciones Unidas

<http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/crc/>

Observatorio de desigualdades en la salud

<http://www.ods-ciberesp.org/>

Estrategia Nacional de Equidad en Salud. MSSSI

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Guia\\_metodologica\\_Equidad\\_EPAs.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf)

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/JornadaPresent\\_Guia.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/JornadaPresent_Guia.htm)

Joint Action Equity

[http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/projects/equity\\_action/#Introduction](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHEQUITY/EN/projects/equity_action/#Introduction)

OMS

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>

El impacto de la crisis en las familias y en la infancia

<http://xarxainclusio.org/wp-content/uploads/2012/11/ndp-el-impacto-de-la-crisis-en-las-familias-y-en-la-infancia-os-la-caixa.pdf>

## 3ª MESA REDONDA: Avances y controversias en protección a la infancia

### Presentación del Coordinador: Antonio Muñoz Hoyos

*Pediatra. Catedrático de Pediatría Universidad de Granada. Director de la UGC de Pediatría, Complejo Hospitalario de Granada*

Un simple análisis de datos, ya sean internacionales, o nacionales, pone rápidamente de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en temas de protección, en los distintos ámbitos y competencias que la problemática plantea. No cabe duda que desde que se definió al niño como un ente jurídico con personalidad propia (sujeto de derecho), el progreso ha sido continuo, pero a todas luces insuficiente. En consecuencia, es normal que surjan importantes controversias que deben servir como plataforma de reflexión entre los profesionales e instituciones implicadas. En esta mesa redonda vamos a discutir acerca de dos aspectos claves de esta importante problemática: a) El Maltrato Infantil: logros y dificultades y b) La Protección Infantil: logros y dificultades.

Para UNICEF, "protección de la infancia" se refiere a las labores de prevención y respuesta a la violencia, la explotación y el abuso contra niños y niñas, como por ejemplo la explotación sexual, la trata, el trabajo infantil y prácticas tradicionales perniciosas como la mutilación/excisión genital de la mujer y el matrimonio en adolescente. Los programas de protección de la infancia de UNICEF también están dirigidos a los niños y niñas especialmente vulnerables a esos abusos, como los que no reciben la supervisión de sus progenitores, han transgredido las leyes o viven en conflictos armados. Actualmente se acepta que en todos los países se conculca el derecho de la infancia a la protección, un grave obstáculo, poco reconocido y denunciado, para su supervivencia y desarrollo, y una violación además de sus derechos humanos. Los niños y niñas sometidos a la violencia, la explotación, el abuso y el abandono corren peligro de muerte, de sufrir deficiencias físicas y mentales, de contraer el VIH/SIDA, de tener problemas educativos, de quedar desplazados, de carecer de vivienda y empleo, y de no haber podido adquirir las aptitudes adecuadas para criar a sus hijos.

La creación de un ambiente protector para la infancia que ayude a prevenir y responder a la violencia, el abuso y la explotación incluye ocho elementos esenciales:

- 1) Fortalecer el compromiso y la capacidad del gobierno de satisfacer el derecho a la protección de la infancia.
- 2) Fomentar la sanción y aplicación de normas judiciales adecuadas.
- 3) Contrarrestar las aptitudes, costumbres y prácticas perjudiciales.
- 4) Promover un debate franco y abierto sobre estas cuestiones que incluya a los medios de comunicación y los aliados de la sociedad civil.
- 5) Desarrollar las aptitudes necesarias para la vida práctica, así como los conocimientos y la participación de niños y niñas.
- 6) Fomentar la capacidad de las familias y comunidades.
- 7) Prestar servicios esenciales de prevención, recuperación y reintegración, incluidos la salud básica, educación y protección
- y 8) Establecer y ejecutar medidas constantes y eficaces de seguimiento, presentación de informes y supervisión.

Sobre estos aspectos nos van a plantear cuestiones esenciales los Dres. Antonio Gancedo Baranda y Angel Cortés Lozano •

## MALTRATO INFANTIL: LOGROS Y DIFICULTADES

**Antonio Gancedo Baranda**

*Pediatra. Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

### Antecedentes

El maltrato infantil acompaña a la humanidad desde sus orígenes. Existe en cualquier lugar, cultura, época, etnia, etc. Desde antiguo es conocida la violencia inflingida contra los niños, expresándose en formas a cual más cruel. En la antigua Roma, no es hasta el siglo IV después de Cristo, cuando se castiga el infanticidio. Hasta ahí, el menor en dicho imperio, expresión del mundo civilizado conocido entonces, era sometido a esclavitud, abuso sexual constante, castración, etc. Comienzan a ser hitos de protección en la infancia, el surgimiento de los bautismos cristianos públicos y el uso de cunas, en cuanto a socializar al menor y protegerle frente a una de las maneras más habituales de asesinar a los menores, cual era su aplastamiento en el lecho matrimonial.

Desde antiguo conocemos médicos que iniciaron el estudio de las lesiones no accidentales infantiles: Rhazes, Zauchius y Bonet. Pero no es hasta el s. XIX, con Ambroise Tardieu, profesor de Medicina Legal de la Universidad de París, cuando se inicia una aproximación médica al maltrato infantil (MTI). Tardieu en 1857 y 1860, escribe dos libros: *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs* y *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*. En el primero describe 632 casos de abusos sexuales en niñas y 302 en niños, refiriendo los signos físicos acorde a la severidad del abuso; en el segundo se adelanta en un siglo a la descripción que haría H. Kempe del Síndrome del niño golpeado. Posteriormente en 1862, escribe *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité*, donde señala las terribles condiciones de trabajo de los niños en las fábricas y en las minas. Consiguiendo junto a otros autores que se empezaran a elaborar las primeras leyes de protección laboral a la infancia.

Posteriormente, con una sociedad que ha sufrido la Segunda Guerra Mundial y que comienza a visibilizar a la infancia, surgen los trabajos de radiólogos, pediatras, preventivistas como Caffey, Silverman, Wooley, Evans, etc, los cuales establecen tipologías, lesiones específicas, autores, etc. En 1961 surge la figura señera de Henry Kempe, y en la Academia Americana de Pediatría, explica el Síndrome que lleva su nombre y en el que establece las bases del conocimiento, estudio y protección de los niños maltratados.

### Logros

Al igual que con Tardieu, tras la descripción de Kempe, surgen las primeras leyes de protección integral a la infancia. Es cierto que la precursora de Naciones Unidas, la Sociedad de Naciones, en Ginebra en 1924 elaboró la primera declaración de derechos del niño, pero la inestabilidad del periodo de interguerras, frustró su asimilación.

La Constitución Española establece, en el artículo 39, la protección social, económica y jurídica de la familia y la

protección integral de los hijos, junto con la aceptación de las normas internacionales de protección a la infancia. El 20 de noviembre de 1989, Naciones Unidas reconoce los derechos universales de los niños, en forma de la Convención de Derechos del Niño (CDN). España la ratifica un año después y la integra como cuerpo de Ley. En la CDN, se considera niño al menor desde el nacimiento hasta los 18 años, se fundamenta en el interés superior del menor, la no discriminación, el fomento de la supervivencia y del desarrollo infantil, junto con el estímulo de la participación infantil. Posteriormente en Europa el Parlamento Europeo, en 1992 establece la carta de derechos del niño, y España, en 1996, promulga la Ley Orgánica de 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, que desarrolla la CDN. También las CCAA, han elaborado leyes de Protección a la infancia. Pese a ello el MTI, persiste.

El síndrome del niño golpeado, ha derivado en la constitución de un cuerpo de conocimiento médico sólido y confirmado. Se han elaborado distintas definiciones del MTI, que intentan completar el concepto y favorecer su tratamiento y atención. Se han establecido distintas tipologías clásicas y se han descrito los distintos factores de riesgo, indicadores verbales, comportamentales, físicos, pruebas complementarias, tratamiento médico, psicológico y atención por parte de los Servicios Sociales.

Multitud de Estudios epidemiológicos, dan una idea del número de menores afectados por este fenómeno. Destacando el elaborado por la región Europea de la OMS en el presente año y que señala la escalofriante cifra de 852 menores muertos cada año a causa del MTI.

Distintas teorías intentan explicar la génesis del MTI, desde las iniciales, en que se achacaba la causa a la patología mental del maltratador, hasta los modelos de interacción social como los de Belsky, Vasta o Wolfe.

También las consecuencia psicobiológicas del MTI, han comenzado a aportar datos significativos, tales como alteraciones en hipocampo, amígdala, cortex, etc, también en el ADN de los afectados, explicando comportamientos, dificultades psicosociales, patología psiquiátrica, incluso patología tipo obesidad, jaquecas, enfermedades cardiovasculares en los menores maltratados.

Todo este volumen de información se ha reflejado en la publicación de numerosos artículos en relación con el tema que nos afecta en revistas pediátricas, de atención primaria, salud pública, psicología, psiquiatría, sociología, etc. Destaca la revista americana, editada desde 1977, *Child Abuse and Neglect* y que es referencia obligada para estar al día en todo lo publicado sobre MTI.

La progresiva concienciación de la Sociedad, sobre la infancia maltratada ha hecho surgir organizaciones no gubernamentales que favorecen el buen trato al menor y el abordaje completo de los menores afectados, es ejemplo la Federación de Asociaciones para la prevención del Maltrato Infantil (FAPMI).

La tecnología y la presencia de violencia entre pares, fenómenos considerados recientemente, se conjuntan para establecer nuevas formas de MTI. Es precisamente su reciente atención la que promueve estudios y

tratamientos específicos.

Actualmente el abordaje tanto terapéutico como de integración social del MTI, obliga a la implicación de educadores, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, forenses, psiquiatras, Fuerzas de Seguridad del Estado, jueces, etc. Toda esta labor, en conjunción con las instituciones, enmarca una infancia, por lo menos en nuestra nación, protegida y encaminada a generar una sociedad más feliz y justa.

### **Dificultades**

Toda empresa humana conlleva dificultades y el manejo del MTI, no es ajeno a ellas. Partiendo de los logros, permanecen elementos que han de perfeccionarse aún más para conseguir el objetivo final de la erradicación total del MTI.

Una de las dificultades son las distintas definiciones del MTI, que por su diversidad pueden ofrecer falsos positivos o falsos negativos en situaciones complejas. También se perjudica la elaboración de estudios epidemiológicos que pueden presentar amplitudes que pueden desenfocar la auténtica prevalencia o incidencia del MTI. Un ejemplo sería la prevalencia del Abuso sexual infantil en Europa, que oscila en la mujer del 7-36% y en los hombres del 3-29%. Deriva de estas diferencias la dificultad en establecer políticas generales de protección a la infancia, elaboración de protocolos de tratamiento, etc.

Pese a ser la mayoría médicos, quienes establecieron el concepto de MTI, actualmente nos encontramos que los médicos y en especial los pediatras, solo diagnostican los casos severos y graves de menores maltratados. Un estudio hecho en Barcelona a finales de los 90, reflejaba que los pediatras eran los que menos casos de MTI detectaban, por detrás de los educadores, psiquiatras y trabajadores sociales. Numerosos factores se conjuntan para desplazar a los pediatras de una posición necesaria para conseguir la mejor salud de la infancia. Destacan: Predominio de una concepción meramente biologicista, con sus implicaciones en la formación respecto al MTI, su manejo, el referirlo solo a ser un tema equivocadamente psicológico o social, las implicaciones personales, etc; temor a las consecuencias judiciales, el mantener un concepto de medicina paternalista; el no querer ver al menor como una persona dotada de derechos, etc. Otro aspecto en el que el Pediatra se ve inseguro es en el manejo del menor que ha sido maltratado y que acude a consulta y se encuentra o bien institucionalizado o en una familia de acogida.

La violencia siempre se ha centrado en los más débiles de la sociedad, es decir: Ancianos, mujeres y niños. Respecto al maltrato al anciano en nuestra sociedad occidental es un tema de una importancia extraordinaria, pero invisible a los ojos y sentir de nuestra sociedad. Con respecto a las mujeres, la exposición de la violencia de género, ha conllevado a la Violencia contra la mujer en la pareja (VCMP). Los menores en los que su madre sufría VCMP, hasta hace escasos meses eran considerados como meros testigos de la violencia hacia su madre, sin que esta situación fuese considerada perjudicial para su evolución. Desde los trabajos realizados por pioneros como Wolak o Kitzmann, se ha establecido claramente

que los menores afectados, sufren todas las posibles tipologías de MTI, con severas consecuencias en su salud tanto presente como futura.

### **Conclusiones**

Los Pediatras debemos ampliar nuestra concepción de la enfermedad y en la atención al enfermo. Debe predominar una visión bio-psico-social, en detrimento de la exclusivamente biologicista. Dicho cambio beneficiará nuestra manera de entender al menor y a su familia, de favorecer y agilizar nuestras interconsultas con otros profesionales, y aumentar nuestra formación en un fenómeno tan complejo como es el MTI, y así lograr una infancia más sana y feliz •

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Roche A J, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*.2005;29:325-334
- Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neurobiología del maltrato infantil: el "ciclo de la violencia". *Rev Neurol*.2011;52(8):489-503
- European report on prevention child maltreatment. Copenhagen, WHO Regional office for Europe. 2013. Disponible en <http://www.euro.who.int> , consultado 12 noviembre 2013
- Atenciano B. Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *An Psicol*. 2009;20(3):262-272

## Protección: Logros y Dificultades

**Angel Cortés Iozano**

*Pediatra, Rl. Casa de los Niños, Instituto Madrileño de la Familia y el Menor*

### Definición

Podemos entender por "Protección infantil" como el conjunto de las diferentes actividades (sociales, sanitarias, jurídicas, educativas,...) encaminadas a garantizar el adecuado desarrollo integral (biopsicosocial) de los niños y niñas. Estas actividades deben basarse en unos "principios fundamentales", derivados de los tratados y legislación vigentes, y entre los que destacamos:

- Superior interés del menor. Prevalciendo siempre el "derecho del menor" sobre los derechos de los demás en caso de conflicto. Incluyo también aquí el derecho a ser oído y a participar en la toma de decisiones que le afecten.
- Mantenimiento del menor en el medio familiar de origen, siempre que sea conveniente. Proporcionar apoyo familiar para el cumplimiento de las obligaciones parentales.
- Prevención de situaciones que perjudiquen el desarrollo adecuado de los menores, desarrollando programas concretos y permanentes, y sensibilizando a la sociedad en el conocimiento de estas situaciones.
- Necesidad de un trabajo multidisciplinar, con complementariedad de los diferentes niveles de protección, desde la propia familia, pasando por todas las administraciones con competencia en protección infantil.
- Cuando sea necesaria la separación del menor de su familia de origen, se deberán dirigir los esfuerzos para intentar la reunificación. Si esto no fuera posible, se le proporcionará otro entorno familiar, ya sea en familia extensa o ajena.

### Historia y desarrollo legislativo de la Protección Infantil en España

Hasta finales del siglo XIX, a los niños de familias más desfavorecidas, que eran la inmensa mayoría, se les consideraban como "personas pequeñas", siendo utilizadas como mano de obra barata externa, o bien como ayuda para tareas domésticas, agrícolas, cuidado de hermanos más pequeños en el caso de las niñas, siendo "propiedad" sobre todo del padre de familia. Esta situación en España era de las peores dentro de los países europeos.

A partir de esta época, algunos juristas interesados en proteger a la infancia, comenzaron a exigir reformas, apareciendo en el año 1904, la **Ley General de Protección a la Infancia**, en la que dentro de su articulado se abordaba: la lactancia mercenaria, protección a la mujer embarazada, inspección de los centros en los que se recojan niños, trabajo infantil, denuncia y persecución de los delitos contra menores, amparo de los niños abandonados, corrección de los llamados anormales, etc., aplicada a los menores de 10 años. Aunque el cumplimiento de esta primera ley no era todo lo deseado, fue el comienzo de la legislación en materia de protección infantil en España.

Dando un "salto en el tiempo", actualmente los principios del régimen jurídico de los menores y su protección, se

encuentran en la **Constitución Española de 1978**. Concretamente en el Capítulo III del Título I, se hace mención de "la obligación de los padres a prestar asistencia de todo tipo a sus hijos" y a "la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, y dentro de ésta, de los menores". A esto se sumó en 1990, la ratificación por parte de España, de **La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989**.

En aplicación de estos principios establecidos en la Constitución Española y en la Declaración de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, los legisladores los han ido plasmando en las sucesivas leyes que han ido apareciendo desde entonces:

■ **Ley 7/1985**. Reguladora de las Bases de Régimen Local, en la que se transfiere a Comunidades Autónomas y Municipios, las competencias en materia de prestación de servicios sociales y de promoción e inserción social.

■ **Ley 21/1987**. Por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción:

- Crea la **figura del "acogimiento familiar" de menores**, por la que los menores que carezcan de familia apta para atender sus necesidades básicas, o que simplemente no la tengan, pueden criarse, desarrollarse y crecer en todos los sentidos en el seno de otra familia que les acoja; dando otra alternativa a la institucionalización, como se hacía hasta entonces.
- Cambio de terminología de "situación de abandono" por "**situación de desamparo**", por lo que se amplían las situaciones en las que el menor puede necesitar ayuda, definiendo esta situación como "la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material".
- **Concreta todavía más las competencias en materia de protección de menores de Comunidades Autónomas**, a través de los Servicios Sociales junto con los Ayuntamientos, permitiendo a las primeras ejercer la tutela de los menores.
- Establece la **figura de la guarda**, como una institución de protección, que puede ser asumida por la administración a petición de padres, tutores o juez, o formando parte de la tutela.
- Modifica la legislación civil en materia de adopción.

■ **Ley Orgánica 1/1996** de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

- Diferenciación entre "situación de desamparo" y "**situación de riesgo**", definiendo ésta como "aquellas situaciones de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de tutela por ministerio de la ley". Esta nueva situación permite disminuir los factores de riesgo y dificultad social en que se encuentra el menor, "**promoviendo la protección dentro de la familia**": "una vez apreciada la situación de riesgo. La entidad pública competente en materia de protección de menores, pondrá en marcha las actuaciones perti-

nentes para reducirla y realizará el seguimiento de la evolución del menor en la familia. Por ello se habla ya de "**Prevención Primaria**" de los factores de riesgo y "**Detección Precoz**" de las situaciones de riesgo, para evitar llegar a situaciones de desamparo.

- Dio entrada a la **Adopción Internacional**, completándose y mejorándose posteriormente con la Ley de adopción internacional de 2007.

- **Ley Orgánica 4/2000** sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social;

- Con reglamentación en lo relativo a menores extranjeros no acompañados (MENA).

- En diciembre de 2008, se constituyó en el Senado la denominada "**Comisión Especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines**". Esta comisión emitió un informe con algunas sugerencias que dieron lugar a un Proyecto de Ley, que actualmente está pendiente de elaborar. Esta futura Ley entre otras cosas obliga a:

- **Potenciar el acogimiento familiar sobre el residencial.**

- Plantear el prever por ley que los menores de 6 años, o al menos en primer plazo, **los menores de 3 años no vivan en acogimiento residencial.**

- Valorar el acogimiento residencial como necesario, en situaciones como en el caso de menores extranjeros no acompañados y en menores con graves trastornos de conducta, para los que **debe habilitarse centros especializados con programas especiales.** Podría también necesitar este tipo de acogimiento otros grupos con especiales dificultades, como menores con graves problemas de salud, grupos de hermanos, mayores de 6 años, etc.

- **Potenciar la captación de familias de acogida y adopción,** dada la escasez de ellas.

- **Potenciar la preparación y seguimiento posterior de las familias acogedoras, con apoyo técnico y ayudas económicas.**

- Reconocer el "**acogimiento profesionalizado**", entendiéndolo como el realizado por aquellas familias que hacen del acogimiento su principal actividad profesional. Y también el "**acogimiento especializado**" por aquellas familias que tienen una cualificación y formación, para abordar el acogimiento de menores con problemas de salud, discapacitados, etc.

- **Mejorar la transversalidad y la coordinación entre las distintas consejerías con competencias que afecten al superior interés de menor,** tales como salud, educación, etc.

- **El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016),** constituye un marco de cooperación de todas las administraciones públicas, junto con otros agentes sociales, siendo uno de los objetivos de este Plan "**el de potenciar la atención e intervención social a la infancia en situación de riesgo, desprotección, discapacidad o exclusión social, estableciendo criterios compartidos de calidad y prácticas susceptibles de evaluación**".

esta novedad jurídica, el sistema de protección de menores dispone de 2 tipos de acogimiento: el familiar y el residencial.

### **Breve historia del Acogimiento familiar y residencial**

Los antecedentes históricos del acogimiento familiar, se remontan hacia el siglo XVIII, donde había una "regulación para la recogida de los niños abandonados", los que eran cuidados por nodrizas a cambio de un sueldo hasta la edad de 7 años. En el siguiente siglo la Ley de Beneficencia de 1822, regulaba el prohijamiento de niños desamparados por familias, de forma más o menos permanente. En el siglo pasado, la Ley de Tribunales Tutelares de Menores de 1948 regulaba algo más este tipo de acogimiento, aunque todavía con poca eficacia.

Los inicios del acogimiento residencial se remontan a la Edad Media, existiendo instituciones que atendían a niños abandonados, desde entonces han tenido muchos nombres: Casa Cuna, Hospicios, Orfanatos, Inclusas, etc., en ellos los menores acogidos vivían apartados del resto de la sociedad y solían ser dependencias de los denominados entonces hospitales.

En el siglo pasado, en la década de los 80, con las transferencias de la protección infantil hacia las comunidades autónomas, se inicia una transformación de estas residencias. En aquel momento eran grandes centros cerrados, autosuficientes (en materia de educación, sanidad, ocio, etc.), que satisfacían las necesidades más elementales de los menores que allí vivían, con empleados poco profesionalizados, y motivos de ingreso poco claros donde los menores podían permanecer toda su infancia hasta la mayoría de edad.

En estos años disminuye en tamaño de estos centros, llegando a capacidades de 30-40 menores, o bien cambiando su organización interna en secciones de pocos niños diferenciadas por edades. Comienza una profesionalización de los educadores, que serán más estables y de referencia para el establecimiento de relaciones afectivas. Dejan de ser autosuficientes, utilizando los recursos comunitarios, normalizando así la vida cotidiana de los niños ingresados. La estancia se convierte en transitoria, teniendo como objetivo el retorno a su familia de origen o búsqueda de una familia alternativa.

A partir de los 90, debido al cambio en las necesidades de los menores en acogimiento residencial, con aparición de los menores extranjeros no acompañados, adolescentes con problemas de conducta o de salud mental, menores infractores, etc. Se plantea la necesidad de especializar algunos centros para satisfacer estas nuevas demandas.

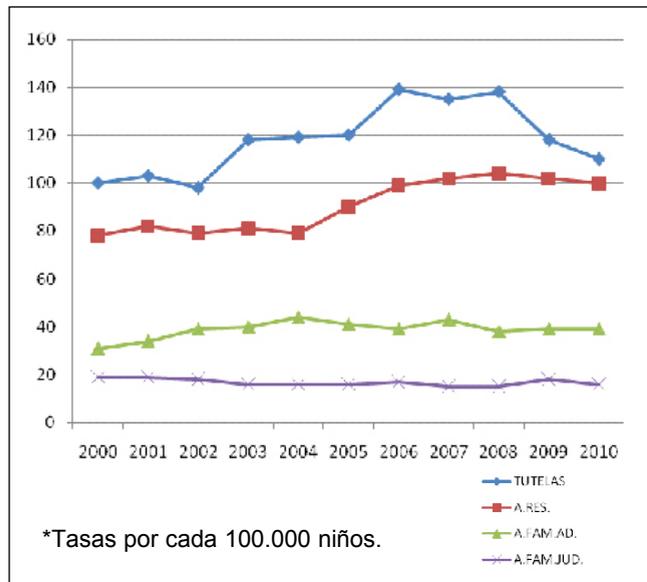
### **Actualidad del acogimiento familiar y residencial**

Los datos estadísticos de los últimos años sobre medidas de protección en la infancia, muestran un claro predominio del acogimiento residencial sobre el acogimiento familiar, incluso con tendencia al alza en los últimos años, quedando muy lejos de lo esperado tras los cambios legislativos comentados. Además, en contra del acogimiento residencial sabemos que, **las instituciones no son un entorno adecuado para el desarrollo integral de los menores** (intelectual, académico, social y emocional), existiendo incluso patología relacionada con la propia institucionalización, como demuestran numerosas publicaciones. Por

## **ACOGIMIENTO DE MENORES**

Como ya se ha comentado, la figura del acogimiento legalmente constituido, surgió tras la aparición de la Ley 21/87, modificada posteriormente por la Ley Orgánica 1/96. Con

**Gráfico 1:** Seguimiento anual de altas en medidas de protección adoptadas en España



otra parte existe también un alto coste económico del acogimiento residencial frente al familiar (barajándose cifras entorno a 3000 euros mes/niño, frente a los 800 del menor en una familia acogedora, estando a la espera del presupuesto para acogimientos profesionalizados). Una explicación para estas cifras estadísticas podría ser que el **acogimiento residencial es una figura que es más fácil de organizar y gestionar**, ya que muchos de estos recursos están gestionados por entidades colaboradoras concertadas.

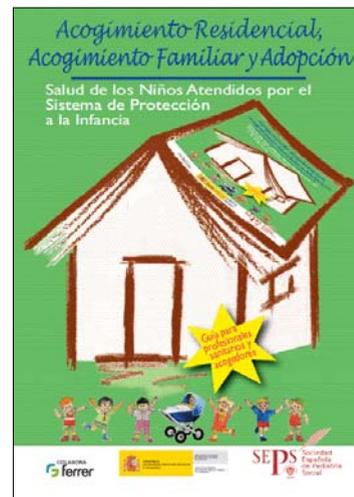
Buscando explicaciones más centradas en el acogimiento familiar, existe una gran dificultad en la captación de familias para acogimiento. Este proceso no sólo consta del ofrecimiento de una familia dispuesta a hacerse cargo de un menor, sino que consiste en un complejo proceso profesionalizado de captación, formación, valoración de idoneidad, decisiones sobre asignación de la familia adecuada, seguimiento y apoyo, para lo que se precisan recursos y personal especializado. Este proceso es necesario para todos los tipos de acogimiento, tanto temporales (urgencia y temporales propiamente dichos), como los permanentes o profesionalizados.

Otro dato a destacar en España, es que el 75-80% de los acogimientos familiares, se hacen con lo que se llama familia extensa (abuelos, tíos, ..), que en principio sería una buena opción para el menor, que conserva lazos familiares, cultura, etc. Aunque en ocasiones, la problemática que provocó el desamparo afecta también a la familia extensa, añadiéndose que no hay una intervención profesional completa con esta familia extensa, ni existe posteriormente un seguimiento adecuado del acogimiento.

En los últimos años se han conseguido muchos logros, sobre todo a nivel legislativo, que han permitido muchos cambios en el sistema de protección. Hay diferencias en la puesta en marcha de estas mejoras entre diferentes comunidades autónomas, consiguiendo en algunas cotas muy bajas de acogimiento residencial en niños pequeños. Esperemos que el futuro proyecto de Ley comentado, salga del "cajón", sea aprobado de la forma que corresponda, y obligue, con los presupuestos correspondientes, a que las sugerencias descritas en su articulado, sean de obligado cumplimiento, en el plazo que corresponda, por todas las comunidades autónomas.

**BIBLIOGRAFÍA**

■ Cortés A, Díaz Huertas JA, Rivera M, Muñoz A et al. (2012). Salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia: acogimiento residencial, familiar y adopción, Guía para profesionales sanitarios y acogedores. Sociedad Española de Pediatría Social. Disponible en: <http://pediatria-social.com/Documentos/guiaSEPSacogimiento.pdf>



■ Ley 21/87, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.

■ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

■ Informe de la Comisión Especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. Boletín Oficial de las Cortes Generales, serie I. nº 545, 17 de noviembre de 2010.

■ Observatorio de la Infancia. Estadística Básica de medidas de protección a la infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2010.

■ Il Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Dirección General de Servicios para la familia y la infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

■ Delgado Ayuso F. La insoportable levedad del acogimiento de menores- 25 años de la ley 21/1987. Cuadernos Pediatría Social nº 17. pp 4-7. Junio 2012.

■ Palacios J. Protección de la infancia desamparada en España: "La irresistible tentación de la facilidad". Cuadernos Pediatría Social nº 17. pp 8-12. Junio 2012.

■ Estándares de calidad en acogimiento residencial. EQUAR 2012. Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad.

■ Centros de Atención a la Infancia (CAI) 2003. Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

■ Manual de Intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores. 2008.

■ De Arana Amurio J. Historia de la inclusa de Madrid. Cuadernos de Historia de la Pediatría Española. Nº 4 pp 20-31. Diciembre 2012.

■ Santos Sacristán M. Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918).

■ De Paul Ochotorena J. La intervención psicosocial en protección infantil en España: evolución y perspectivas. Papeles del psicólogo 2009 vol. 30(1), pp 4-12.

■ Del Valle J y cols. El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. Papeles del psicólogo. 2009 vol. 30(1), pp 33-41.

■ Bravo A y cols. Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. Papeles del psicólogo, 2009 vol. 30(1), pp 42-52.

## 4ª MESA REDONDA: Cooperación Internacional

### Presentación del Coordinador: Mercedes Rivera Cuello

*Pediatra, U. Gestión Clínica de Pediatría. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga - Axarquía*

Las iniciativas de cooperación internacional desde el ámbito sanitario son una realidad cada vez más frecuente en nuestro medio. Son muchos los profesionales que dedican parte de su tiempo a trabajar o colaborar con proyectos sanitarios de diferente índole en países en desarrollo, y también, cada vez más los MIR que demandan formación e información en esta línea.

Sin embargo, son pocas las oportunidades de formación en estos aspectos fuera de las que ofrecen de forma reglada las grandes ONGs sanitarias (Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, etc...) a sus cooperantes y algunos máster y diplomas universitarios de cooperación al desarrollo y medicina tropical.

La Pediatría supone en este campo de la medicina, una de las especialidades más demandadas, dada las altas tasas de natalidad que se mantienen en los países de baja renta, así como, la elevada prevalencia de desnutrición y enfermedades infecciosas que siguen condicionando altas tasas de mortalidad en menores de 5 años.

En este contexto, son muchas las iniciativas que van surgiendo en nuestro país, en el seno de las diferentes sociedades científicas, a propósito de abarcar dentro de la formación e ideario de las mismas los temas de cooperación.

Atendiendo a estas inquietudes, y como no podía ser de otra forma en este foro, se incluyó una mesa que contemplase esta temática y plantease diferentes aspectos de la cooperación sanitaria. La idea que planteamos es acercarnos a esta realidad de la pediatría desde dos perspectivas: por un lado, la experiencia en el terreno, para lo que contamos con el Dr. Luis Prieto Tato miembro del grupo de cooperación de la SEIP, y por otro, los objetivos y/o la línea estratégica que la cooperación sanitaria tiene que ir siguiendo e implementando a la luz de los logros alcanzados y las necesidades detectadas, para lo que contamos con la Dra. Maite Aranzabal Agudo miembro del grupo de cooperación de la AEP. Ambos ponentes tienen una dilatada experiencia en cooperación en diferentes países tanto en la gestión como la ejecución de proyectos sanitarios, así como, en proyectos de investigación y es un placer y un honor para mí compartir esta mesa con ellos •

### Experiencias en Cooperación

#### Programa de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH en Guinea Ecuatorial

**Presentado por: Luis Prieto Tato**

**Prieto LM<sup>a</sup>, Rojo P<sup>b</sup>, Obiang J<sup>c</sup>, Molongua I<sup>d</sup>, Ncogo P<sup>e</sup>, Abad C<sup>b</sup>, Avellido P<sup>b</sup>, Vargas A<sup>f</sup>.**

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España.

<sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

<sup>c</sup> Servicio de Pediatría, Hospital General de Bata, Bata, Guinea Ecuatorial.

<sup>d</sup> Servicio de Pediatría, Hospital General de Malabo, Malabo, Guinea Ecuatorial

<sup>e</sup> Centro de Referencia de Control de Endemias, Malabo, Guinea Ecuatorial.

<sup>f</sup> Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

En el año 2012 más de 35 millones de personas vivían con la infección por el VIH en el mundo<sup>1</sup>. Sin embargo, y a pesar de esta alta prevalencia, se han realizado grandes avances en el control de la epidemia por VIH en los últimos años, lo que se ve reflejado en una dis-

minución del número de infecciones por VIH en la última década, de 3.4 millones de personas en 2001 a 2.3 millones en 2012. En el caso de la infección por VIH en los niños, este dato es todavía más positivo, con 260.000 niños infectados en 2012, lo que significa una reducción de hasta un 53% respecto a 2001<sup>1</sup>.

En la infancia, la gran mayoría de las infecciones se producen por transmisión vertical del virus de una madre infectada al niño durante la gestación, parto o por lactancia materna. En caso de no tomarse ninguna medida, y cuando el método de alimentación del recién nacido es la lactancia materna, hasta el 25-40% de los recién nacidos resultan infectados.

Actualmente existen las medidas para evitar esa infección, así en Europa y EEUU, las tasas de transmisión vertical son menores del 2%<sup>2</sup>. En estos contextos, los niños infectados representan oportunidades perdidas en las que no se pudieron implementar todas las medidas disponibles para evitar la infección, habitualmente por un diagnóstico tardío de la madre y un mal control de la carga viral de VIH durante la gestación<sup>3</sup>.

Sin embargo en otros entornos, como en el de África Subsahariana, las tasas de transmisión vertical seguían siendo superiores al 20% en 2009 en muchos países<sup>1</sup>. En África Subsahariana, donde se concentra

la epidemia, y donde el 71% de las personas que viven con el VIH entre 15 - 25 años son mujeres, existen barreras muy importantes para el desarrollo de programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo (PTMH)<sup>1</sup>. Estas barreras están relacionadas fundamentalmente con determinantes de la salud de tipo socioeconómico y del estilo de vida, con una escasa información y prevención de la infección en la mujer en edad fértil, con la falta y dificultad de acceso a una estructura sanitaria adecuada para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, con el estigma asociado a la infección, y con una falta de programas de apoyo social o comunitario<sup>4</sup>.

Los esfuerzos en la creación e implementación de programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo (PTMH) en países de África subsahariana, han permitido aumentar las coberturas de tratamiento antirretroviral en las gestantes con infección por VIH, así como disminuir la transmisión de la infección de la madre al recién nacido y disminuir la morbilidad materna<sup>1</sup>. En este ámbito, el Centro Nacional de Medicina Tropical (CNMT) del Instituto de Salud Carlos III de España a través del Programa de Cooperación Bilateral, Centro de Referencia de Control de Endemias (CRCE), ha ofrecido en los últimos años al Programa Nacional de Lucha contra el Sida (PNLS) y al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial (MINSAB) un apoyo técnico en el desarrollo de un programa de PTMH.

Guinea Ecuatorial es un país con una importante vinculación histórica con España, situado en África Central, sobre una superficie de 20.051,46 km<sup>2</sup>, con una parte continental y otra parte insular. En la parte continental se encuentra el núcleo urbano más importante, Bata. La parte insular esta formada por dos islas, la isla de Bioko, en la que se sitúa la capital Malabo y la Isla de Annobon con aproximadamente 3.000 habitantes. La población de Guinea Ecuatorial estimada es de 1.014.999 habitantes según el censo general de población por habitantes de 2001. La mayor parte de esta población, un 73,8% vive en la región continental mientras que el 26,2% vive en las partes insulares del territorio. La población de Guinea Ecuatorial tiene una pirámide poblacional de amplia base con un 47% de población menor de 15 años. La mayor parte de la población (61%) se encuentra en la zona rural<sup>5</sup>.

La infección por VIH en Guinea Ecuatorial se manifiesta como una epidemia generalizada. La infección por VIH continúa siendo un grave problema de salud pública que afecta a toda la población y en particular a las mujeres jóvenes.

Durante los últimos años se ha observado un aumento en el número de personas que viven con la infección. Los estudios epidemiológicos realizados en la población de 15-49 años de edad han mostrado un incremento de la prevalencia de la infección entre 2004 (3.2%) y 2011 (6,2%)<sup>5</sup>. Esta tendencia se está frenando en los dos últimos años, posiblemente por la mejor cobertura del tratamiento antirretroviral.

La situación más preocupante en relación a la infección por VIH corresponde a las mujeres embarazadas. La prevalencia de VIH en las mujeres embarazadas se ha incrementado progresivamente pasando en los estudios centinelas realizados en consulta prenatal de 1.49% en 1997 a 7.3% en 2008 (último dato existente)<sup>5</sup>. Se espera que la prevalencia actual en mujeres embarazadas sea mayor.

Los factores relacionados con la alta vulnerabilidad de la mujer a la infección por VIH, pueden estar asociados al papel de la mujer en la sociedad y a las relaciones de género establecidas en Guinea Ecuatorial, que condicionan con frecuencia para las mujeres un bajo acceso a la educación y un bajo nivel económico y una dependencia económica de la pareja. Esto produce situaciones de alto riesgo para el VIH como relaciones sexuales precoces habitualmente sin protección, explotación sexual y sexo intergeneracional (con hombres 10 o más años mayores). El 26% de las mujeres antes de los 15 años han tenido relaciones sexuales y el 86% antes de tener 20 años. El 37% de las adolescentes tiene al menos ya un hijo<sup>5</sup>.

Dentro de este contexto, resumimos a continuación las principales actividades del programa de PTMH desarrolladas por el MINSAB y el PNLS con el apoyo técnico del CNMT-CRCE divididas en las tres áreas de trabajo y en las que hemos participado en alguna de ellas un grupo de pediatras como asesores técnicos.

## 1. Área de actualización de protocolos y estrategias

1.1) Actualización del protocolo diagnóstico de la infección por VIH. En 2008 se apoyó la actualización del protocolo nacional de diagnóstico siguiendo recomendaciones internacionales para este contexto, basado en la combinación de test rápidos (técnicas serológicas), que permitían, con una sola extracción de sangre venosa o capilar, confirmar la infección por VIH en un acto único<sup>6</sup>.

1.2) Actualización del protocolo de PTMH en 2009. Siguiendo las recomendaciones internacionales, en esta actualización se recomendó el despistaje de la infección VIH en toda mujer embarazada en el primer y tercer trimestre de gestación. En caso de confirmarse la infección en la gestante, se valoraba la indicación de tratamiento antirretroviral de alta efectividad (TARGA) o de profilaxis con antirretrovirales según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) vigentes. De igual forma, este protocolo incluía recomendaciones para el seguimiento del niño expuesto, así como un protocolo diagnóstico de infección por VIH en el hijo de madre infectada por VIH, basado en recomendaciones de la OMS<sup>7,8</sup>.

1.3) Apoyo técnico para la definición y puesta en marcha de la estrategia de descentralización e integración del diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en 2009. Desde 2004 existían, en Guinea Ecuatorial, Unidades especializadas en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes con infección por VIH.

Estas Unidades se encontraban en las ciudades de referencia del país, dificultando el acceso para los habitantes de regiones más alejadas. Además, el acceso de una persona a estas Unidades era un sinónimo de que el paciente padecía la infección por VIH, por lo que eran causa de estigma. Para facilitar el acceso a los programas de VIH y disminuir el estigma asociado a la infección, en 2009 se inició un programa de integración de la atención del paciente con infección por VIH en los centros de Atención Primaria ya existentes. Paulatinamente una selección de centros contó con las capacidades para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la infección por VIH.

1.4) Apoyo técnico en la integración del programa de PTMH en el programa de Salud Maternoinfantil en 2012. Dentro de una estrategia de descentralización, una gestante acudirá a su Centro de Salud para el seguimiento de su gestación, y durante las visitas reglamentadas en su seguimiento, también se le realizará una consejería de información y prevención de la infección por VIH y se le ofrecerá una prueba diagnóstica de VIH en el 1° y 3° trimestre. En caso de que la gestante esté infectada por el VIH, se le ofrecerá y dispensará tratamiento antirretroviral en ese Centro de Salud, y se consensuará con ella el tipo de parto y el tipo de lactancia del recién nacido. Una vez nacido su hijo, tendrá un seguimiento para conocer el estado de infección por VIH en el Centro de Salud que se integrará en el programa de seguimiento habitual del niño sano. Además, inicialmente el recién nacido recibirá una profilaxis antirretroviral dispensada en el Centro de Salud.

## 2. Área de formación de recursos humanos

Desde el año 2009 se ha desarrollado un programa docente para la formación de Recursos Humanos nacionales sobre los aspectos más importantes de la infección por VIH en niños y sobre la prevención de la transmisión materno-infantil, así como para la implementación del proceso de descentralización e integración del diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH. Esta formación ha sido enfocada para hacer un manejo integral del paciente.

## 3. Área de investigación

Se ha sistematizado la recogida de los datos de las mujeres gestantes con infección por VIH y de sus hijos expuestos. Desde el año de 2009, la recogida continuada de estos datos ha permitido crear una cohorte de niños expuestos. Con los datos vertidos en esta cohorte podremos conocer la eficacia de las medidas instauradas para frenar la transmisión materno-infantil del VIH<sup>9</sup>.

Además, desde el año 2012, está en marcha un proyecto piloto de diagnóstico precoz de la infección por VIH por técnicas moleculares en niños expuestos a partir de las 4 semanas de vida. Dicho proyecto permitiría conocer la tasa de transmisión vertical de VIH y será la base del desarrollo y la optimización de las téc-

nicas de biología molecular en el país para hacer más accesible y rápido el diagnóstico en la población infantil en un futuro<sup>10</sup>.

Desde junio de 2011 existe un compromiso mundial a la llamada de ONUSIDA para poner freno a la transmisión materno-infantil de VIH. Las estrategias recomendadas para cumplir ese objetivo han sido y están siendo incorporadas en los programas de PTMH en Guinea Ecuatorial. Dentro de este marco, la colaboración de un grupo de pediatras especializados en la infección por VIH con las partes implicadas, es una oportunidad para aportar con nuestra formación y esfuerzo un apoyo técnico a una causa necesaria •

1. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the Global AIDS epidemic 2013. World Health Organization. Disponible en <http://www.unaids.org>. Acceso el 30 de septiembre de 2013.

2.- European Collaborative Study. Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 2005;40:458-465.

3.- Peters V, Liu KL, Dominguez K, et al. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV-exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. *Pediatrics*. 2003;111: 1186-1191.

4.- Wettstein C, Mugglin C, Egger M, Blaser N, Vizcaya LS, Estill J, Bender N, Davies MA, Wandeler G, Keiser O, IeDEA South Africa Collaboration: Missed opportunities to prevent mother-to-child-transmission: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2012, 26:2361-2373.

5.- Informe sobre la declaración de compromiso sobre el VIH-SIDA Guinea Ecuatorial. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Informe periodo 2008-2009. 2010 ONUSIDA. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/Report/2010/equatorialguinea\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2010/equatorialguinea_2010_country_progress_report_es.pdf). Acceso el 30 de septiembre 2013

6.- Protocolo de diagnóstico y seguimiento de laboratorio del VIH/SIDA en Guinea Ecuatorial. República de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA 2009.

7.- WHO. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Ginebra, Suiza. WHO; 2012. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/mctct/programmatic\\_update2012/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/mctct/programmatic_update2012/en/index.html). Acceso el 20 de septiembre, 2013.

8.- Protocolo Nacional de Manejo de la Prevención Materno Infantil de VIH. República de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA 2009.

9.- Badillo Navarro K, Prieto Tato L, Obiang Esomoyo J, Avedillo Jiménez P, Vargas Brizuela A, Rojo Conejo P. Evaluación inicial del programa de prevención de la transmisión materno-infantil de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Guinea Ecuatorial. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013. In press.

10.- WHO. WHO recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children. 2010, Ginebra, Suiza. Available at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599085\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599085_eng.pdf). Acceso el 8 de septiembre de 2013.

## ¿HACIA DONDE VAMOS EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL?

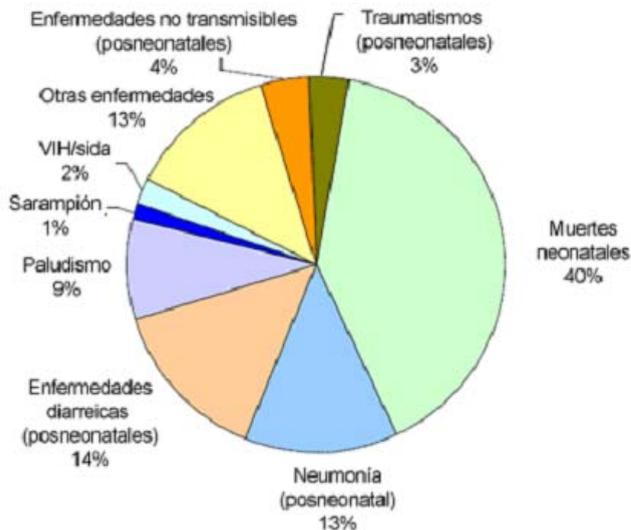
**Maite de Aranzabal Agudo**

*Doctora en Medicina y Pediatra. Diplomada en Salud Internacional. Centro Salud Lakua-Arriaga. Araba*

### ¿Por qué aumentan o disminuyen las enfermedades y la mortalidad infantiles en el mundo?

Las **causas directas** de mortalidad son bien conocidas. Desde el año 1990 la mortalidad infantil ha disminuido considerablemente. Sin embargo en 2011 murieron 6.9 millones de niños menores de 5 años, es decir 19.000 al día. La distribución de estas causas por porcentajes fue la siguiente:

- 40% causa neonatal como asfixia, infecciones o prematuridad. (20% en países de mayor mortalidad y 50% en los de menor).
- 14% diarrea (14-30%).
- 13% neumonía (14-24%).
- 9% malaria (6-13%)
- 1% sarampión.
- 2% SIDA
- 20% otros (accidentes, causas no infecciosas...)
- La malnutrición es la causa sumergida de gran proporción de estas muertes. Hay además otras importantes causas sumergidas y asociadas



El problema es que la distribución de estas muertes es muy desigual: 95% ocurren en África y en Asia Meridional.

Si hace 100 años la mortalidad en Suecia, Noruega o Europa era la misma que ahora en países de África o de Asia meridional, ¿por qué ellos no han logrado avanzar al mismo ritmo? Porque no estamos haciendo las cosas demasiado bien. En desarrollo en salud lo importante son los **determinantes indirectos** y son estos los que se deben de modificar mediante las estrategias de cooperación en salud.

### Estrategias o modalidades de desarrollo en salud

Realizando un breve repaso de los diferentes estrategias de desarrollo vemos que se puede hablar de tres tipos: la de enfoque médico sanitario o selectiva, la integral y la de enfoque social u horizontal.

#### 1. Estrategia de enfoque social (Estrategia Horizontal)

Es erróneo pensar que la clave del bienestar de una población son los avances médicos y las mejoras en los servicios de salud pero esto no es tan evidente ya que los determinantes de la salud son directos e indirectos. No se puede hablar sólo de causas médicas. Hay causas biológicas y sociales y todas ellas se entremezclan y potencian entre sí.

Las mejoras en la salud en Europa que tenía una tasa de mortalidad infantil mayor de 100 /1000 resultaron de la revolución industrial y agrícola con los consiguientes progresos en las condiciones de vida y trabajo y en la nutrición.

Tres factores socio-políticos nos condicionan actualmente para poder trasladar esos cambios a los países subdesarrollados: la colonización con su legado de hospitales modelo occidental y la apropiación de sus ricas materias primas, la deuda externa que mantiene a estos países atrapados y no les permite ahorrar y los programas de ajuste estructural que les obliga a reducir los programas sociales básicos de salud y educación. A esto habría que añadir la mala gestión por parte de algunos de los dirigentes de esos países.

También la cooperación realizada hasta ahora ha tenido fallos. La falta de liderazgo y compromiso entre las diferentes ONGs e Instituciones lleva a una fragmentación de iniciativas globales. Actualmente hay más de 140 iniciativas diferentes. La mayoría de ellas específicas de una enfermedad. En un mundo global donde las acciones de unos repercuten en el resto, no hay consenso.

Por otro lado la mayoría de la ayuda no se dirige a apoyar planes nacionales de salud lo cual otorgaría sostenibilidad a esa cooperación. A pesar de la Declaración de París corroborada en Accra, las ayudas alineadas a los presupuestos nacionales no llegan al 40%.

Parece claro que los factores políticos, sociales y económicos tienen un impacto mucho mayor sobre la supervivencia y el bienestar de los niños que todas nuestras limitadas intervenciones de salud juntas.

La estrategia social no desdeñaría los programas utilizados en la integral, ni siquiera las intervenciones basadas en la evidencia de la selectiva sino que las asumiría con entusiasmo como una parte de la estrategia general, pero no en primer término sino en último.

Comenzaría con los determinantes distales como educación, potabilización de agua u organización equitativa de Sistemas de Salud. Iría necesariamente asociada a acciones como acuerdo sobre patentes de medicamentos, abolición de la deuda externa o recorte de presupuesto en gasto militar y no en salud por parte

de los gobiernos donantes y de los receptores. Y por supuesto a potenciar los recursos y empresas del país.

La estrategia social no rechaza el innegable valor de la tecnología y de las intervenciones médicas y a su vez las estrategias médico-sanitarias creen en el proceso de desarrollo. Sin embargo los métodos de trabajo, las expectativas, los objetivos y definitivamente el papel de los Organismos, Agencias y ONGs son muy diferentes.

Las grandes críticas a esta estrategia vienen de sus resultados a largo plazo, de su carestía, de su difícil implementación en determinados países en desarrollo y de los métodos por los cuales se accede a ella.

## 2. Estrategia Médico-Sanitaria Selectiva (Estrategia Vertical)

Sería la estrategia opuesta: dirigirse sólo a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones concretas sobre los determinantes directos de la salud siendo el criterio principal que esa intervención tenga buena evidencia y que pueda ser llevada a altos niveles de cobertura poblacional (aunque varíe de unos países a otros).

Asume que países con mejor capacidad de sistemas de salud añadirán otras intervenciones más elaboradas (educación materna, agua potable, ...).

El ejemplo más conocido es la estrategia anunciada por UNICEF en 1982 y avalada por todas las organizaciones de salud infantiles y líderes nacionales. Daba prioridad a cuatro intervenciones sobre la salud infantil que en inglés forman el acrónimo GOBI (*Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breast feeding, Immunization*).

Al ver que era demasiado selectiva, al año siguiente UNICEF recomendó una versión ampliada añadiendo las tres FFF (*family planning, food supplements, feminine education*).

El grupo Bellagio analiza en 2003 y posteriormente en 2005 cuáles son las intervenciones selectivas que más efectividad han tenido en la disminución de la mortalidad infantil y neonatal respectivamente.

Basándose en cálculos estimativos predicen cuántas muertes podrían ser evitadas si cada una de esas intervenciones aplicada aisladamente para una enfermedad tuviera una cobertura universal (99%) y cuántas si se aplicaran todas a la vez. Y los resultados teóricos para la disminución de mortalidad por esas enfermedades son espectaculares.

Esta es la política actual mayoritaria de la OMS y de UNICEF aunque para ello han tenido que librar duras batallas con sus ideas y con sus donantes. Los defensores de este tipo de cooperación esperan resultados relativamente inmediatos y visibles. Creen que la tecnología tiene la capacidad de cambiar los resultados de la salud para un gran número de personas por vías que pueden ser sostenidas independientemente de la sociedad y de la gente que la compone. Y es un razonamiento útil, pero a corto plazo, mientras se implantan otras modalidades de desarrollo que den sostenibilidad a la salud.

## 3. Estrategia Médico-Sanitaria Integral: Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) como parte de la Atención Primaria de Salud

Mientras tanto la OMS se dio cuenta de que era necesaria una visión más amplia e integral y se unieron OMS, UNICEF y otras agencias para crear un nuevo plan (AIEPI o IMCI en inglés) programado con indicadores, objetivos y evaluación. Dicho plan consistiría en prevenir y curar las enfermedades con más carga en la mortalidad infantil (neonatal, infección respiratoria, diarrea, sarampión, malaria y malnutrición) pero atendiendo al niño como un "todo" y con una importante actividad comunitaria.

Esta estrategia basada en la Atención Primaria de Salud propuesta en Alma Ata en los 70 estaría basada en la comunidad y dando a las personas el control social de los Servicios de Salud, contextualizada en la situación socio-política de esa comunidad y con trabajadores de salud comunitarios o promotores de salud seleccionados desde y por su comunidad.

### ¿Hacia dónde vamos en cooperación? Una de cal y otra de arena en los objetivos del milenio

Analizando los datos de los últimos 10 años se puede ser optimista. En la reciente revisión del cumplimiento de los objetivos del milenio enfocado al 2015 se observa que si bien aún falta mucho para que sean logrados, la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años ha disminuido notablemente: de 97/1000 en 1990 a 63/1000 en 2011 en países en desarrollo. De casi 12 millones de muertes anuales en 1990 hemos pasado a cerca de 7 millones en 2011. Aún así, América Latina -aunque de manera desigual por regiones- ha mejorado mucho y por el contrario en África subsahariana, un niño tiene una probabilidad de morir 16.5 veces mayor que en países desarrollados.

Este avance se ha conseguido gracias a la implementación de las tres estrategias conjuntamente. Los programas selectivos o verticales han cumplido su función a corto plazo. Queda ahora el reto de potenciar la Atención integral a nivel primario teniendo siempre en el horizonte el desafío de aumentar el número de países con Estrategias Nacionales de Desarrollo (que ya se ha triplicado entre 2007 y 2012).

En cuanto a la evolución de las principales enfermedades causantes de mortalidad daremos las siguientes pinceladas: **El tétanos, sarampión, SIDA y malaria van a ritmo de cumplir los objetivos. La neumonía, la diarrea y la tuberculosis han descendido mucho su incidencia y mortalidad.**

Pero nuevamente en el caso de estas enfermedades, hay luces y sombras y los determinantes indirectos marcan el futuro.

El descenso de la mortalidad por **diarreas** es debido a la mejora en el acceso a agua segura que es ya posible para el 89% de la población mundial. Aún así quedan 783 millones de personas sin ella.

**SIDA.** En 2011 a pesar de infectarse con **VIH** 400.000

niños, hubo 230.000 casos menos que en 2001 y esto sí es un éxito innegable del esfuerzo internacional contra esta plaga. Pero también a para finales de 2011, el número de personas que viven con esta enfermedad había aumentado enormemente y eso quiere decir necesidad de acceso a sistema de salud y a tratamientos con antirretrovirales caros durante toda la vida. Y para ello no se pueden establecer estrategias puntuales sino integradas en los sistemas de salud, inversión en medicamentos sí, pero lucha por medicamentos genéricos baratos, campañas de información, prevención y sensibilización (ya que el conocimiento de los jóvenes acerca del VIH es aún escaso), lucha contra el estigma social que arruina la vida de estos niños, etc.

El acceso universal al tratamiento antirretroviral es actualmente solo del 54% de los infectados pero está al alcance de la mano y requiere un apoyo político sostenido.

**MALARIA.** La incidencia de esta enfermedad ha disminuido un 17% desde el año 2000, y, las tasas de mortalidad un 25%, sin llegar al 50% deseado. Pero además el número de países que sufren esta enfermedad va disminuyendo.

A pesar de estos avances hay 216 millones de casos de paludismo al año, que matan a 655.000 personas, 91% en Africa y el 85% menores de 5 años.

Para que el plan no fracase como en los 60, el tratamiento nuevamente deberá ser horizontal abarcando las medidas preventivas (control vectorial), mosquiteras tratadas, fumigación de las casas y tratamiento intermitente a embarazadas y niños. Medidas diagnósticas como el test rápido para evitar tratamientos inútiles y terapéuticos con terapias combinadas de artemisina cuya compra por los países ha aumentado exponencialmente. El test se usa demasiado poco. Por el contrario el tratamiento es administrado demasiado frecuentemente con lo cual ya han aparecido resistencias en 4 países de Asia (la OMS ha promovido el plan de lucha contra la resistencia a artemisina).

En conjunto en la década pasada se evitó que se produjeran más de un millón de muertes por paludismo. Pero para mantener el terreno ganado es necesario renovar los compromisos asumidos por la alianza "Roll back malaria".

La tuberculosis también ha disminuido notablemente calculándose que su mortalidad en 2015 pasará a la mitad de la que fue en 1990. Pero se estima que en 2010 había unos 12 millones de personas padeciendo esta enfermedad. Además es una enfermedad compleja en la que queda mucho camino que recorrer. No solo por la creciente aparición de multirresistencias difíciles de tratar sino porque además muchos de los enfermos no están diagnosticados (y por lo tanto no tratados y propagando la enfermedad) y porque nuevamente en este caso se requieren sistemas de salud potentes que permitan estos largos y continuados tratamientos, personal que controle el tratamiento presencial y mejora de las condiciones de vida que hagan disminuir su contagio.

**Respecto a las enfermedades que están lejos de conseguir el avance mencionaremos la malnutrición.** El hambre sigue siendo un problema mundial especialmente en África subsahariana y Asia meridional donde uno de cada cinco niños o niñas tiene problemas de malnutrición.

Y el gran problema sobre el que la cooperación internacional debe de poner sus miras en el futuro es la **MORTALIDAD PERINATAL**: 2.800.000 niños mueren anualmente en el periodo neonatal por sepsis, parto prematuro o asfixia perinatal. Y por cada recién nacido que muere, al menos otros 20 padecen lesiones debidas al parto, infecciones, complicaciones asociadas a la prematuridad y otras afecciones neonatales.

Así cada año cerca de un millón de niños que sobreviven tras sufrir asfixia durante el parto desarrollan problemas tales como parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje u otras discapacidades para las que las familias no están preparadas quedando profundamente afectadas y causando la caída del resto de la familia.

Y esto ocurre porque esta mortalidad no depende de iniciativas puntuales sino de cambiar la estrategia social y fortalecer el sistema de salud: de mejorar la nutrición materna, empoderar a las mujeres para que decidan su fertilidad y su atención sanitaria, expandir el uso de anticonceptivos, disminuir el número de embarazos adolescentes, realizar las visitas preparto, aumentar el personal cualificado para atender el parto y la higiene.

### ¿Hacia dónde debe de ir la cooperación internacional en salud?

En resumen los logros en los Objetivos de desarrollo del milenio se han conseguido de forma muy desigual e incluso en algunas regiones y países se han ralentizado en los últimos años. Queda poco tiempo para que se cumpla el plazo fijado. Pero un avance hemos conseguido y no debemos perder la ilusión. Todos los sectores gubernamentales y sociales se han comprometido a la equidad y salud para todos en los próximos años. Existe un plan de aceleración con intervenciones específicas probadas y con soluciones on-line para gobiernos y usuarios y una Agenda post 2015 (Beyond 2015) que intenta no repetir los mismos errores.

Tras el análisis de las estrategias utilizadas y de los resultados obtenidos se puede afirmar que las diferentes modalidades de desarrollo llevadas a cabo hasta la actualidad aún habiendo conseguido logros, no han tenido el éxito esperado para poder cumplir en 2015 los objetivos del milenio ¿cuáles pueden ser las razones?

No hemos hablado hasta ahora de la financiación de estos programas pero es obvio que se precisa un aumento en las aportaciones financieras solicitando a los países que destinen el 0.7% de su PIB a cooperación y a los africanos que destinen el 15% del suyo a salud. El descenso de la cooperación bilateral y multilateral desde el 2011 ha sido drástico y es vergonzoso.

El destino de esas aportaciones también debe de modificarse. Ha quedado demostrado que para conseguir los Objetivos de desarrollo del milenio se requiere el

refuerzo de los sistemas de salud y de la Atención Primaria. Los resultados de los Programas Integrales a la larga son más baratos ya que atienden varias necesidades a la vez y por ello parece más racional ofrecer esto a los donantes. Sin embargo, las inversiones requeridas en las primeras etapas son muy altas y los donantes no han aumentado sus presupuestos sino que han visto los enfoques integrales como una forma de abaratar costes. Y esto sabiendo que incluso las conclusiones finales de la OMS sorprenden por su absoluto decantamiento a favor de la estrategia social con apoyo y creación de Sistemas de Salud y sobre todo de Programas de Salud Pública a nivel de distrito.

La realidad es que Organismos Internacionales como el Banco Mundial no quieren compromisos de acción social y duradera. En sus recientes Informes sobre la Reducción de la Pobreza apenas hacen referencia a la intersectorialidad del componente salud.

Por otro lado habrá que poner atención a la irrupción de nuevos actores en cooperación internacional: países BRIC, (que apuestan por otro modelo de cooperación), empresas y particulares como donantes (para estos se he creado el programa Global Compact).

Otro punto imprescindible es alinearse con los sistemas de salud nacionales de los países en desarrollo. No imponer nuestro modelo de salud.

Y para finalizar las instituciones, ONGs y Gobiernos se deberán comprometer a evaluar su labor y eficiencia y a caminar consensuados.

Unido a estas propuestas más estructurales es urgente aumentar el registro de datos -sin los cuales no se pueden obtener conclusiones reales-, la promoción de la investigación, el desarrollo de nuevas tecnologías y el acceso a medicamentos esenciales.

Solamente cuando suficientes personas comencemos a pensar de forma crítica sobre su/la situación actual podrá lanzarse una estrategia eficaz. El objetivo más importante que podemos respaldar desde aquí es el abogar y hacer presión por conseguir un cambio más profundo en las estrategias, un cambio a nivel macro-económico y político mundial •

## **Bibliografía**

- 1.- Informe de desarrollo de objetivos del milenio  
<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/mdg-report-2013-spanish.pdf>
- 2.- Opportunities for Africa's newborns  
<http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>  
Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa
- 3.- Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?  
The Lancet, Volume 382, Issue 9890, Pages 452 - 477, 3 August 2013. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60996-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60996-4/fulltext)
- 4.- Global, regional and national causes of child mortality : un updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000  
Li-Liu y cols. The Lancet, Volume 379, Issue 9832, Pages 2151 -

2161, 9 Jun 2012

- 5.- Evidence based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?  
Z.A. Bhutta y cols. The Lancet, Volume 382, Issue 9890, Pages 452-477. August 2013
- 6.- Integrated management of childhood illness: what have we learned and how can it be improved? Chopra M et al  
Arch Dis Child 2012 97: 350-354.
- 7.- Effects of implementation of integrated management of neonatal and childhood illness (IMNCI) programme on neonatal and infant mortality: cluster randomized controlled trial. Bhandari N et al  
BMJ 2012; 344:e 1634
- 8.- New trends of short-term humanitarian medical volunteerism: professional and ethical considerations. Asgary R and Junck E.  
J Med Ethics 2013; 39:625-631. doi
- 9.- Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en atención primaria de salud.  
Medicus Mundi Navarra. 2013. Septiembre
- 10.- La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria Informe 2012. Medicus Mundi, Prosalus, Medicos del Mundo
- 11.- Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodriguez B.  
Cuestionando la Salud. Disponible en [www.righttohealth.org/pages/1/index.htm](http://www.righttohealth.org/pages/1/index.htm)
- 12.- Schuftan C. The Child Survival Revolution: A Critique. Family Practice 1990; 7: 329.
- 13.- Werner D. The life and death of primary health care or the macdonaldization of Alma Ata. 1993. Health to Rights, 964 Hamilton Ave. Palo Alto, CA 94301,USA.
- 14.- Rifkin S, Gill W. Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care. Soc Sci Med 1986; 23: 559-666.
- 15.- Hutta Z, Jones G, Steketee RW, Black RE, Hutta Z, Morris S and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003; 362: 65-71. Accesible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673603138111/fulltext>
- 16.- Bryce J, Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing Child Mortality: can public health deliver? Lancet 2003; 362:159-64. Accesible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)13870-6](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)13870-6)
- 17.- The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. Lancet 2003; 362: 323-27
- 18.- Robert EB, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet 2003; 361:2226-34
- 19.- Smith DL, Bryant J. Building the infrastructure for primary health care: an overview of vertical and integrated approaches. WHO. Pergamon Press. P. 909-917
- 20.- WHO. The world health report 2.000. Health Systems: improving performance. Disponible en [www.who.int/health-systems-performance/whr 2000.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/whr 2000.htm)
- 21.- La realidad de la ayuda. Una evaluación independiente de la ayuda al desarrollo española e internacional. INTERMON-OXFAM. Edic Limpergraf.
- 22.- Victora CG, Wagstaff A, Armstrong Schellenberg J, Gwatkin D, Claeson M, Habicht J P. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. Lancet 2003; 233: 41

## 5ª MESA REDONDA: Perspectiva multiprofesional en la atención a los problemas sociosanitarios de la infancia

### Introducción de la Coordinadora: Bárbara Rubio Gribble

*Pediatra. Hospital U. Getafe (Madrid).*

Hoy más que nunca, con la "superespecialización" de la medicina, es importante no olvidarse de la integridad y la unidad de la persona, sobre todo cuando se trata de la infancia, y más aún si son niños y niñas con necesidades especiales.

Si entendemos la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de la enfermedad, (OMS), la atención hacia la infancia y la adolescencia ha de ser una atención integral que englobe a los distintos profesionales que están implicados en la salud y el desarrollo del niño, con el objetivo de optimizar sus capacidades, para que pueda alcanzar el máximo nivel de salud, la autonomía personal y la participación en la sociedad.

Todo modelo de atención integral debe incluir en un proceso único a todos los profesionales y servicios relacionados con el niño/a y su familia. De esta manera ambos representan el eje central alrededor del cual deben coordinarse los profesionales de los distintos ámbitos (salud, educación y servicios sociales), así como las entidades públicas o privadas que ofrecen sus servicios y colaboran en el cuidado de los niños, como por ejemplo los organismos asociativos, grupos de apoyo, etc.

El desarrollo de una atención multiprofesional coordinada y eficaz es complejo y a la vez desafiante. Es necesario implicar a las instituciones competentes en la implementación de modelos de atención integral de un modo transversal, y evitar que las actuaciones surjan de iniciativas individuales a expensas de esfuerzos personales que, en la mayoría de los casos, resultan en una atención fragmentada y discordante.

Una perspectiva multiprofesional, además de posibilitar a la familia la recepción de una información y un trato más coherente, permite mejorar la eficacia de las distintas intervenciones, puesto que un mejor conocimiento del niño y sus necesidades mejora considerablemente la calidad en su atención.

El esfuerzo que conlleva ofrecer una atención integral y coordinada, se ve compensado cuando se observan los resultados y la satisfacción de las familias, además de suponer un enriquecimiento personal para cada uno de los profesionales involucrados .

## Abordaje de Problemas Sociosanitarios en el ámbito Educativo. Enfermería Escolar

### Natividad López Langa

*Supervisora de Enfermería. Centro Público de Educación Especial María Soriano, Madrid*

Con la puesta en marcha de la Ley Orgánica del Derecho a la Educación (LODE/1985) y con el fin de facilitar la integración de alumnos que tienen deficiencias físicas y psíquicas surgió la necesidad de dotar a los Colegios de Educación Especial de LA FIGURA DE LA ENFERMERA ESCOLAR, debido a que los niños escolarizados en estos Centros presentaban necesidades que iban más allá de las competencias de los maestros.

Con el paso del tiempo, estas necesidades se han generalizado y en la actualidad muchos Centros Educativos cuentan con enfermera, fundamentalmente en la Comunidad de Madrid, con el fin de desempeñar labores de pre-

vención y de promoción de salud en el ámbito escolar, trabajando por ejemplo: salud bucodental, entornos saludables, trastornos de la alimentación, drogodependencias, educación sexual, etc. que contribuyen a reducir la incidencia de estas patologías entre los estudiantes.

Todo esto sin olvidar la tradición de la Escuela Privada de contar desde siempre con servicio de enfermería e incluso médico, sobre todo si hablamos de grandes Colegios.

Desde la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) se elaboró el **Perfil de la Enfermería Escolar** (1), en el que JUSTIFICAMOS la necesidad de dotar a los

Centros Educativos de personal de enfermería, recogiendo también unos CONTENIDOS que serán el marco para el desarrollo de las COMPETENCIAS.

### DEFINICIÓN

La Enfermera Escolar es el profesional que, dentro del ámbito del Centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud.

### JUSTIFICACIÓN

La presencia de personal de enfermería en los Centros Educativos, tanto de Educación Especial, Integración u

Ordinarios, se hace necesaria para el desarrollo de los objetivos educativos de los alumnos, no sólo como personal imprescindible para aportar la asistencia y asesoramiento con respecto al alumnado con necesidades sanitarias específicas, sino también como perfil más adecuado para dirigir y desarrollar programas de educación para la salud.

Los CONTENIDOS y las COMPETENCIAS, están desarrollados en el Perfil citado anteriormente.

Con las mismas funciones que toda la enfermería en general, evidentemente destaca más la función asistencial en creciente demanda ante el número de alumnos con distintas patologías crónicas, también en aumento y con la especificidad de poder desarrollar EPS dentro del objetivo general de Prevención y Promoción de la Salud, favoreciendo desde la infancia la adquisición de hábitos de vida saludables.

En la **Serie de Enfermería Escolar** publicada en la revista METAS de Enfermería se abordan en 9 artículos los aspectos fundamentales relacionados con la atención socio-sanitaria a los alumnos. (2)

### 1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y PERFIL DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR (3)

La enfermería en los Centros Escolares, integrada en la Comunidad Educativa, es un valor añadido, eficaz y eficiente, que junto con el equipo docente, trabajan para normalizar la vida diaria del niño con necesidades educativas especiales y enfermedades crónicas y fomentan hábitos de vida saludables en toda la población escolar y comunidad educativa.

Posteriormente la Ley Orgánica de Educación (LOE) de 3 de Mayo de 2006 establece los principios generales de la Educación para todo el Estado contempla en el art. 71 al "Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo (ACNE)".

1. Las Administraciones Educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley.

2. Corresponde a las Administraciones Educativas **asegurar los recursos necesarios** para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje,..etc

3. Corresponde a las Administraciones Educativas garantizar la escolarización, regular y asegurar la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización y a los procesos educativos de este alumnado. Igualmente les corresponde adoptar las medidas oportunas para **que los padres de estos alumnos reciban el adecuado asesoramiento individualizado**, así como la información necesaria que les ayude en la educación de sus hijos.

Se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales, aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

Actualmente en España no encontramos ningún referente teórico para la enfermería escolar dentro de nuestra bibliografía científica al ser un campo relativamente reciente. En el continente americano, sin embargo, la disciplina de la salud escolar tiene una gran carrera histórica y podemos encontrar gran variedad de bibliografía específica.

### 2.- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS, DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE ENFERMERÍA ESCOLAR (4)

La organización y gestión de un servicio de enfermería escolar tiene marcadas diferencias con respecto a otros campos y especialidades de nuestra profesión, esto viene fundamentalmente condicionado por el contexto físico en el que se desarrolla nuestra labor: la escuela y los profesionales con los que nos relacionamos: la comunidad educativa (alumnos, familias y personal del centro educativo).

En nuestro campo de actuación profesional, los aspectos administrativos y de gestión carecen de unos criterios unificados ya que hasta la fecha no se ha consensuado un documento básico, respaldado por la Administración, que recoja aspectos tan importantes como el equipamiento básico de una enfermería escolar o unos criterios de dotación de personal de enfermería tanto en Centros Ordinarios como en Centros de Educación Especial.

Esta falta de normativa justifica las diferencias tan significativas que existen de unos centros a otros en el desarrollo de nuestra labor.

Las funciones de gestión y organización deben contemplarse en el marco del trabajo en equipo, dado que las actividades de cualquiera de los profesiona-

les influyen y condicionan la actividad del resto.

La composición del equipo de trabajo en el ámbito sanitario y en el educativo es distinta. Nuestra labor se desarrolla entre maestros, logopedas, psicólogos, trabajadores sociales, técnicos educativos, fisioterapeutas, personal de cocina, administrativos, conserjes... cada perfil, de acuerdo a su formación académica, tiene mucho que aportar e influye en la dinámica del centro.

Trabajar con estos profesionales requiere el conocimiento de la estructura del sistema y la documentación que se utiliza. No obstante, la enfermera debe incorporar a la práctica diaria de su labor una metodología que le es propia, sustentada en taxonomías tales como la NANDA, NOC y NIC así como el establecimiento de una valoración por Patrones Funcionales de Salud que permitan acercarse a una visión global de las necesidades de nuestros alumnos.

La enfermera además debe elaborar registros propios; en ocasiones colaborando con otros profesionales, otras a demanda de las necesidades de las familias o de situaciones especiales.

Es necesario reseñar en este capítulo aspectos tan importantes como la protección de datos y la destrucción de la información sanitaria sobre los alumnos.

#### 2.1.- Conceptos básicos relacionados:

Es necesario familiarizarse con los términos y documentos que se manejan en educación para el correcto desarrollo de nuestras funciones:

- **Programación General Anual (PGA):** es un instrumento de planificación para cada curso académico, cada colegio lo elabora al principio del curso ,recoge los aspectos relativos a la organización y funcionamiento del Centro, incluidos los proyectos, el currículo, las normas, y todos los planes de actuación acordados y aprobados (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de Mayo, de educación). Es importante, que la enfermera del centro pueda participar en este documento, aportando su propia programación para el curso.

• **Proyecto Educativo del Centro (PEC):** refleja los valores, los objetivos y las prioridades de actuación del Centro. En él se recogen los objetivos para la mejora del rendimiento escolar, las líneas generales de actuación pedagógica, la coordinación y concreción de los objetivos curriculares, los criterios para la determinación de los órganos de coordinación docente del centro, los procedimientos y criterios de evaluación

y promoción del alumnado, el plan de atención a la diversidad del alumnado, el plan de orientación y acción tutorial, el plan de convivencia, el plan de formación del profesorado y los procedimientos de evaluación interna. En este documento, se integran las competencias en salud, además de las necesidades especiales de alumnos con algún tipo de discapacidad, por lo que es un lugar idóneo para que la enfermera escolar esté presente, ya que sus aportaciones son fundamentales, tanto para los objetivos del centro, como para la formación del profesorado en temas de salud.

• **Reglamento de Régimen Interno (RRI):** Es el documento en el que se plasma la estructura organizativa del Centro y las normas de funcionamiento con la finalidad de crear un ambiente y un clima que favorezca la consecución de los objetivos planteados por el centro en su PEC, a través de la participación e implicación de todos los sectores de la Comunidad Educativa. Sería necesario que en este documento apareciera la ubicación de la enfermera y la determinación de las funciones asignadas en el centro, al margen de las ya establecidas por la normativa correspondiente. Es obvia, la importancia que tiene la enfermera escolar en la elaboración de este documento en cuanto a las pautas concretas que se han de llevar a cabo en ciertos alumnos con enfermedades crónicas.

• **Proyecto de gestión (PG).** Recoge la ordenación y utilización de los recursos del Centro tanto materiales como humanos. Debe incluir los criterios para la elaboración del presupuesto del Centro y para la distribución en las distintas partidas, las medidas para la renovación y conservación de instalaciones y equipamiento escolar y los criterios para la obtención de los ingresos distintos a los asignados por la Administración. También es importante la presencia de la enfermera en la elaboración de este documento para la asignación de recursos destinados a la salud de los alumnos.

## **2.2.- Coordinación con los Servicios Externos:**

Es indispensable que la enfermera escolar mantenga una correcta coordinación con servicios sanitarios, educativos y sociales externos al Centro para lograr una óptima atención del alumnado. Es fundamental en el alumnado con mayores problemas de salud o con necesidades sanitarias más específicas.

La comunicación y coordinación entre servicios sanitarios y escolares debe propiciar la mejora en la atención educativa al alumnado con problemas

de salud y la colaboración en la determinación de condiciones personales que ocasionen necesidades educativas especiales y el intercambio de información sobre la evolución clínica, educativa y social de este alumnado.

En todo caso se procurará la transmisión a las familias de información complementaria y no contradictoria, desde los distintos servicios, estableciendo la relación con estos en base al reconocimiento y respeto profesional.

Además de conocer estos recursos, la enfermera debe saber cómo intervenir con ellos y cómo establecer las colaboraciones adecuadas, teniendo en cuenta unos aspectos generales:

- Cualquier intervención que hagamos con un alumno, ya sea con su enfermera, médico de su centro de salud, o con un especialista, tiene que ser conocido y autorizado por su familia.

- Siempre que se solicite la intervención de un facultativo para diagnóstico o revisión se hará llegar mediante un informe, a través de la familia, donde se especifican las circunstancias que motivan la petición.

- En ocasiones los especialistas piden al colegio informes que recojan datos relevantes sobre el alumno en el contexto educativo y que son importantes para un mejor seguimiento del paciente, esto es frecuente en alumnos con problemas de salud mental o de conducta. Dicho informe no se entregará directamente al servicio que lo solicita, si no que será la familia la encargada de hacer la entrega.

- Es importante saber gestionar estas coordinaciones y colaboraciones para que sean eficaces y válidas tanto para nosotros como para el servicio con el que tratemos. Lo adecuado es concertar una cita concretando el nombre de los alumnos sobre los que vamos a tratar. En estos casos es habitual que por parte del centro educativo participe la orientadora y la enfermera, en ocasiones y si la organización del centro lo permite acude también la tutora, si esto no fuera posible, es necesario hacer una buena recogida de datos de la evolución y comportamiento en el aula del alumno.

- No siempre es fácil establecer estas coordinaciones, el problema del horario es importante. Los contactos con estos profesionales tienen que realizarse en horario de mañana, y si el centro educativo no cuenta con dos enfermeras es probable que la dirección del centro no autorice la salida de la enfermera, esto es algo habitual en los centros de educación especial públicos.

**Los servicios externos con los que estableceremos habitualmente coordinación son:**

### **- Centros de Atención Primaria**

Dependiendo de las características del centro (privado, concertado, público, ordinaria, integración o especial) nos podemos encontrar con uno, varios o múltiples centros de salud de nuestro alumnado.

La enfermera en cada caso optará por centrar sus contactos en uno o varios centros de salud atendiendo a criterios de proximidad o atención puntual con determinado alumno con patología específica.

Si se programa una actividad rutinaria a lo largo de todo el curso escolar que requiera el desplazamiento de nuestros alumnos, tendremos que dar prioridad al criterio de proximidad.

### **- Centros Hospitalarios y de Atención Especializada**

Lo mismo que en los centros de salud la colaboración se establece normalmente con aquellos de mayor proximidad geográfica.

Esta colaboración normalmente se va a caracterizar por intervenciones y coordinaciones más puntuales y personificadas en determinado tipo de alumnado afectado por patologías más específicas.

### **- Centros de Salud Mental**

Centros de fundamental y casi obligada colaboración por la influencia tan marcada que tiene toda la patología atendida en estos servicios en los procesos de aprendizaje.

Cuando el alumnado se halle en tratamiento en Centros de Salud Mental, es imprescindible mantener intercambios con los profesionales responsables del mismo, que aclaren y orienten especialmente la respuesta que deba darse en el centro a las situaciones problemáticas que pudiera plantear el alumno, la intervención con la familia o el estudio de diferentes posibilidades de atención, tanto escolar como de salud mental.

### **- Centros Educativos Terapéuticos**

Son Centros creados mediante un convenio de la Consejería de Educación con los Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad, para el alumnado que por su patología psiquiátrica no puede asistir temporalmente a los centros docentes. En estos contactos participamos con el resto de los Equipos o Departamentos de Orientación.

### **- Asociaciones de padres de alumnos afectados**

Establecer contactos con ellos puede

proporcionar importantes beneficios recíprocos, sobre todo en el conocimiento de ciertas patologías crónicas y los recursos existentes.

#### **- Unidades de cuidados paliativos**

Cada vez con más frecuencia nos encontramos en los Centros de Educación Especial con niños que requieren cuidados paliativos. Estas Unidades acuden al colegio para informar a la enfermera de la situación de salud del niño y de los cuidados que requiere, aportando información y recogiendo datos sobre las características del centro y su dinámica, para valorar si son favorables para el alumno.

### **3.- EXAMEN DE SALUD BÁSICO EN UNA ENFERMERÍA ESCOLAR (5)**

El examen de salud es una herramienta básica en la práctica enfermera, ya que nos permite detectar precozmente alteraciones en el desarrollo normal de niño, teniendo en cuenta aquellos niños que ya poseen una patología crónica, y fomentar estilos de vida saludables. También es el momento idóneo para detectar casos de maltrato infantil, junto con otros profesionales del centro educativo.

La enfermera escolar es un recurso imprescindible en la realización de los exámenes de salud en la escuela, y teniendo en cuenta las particularidades de cada niño, y el Centro donde se encuentre llevará a cabo el examen con los medios que necesita, ya que actualmente la figura de la enfermeras escolar en la Comunidad de Madrid está en colegios de educación especial y colegios ordinarios, por lo que es necesario tener en cuenta las especificidades de las patologías y síndromes más comunes que se dan en la infancia actualmente.

#### **3.1.- OBJETIVOS:**

- Mejorar la salud de los escolares
- Detectar de manera precoz problemas de salud desconocidos hasta el momento
- Prevenir patologías
- Derivar a los especialistas necesarios
- Detectar factores de riesgo que puedan interferir en su desarrollo
- Detectar factores de riesgos ambientales en aula, recreos, comedores, etc

#### **3.2.- EXAMEN DE SALUD**

Las áreas que generalmente se van a valorar en un examen de salud escolar son (2) :

1. Somatometría
2. Constantes vitales
3. Higiene general
4. Exploración bucodental
5. Agudeza visual
6. Valoración postural
7. Nutrición y Alimentación

8. Sueño
9. Audición
10. Evaluación del desarrollo psicomotor
11. Evaluación del desarrollo social

### **3.3.- DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL**

El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social. No hay características o familiares que excluyan la posibilidad de abuso en niños ya que no hay un único factor de riesgo. Solo se detectan el 10-20% de los casos de maltrato existentes. Se han identificado varios factores de riesgo de maltrato infantil. Aunque no están presentes en todos los contextos sociales y culturales, dan una visión general que permite comprender las causas del maltrato infantil.

A nivel de enfermería escolar debemos:

- Buscar factores de riesgo que puedan hacer sospechar de un posible maltrato infantil.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica.
- Concertar entrevista con padres o tutores del menor maltratado en caso de que se sospeche maltrato infantil en el menor.
- Registrar lesiones sospechosas por si fueran sugerentes de maltrato.
- Cualquier síntoma sospechoso comunicárselo al trabajador social del centro.

#### **Cómo prevenir el maltrato infantil:**

- Informar de los factores de riesgo de maltrato infantil a otros profesionales del centro para que estén alerta.
- Realizar charlas sobre afectividad-sexualidad en los padres para evitar los embarazos no deseados.
- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres.
- Brindar orientación práctica a los padres en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva con el niño.
- Promover a los padres para una adecuada estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
- Ofrecer los recursos sanitarios y sociales alternativos al centro y que están disponibles cuando se identifica violencia doméstica, drogadicción o enfermedad mental de los padres.
- Derivar a los recursos sanitarios y sociales alternativos al centro escolar cuando observemos prácticas de castigo corporal en el niño.

#### **3.4.- RESULTADOS:**

Al finalizar el examen de salud de cada niño, se enviará a la familia un informe de:

- Los resultados obtenidos en las pruebas físicas.
- Las recomendaciones de acudir a los especialistas adecuados en los casos en los que se haya detectado alguna anomalía en el examen físico.
- Los resultados obtenidos en la encuesta de hábitos de salud.
- Las recomendaciones que deben seguir en cuanto al fomento de hábitos saludables en el niño y en la familia.

Sería recomendable aconsejar a la familia que acudan a su pediatra y/o enfermera de atención primaria con el informe para su valoración. Siempre hay que tener en cuenta que los datos de salud que manejamos de nuestros alumnos son confidenciales. La enfermera del colegio se quedará con una copia del informe, que se custodiará en la historia de enfermería de cada niño y será gran utilidad para su seguimiento en cada curso.

El examen de salud aporta un material esencial a la enfermería escolar, ya que es una herramienta clave para poder desarrollar investigación dentro nuestro campo específico.

En conclusión el examen de salud es una herramienta válida para detectar de forma precoz tanto patologías como factores de riesgos, y mejorar hábitos de salud en toda la comunidad educativa.

### **4.- URGENCIAS EN LA ESCUELA Y MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES EN UNA ENFERMERIA ESCOLAR (6)**

En los Centros Escolares la actividad asistencial es intensa y la enfermera escolar debe actuar en todas las situaciones que puedan surgir. Los alumnos acuden a la enfermería por distintos problemas de salud, que pueden ser agudos o no y deben resolverse al momento.

El papel de la enfermera escolar es formar a la comunidad educativa para que conozca los riesgos de los posibles accidentes, de cómo prevenirlos y cómo actuar de manera correcta en estos casos y también si suceden complicaciones en alumnos con patología crónica.

En la escuela, ante cualquier accidente se realizarán unos primeros auxilios básicos que se pueden definir como todas las medidas o actuaciones que realiza el auxiliador en el mismo lugar del accidente y con material improvisado hasta la llegada del personal especializado. La actuación básica en los primeros auxilios serán tener en cuenta la conducta PAS: Proteger, Alertar y Socorrer, siempre en este orden. Asimismo, valorar los signos vitales mediante el ABC: Conciencia y apertura

ra de vía aérea, Respiración y Signos circulatorios (pulso).

**4.1.- Recomendaciones básicas** por cualquier persona profesional del Centro son:

- Mantener la calma.
- Pedir ayuda: que avisen a la enfermera.
- Seguimiento de pautas médicas específicas por escrito en situaciones previsibles: hipoglucemias, crisis asmáticas, epilépticas...
- Valorar grado de urgencia.
- Tener normas de actuación protocolizadas en el centro escolar.
- Trasladar al alumno a un lugar tranquilo y seguro, si es posible.
- Avisar siempre a los padres o tutores legales, a la Dirección del colegio y a su tutor docente.
- Si la situación es grave o se tiene cualquier duda: avisar al 112.

**4.2.- ACCIDENTES ESCOLARES MÁS FRECUENTES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO:**> CAIDAS Y CONTUSIONES

- > HERIDAS
- > HEMORRAGIAS
- > QUEMADURAS
- > ATRAGANTAMIENTOS
- > INTOXICACIONES
- > PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO / SINCOPE

**4.3.- COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS:**

- > HIPOGLUCEMIA
- > HIPERGLUCEMIA
- > CRISIS EPILÉPTICA
- > CRISIS ASMÁTICA
- > ANAFILAXIS

Ante un accidente escolar es fundamental seguir estos principios generales: **transmitir tranquilidad, no desplazar y explorar.** Se instruirá a toda la comunidad educativa sobre cómo actuar ante un accidente hasta que llegue la ayuda sanitaria. En los colegios donde haya enfermera, la situación es más eficaz, pues valorará más adecuadamente el accidente y será quien dirija las actuaciones necesarias. Hay que valorar signos y síntomas de la situación urgente y observar todas las circunstancias del alumno de manera global para buscar la posible causa y resolver el problema.

En el Centro debiera existir un protocolo de actuación ante cualquier accidente escolar (directrices básicas para la sistematización ante una asistencia crítica).

Una adecuada prevención y educación sanitaria es fundamental en la escuela para evitar accidentes y poder actuar en todos los contextos de forma correcta.

**5.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR (7)**

Los Centros Educativos son, sin duda, espacios idóneos para la transmisión de enfermedades infecciosas; cualquier microorganismo encuentra en ellos el entorno ideal para su propagación. La dinámica escolar facilita la ocurrencia de contactos cercanos que favorecen el contagio en una población con la edad apropiada para el desarrollo de este tipo de patologías.

Considerando la actividad profesional de la enfermera escolar, el ámbito escolar ofrece el marco adecuado para intervenir sobre estas enfermedades desde varias perspectivas relacionadas con las distintas funciones que configuran la metodología enfermera.

Se hace evidente la importancia que adquiere el abordaje preventivo en este contexto, que permite elaborar e implementar tanto programas específicos de educación para la salud como medidas preventivas destinadas al alumnado, la comunidad educativa y la familia. El número de niños que acude a la escuela con una enfermedad infecciosa es difícil de estimar, con frecuencia, es la enfermera escolar, la primera en tener que decidir si se trata de un verdadero problema de salud y el tipo de asistencia que requiere.

La intervención asistencial del alumno afectado por una enfermedad infecciosa engloba todas aquellas actuaciones enfermeras destinadas a mejorar el estado del alumno durante su estancia en el Centro y, en caso necesario, las destinadas a evitar el contagio al resto de alumnos y personal del Centro.

Respecto a la permanencia en el domicilio y la readmisión posterior, no existe una normativa definida para las enfermedades infectocontagiosas, normalmente los plazos son establecidos por el médico de Atención Primaria o por el Especialista.

De manera más indirecta, la labor de la enfermera escolar repercute en el núcleo familiar del alumno ofreciendo información sobre el proceso, evolución y cuidados, aconsejando sobre la utilización de los recursos sanitarios más adecuados a cada proceso. En algunos casos, incluso es la única fuente de atención sanitaria.

De cualquier forma, la labor enfermera en los Centros Educativos revierte de manera muy positiva en el mantenimiento del ritmo de vida familiar, reduciendo considerablemente el absentismo escolar del alumno y el absentismo laboral de los padres.

**6.- ALUMNO CON PATOLOGÍA CRÓNICA EN LA ESCUELA (8)**

Durante la etapa escolar, nos encontramos con niños que precisan de cuidados específicos debido a las patologías crónicas que padecen.

La diferencia de la calidad de vida de estos niños escolarizados y sus familias, va a depender en gran medida, de si en dicho colegio hay personal de enfermería.

La figura de la enfermera, aporta no sólo los cuidados necesarios para el control de la enfermedad, sino que además, normaliza y por lo tanto colabora en la integración del niño en el entorno escolar, facilitándole la realización de actividades que de otro modo se encontrarían limitadas (excursiones, deportes, etc.).

También la enfermera escolar tiene una importante labor educativa, no solo para el niño con la patología crónica, sino también para el resto de la comunidad educativa.

Por otro lado, los padres de los niños afectados, verbalizan la tranquilidad y la seguridad que les ofrece el tener una enfermera en el Centro, ya que les posibilita el poder seguir desempeñando su trabajo con normalidad, puesto que en numerosas ocasiones cuando no existe dicha asistencia por parte del personal de enfermería en el colegio al que acuden sus hijos, uno de los dos progenitores debe renunciar a su puesto de trabajo para poder atender las necesidades que al niño le surjan durante el horario escolar. La presencia de la enfermera escolar va a ser por tanto, una pieza clave para la conciliación de la vida laboral y familiar de estas personas, disminuyendo considerablemente el absentismo laboral de las mismas por motivos relacionados con la enfermedad crónica que padecen sus hijos.

Para los tutores también resulta importante nuestra presencia, ya que de este modo, pueden dedicarse plenamente a su tarea educativa, académicamente hablando, sabiendo que las necesidades derivadas de la patología del alumno en cuestión, están bien atendidas. En este punto, es importante resaltar que el personal docente no tiene porqué estar capacitado para realizar tareas propias de enfermería relacionadas con el cuidado del alumno.

El objetivo es normalizar la escolarización del alumno con patología crónica para que no se le excluya de ninguna actividad escolar y para ello, la figura de la enfermera es un punto clave para que sea una realidad.

Puesto que nuestro objetivo es por un lado, favorecer la integración del niño con una determinada patología crónica, y por otro realizar una buena atención de enfermería, será necesario conocer en primer lugar, los principales procesos crónicos con los que nos vamos a encontrar y en segundo, conocer la intervención de la enfermera ante dichos procesos, para de ese modo realizar una adecuada actuación.

Los procesos que con mayor incidencia nos vamos a encontrar y que así recoge la Encuesta Nacional de Salud (2006) son:

- > Alergias
- > Asma
- > Diabetes
- > Tumores malignos incluyendo leucemias y linfomas
- > Epilepsia
- > Trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad)
- > Trastornos mentales

## 7.- SALUD MENTAL EN LA ESCUELA (9)

Prevenir en Salud Mental en la infancia y adolescencia desde el ámbito educativo es fundamental. Un niño con desajustes emocionales y problemas de conducta es muy probable que sufra dificultades en la escuela. La infancia es la etapa en la que se inicia el aprendizaje y la socialización, donde la escuela tiene un papel muy protagonista, es además el momento de la adquisición, maduración y consolidación de las funciones elementales; y la adolescencia, etapa previa a la edad adulta, es sin duda un tiempo muy vulnerable, con desequilibrios constantes debidos a los múltiples cambios físicos, intelectuales, emocionales, sociales que pueden desencadenar conductas inadaptadas que se mantengan en la edad adulta.

Los conocimientos en Pediatría y Psiquiatría de la enfermera escolar le permiten dar una atención de calidad al alumno con esta problemática, tanto desde el campo de la prevención como del tratamiento.

A nivel asistencial será la encargada y responsable de la administración y control de la medicación y así mismo deberá estar atenta a la detección precoz de posibles somatizaciones de síntomas emocionales en la enfermería del colegio. Será también el enlace idóneo entre los servicios de Salud Mental y el colegio.

A nivel educativo y de orientación participará en la elaboración y desarrollo de programas de educación para la salud que fomenten modelos educativos favorables al desarrollo de conductas adecuadas.

Los problemas de salud mental en los

alumnos van a tener sin duda una marcada influencia en la adquisición de conocimientos, éxito escolar y en la adecuada convivencia y relación social con los compañeros y profesores de sus centros educativos.

Debemos plantearnos por tanto como objetivo fundamental una labor preventiva encaminada a la detección precoz de problemas de salud mental y de conducta, evitar el fracaso escolar, el consumo de sustancias tóxicas y formar a adultos que puedan realizarse de la forma más normalizada posible en todas las facetas de la vida: laboral, social y familiar.

Es importante conocer datos epidemiológicos sobre las principales patologías que nos vamos a encontrar en estas edades, y su incidencia en las distintas etapas educativas.

## 8.- NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS (10)

Los niños en edad de escolarización obligatoria, pasan muchas horas en el Centro Educativo, por lo que deberán estar correctamente alimentados y nutridos. La situación social en la que vivimos, hace que en numerosas ocasiones, ambos progenitores trabajen, por lo que los niños deben quedarse a comer en el colegio. El horario escolar también está siendo modificado, pues se ve ampliado por las llamadas "horas de permanencia" al inicio y al final de la jornada propiamente lectiva. Los menús escolares suelen venir elaborados desde la empresa que lleva la cocina y el comedor, aunque en ocasiones no sean los más adecuados para el correcto desarrollo del niño.

Hay que destacar que cada vez, se necesitan más dietas especiales en los comedores, ya sea por religión, intolerancias, alergias a determinados alimentos u otros problemas de salud y esto hace que el comedor sea un momento dentro del horario escolar de suma importancia. No hay que excluir a ningún niño por tener que modificar el menú debido a problemas de salud agudos como una diarrea o control de la dieta por distintas patologías crónicas como es el caso de la diabetes.

Se debe tener en cuenta, a aquellos niños que requieran un proceso de elaboración distinto en la textura de los alimentos (triturado, purés) debido a problemas en la deglución o masticación. Otro caso particular también, son los alumnos que requieren una alimentación por sonda, ya bien sea nasogástrica o gastrostomía. Esto sucede principalmente en Colegios de Educación Especial, donde la hora de comedor es mucho más complicada.

## 9.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS (11)

Debemos saber, que en base a las propuestas realizadas por la Unión Europea y adaptadas al Sistema Educativo Español, se desarrollan en España lo que se conoce como Competencias Básicas, que son "aquellas habilidades que debe haber desarrollado un alumno al finalizar la enseñanza obligatoria para poder lograr su realización personal, ejercer la ciudadanía activa, incorporarse a la vida adulta de manera satisfactoria y ser capaz de desarrollar un aprendizaje a lo largo de la vida.

También dentro del Currículo Escolar se encuentran lo que se llaman temas transversales, entre los que se encuentran la educación para la salud y la educación sexual.

Ya que está claro que la EPS forma parte del Currículo Escolar, dependerá de la Dirección del Centro, la forma de afrontar este tema, pues en ocasiones, lo hace el maestro y en otras la enfermera. Bajo nuestro punto de vista, sería necesaria la colaboración entre ambos para llevar a término los objetivos programados.

La clave para introducir la EPS de forma continua y no puntual en los centros escolares sería a través de Proyecto Educativo del Centro (PEC), así las escuelas que promocionan la salud desde su planteamiento educativo están construyendo las bases para alcanzar los diferentes objetivos educativos.

La OMS, UNESCO, UNICEF, el Consejo de Europa, la Comisión Europea y la OCDE, avalan que es la escuela el medio más efectivo para promover estilos de vida saludable en la población infantil y juvenil, independientemente de factores sociales como clases social, género o nivel educativo de los padres.

Creemos que la existencia de la enfermera en los Centros Escolares es un pilar básico, ya que uno de los requisitos para una intervención de calidad es disponer de personal adecuado. La unión maestro-enfermera y el trabajo en equipo puede dar como resultado una población con mejores rendimientos académicos, (existen suficientes evidencias que relacionan las conductas orientadas a la salud con mejora del rendimiento académico).

La necesidad de una coordinación con todas las administraciones implicadas, Conserjería de Educación, Sanidad y Administraciones Locales, Personal de Educación y Sanidad, junto con alumnos y padres pueden dar los resultados esperados.

La EPS se debe dirigir también, a todos los profesionales del Centro: profesores, técnicos educativos III, personal de comedor y a las familias. Y en los diferentes niveles: a nivel individual, grupal y comunitario.

## 9.1.- EPS EN LA ESCUELA. ASPECTOS GENERALES

### 9.1.1 - En relación con los alumnos

En el momento de comenzar a trabajar deberemos realizar un análisis de la situación: es preciso tener claro a qué grupo va destinada la EPS.

La población de alumnos con la que trabajamos abarca desde los 3 a los 16 años en Centros Educativos Ordinarios y de 3 a 18 años, prorrogables a 21 años en Centros de Educación Especial.

Al ser una población tan dispar, los contenidos, las actividades, o la metodología tendrán que ser adaptada según características; por ejemplo la edad, no es lo mismo enseñar a los alumnos de infantil el lavado de dientes, que tratar primeros auxilios en bachillerato, así mismo si hablamos de educación especial los contenidos, las actividades y la metodología tendrán que ser adaptados en función de su capacidad intelectual y habilidades motoras.

### 9.1.2: En relación con otros profesionales

La enfermera en este tema como en cualquier otro relacionado con el desarrollo de sus funciones, deberá establecer la comunicación necesaria con la dirección y otros órganos del colegio ya que la introducción de cualquier proyecto de salud deberá formar parte del ideario común del colegio, si queremos que la EPS sea efectiva ésta no puede ser algo esporádico o exclusivo de la enfermera.

Es conveniente hablar con el profesor y/u otros profesionales, para que nos informen de la dinámica de la clase, o la actividad así como de los conflictos, las motivaciones y las actitudes de los alumnos, además se debe tener en cuenta a los alumnos con necesidades educativas especiales para realizar las adaptaciones convenientes: visuales, auditivas, de acceso al ordenador. Debe existir una bidireccionalidad para poder proponer temas susceptibles de elaborar una EPS: un alumno del aula con patología crónica, o un aumento del riesgo de consumo de sustancias tóxicas, etc.

### 9.1.3: En relación con las familias

Las escuelas de padres son un lugar idóneo para la realización de EPS a los familiares de los alumnos, en concreto en los Centros de Educación Especial

adquiere una gran importancia, ya que hay alumnos con gran nivel de dependencia y necesidad de ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

La enfermera escolar conoce el entorno social donde trabaja, ya que tiene relación directa con las familias y los alumnos y trabaja estrechamente con los demás profesionales del Centro Educativo: orientador, maestros, PTSC (Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad).

La enfermera debe tener conocimiento de otros factores que también influyen y están relacionados con elementos socio-culturales como:

- ▶ Factores del entorno próximo: grupo familiar, escolar.
- ▶ Factores del entorno social: condiciones de vida, recursos disponibles.
- ▶ Factores personales: (4)
  - ◁ Área cognitiva; conocimientos, análisis y valoración de situaciones
  - ◁ Área emocional: Creencias, valores, actitudes, autoestima, autocontrol, normas...
  - ◁ Área de habilidades sociales: Técnicas de comunicación, manejo de conflictos (10)

## CONCLUSIONES

Al niño con problemas socio-sanitarios y durante su etapa de escolarización obligatoria de los 3 a los 16 años, desde el ámbito educativo hay que darle una respuesta a sus necesidades de salud y en qué mejor ámbito que en el lugar dónde permanecen gran parte del día, la escuela. En Educación Especial se contempla su escolarización hasta los 21 años.

Los Centros Educativos con Enfermería Escolar, son un escenario idóneo para complementar a otros servicios sanitarios y sociales y coordinar programas y actuaciones que mejoren la calidad de vida de los alumnos en general y de los niños y jóvenes que presenten alguna enfermedad crónica y/o discapacidad en mayor o menor grado, bien desde los colegios ordinarios de Infantil y Primaria (CEIP) y Secundaria o desde los Centros de Educación Especial (CPEE).

La Legislación Española presenta grandes lagunas a este respecto, si bien aporta Leyes Genéricas, cada Comunidad Autónoma interpreta o desarrolla las mismas de diferente manera.

Centrándonos en la Comunidad de Madrid (CAM), donde este perfil considerado aún emergente para muchos y muy desconocido, la enfermera escolar lleva ya casi 4 décadas en los colegios, entendido según el perfil que AMECE recoge y avala, primero figura clave en los CPEE y posteriormente en los

Centros Ordinarios en función de la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y posteriormente y a demanda de padres y asociaciones de afectados para la atención de alumnos con enfermedades crónicas: epilepsia, asma, alergias, diabetes...

En la actualidad hay unas 500 enfermeras en los colegios de la CAM, cifra muy variable cada Curso, en función de las necesidades y que aunque con distintas modalidades de contratación, cada año aumenta, por lo referido anteriormente, la presión familiar y la necesidad creada, permitiendo a los progenitores una mejor conciliación de la vida familiar y laboral.

Además de la coordinación con la Comunidad Educativa (alumnos, padres y Profesionales), se debe mantener una estrecha relación con los servicios sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria así como con los Servicios Sociales (protección de menores y problemáticas familiares) ●

## ANEXO:

### CENTRO PÚBLICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL MARÍA SORIANO (12)

La primera enfermera escolar en España en Centros Públicos surge en Colegios de Educación Especial hace más de 30 años, sabiendo que fue pionero el Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos de Madrid (INRI, en la actualidad CPEE María Soriano).

En pocos años, todos los Colegios de Educación Especial fueron contando con esta figura.

Sin embargo, no será hasta la Ley 13/1982 de 7 de Abril de Integración Social de Minusválidos (LISMI), cuando se integra Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE) en colegios públicos de infantil, primaria y secundaria y posteriormente aparece por primera vez la enfermera escolar en estos centros en 2.001 en la Comunidad de Madrid.

Según un estudio realizado por López Langa N. en 2.008 (13), la Comunidad de Madrid contaba con 22 enfermeras en Colegios Públicos de Educación Especial y 41 enfermeras en colegios públicos de educación infantil y primaria.

El CPEE María Soriano es un Centro Educativo **singular** con **atención integral** planificada para desarrollar al máximo las capacidades y competencias de los alumnos escolarizados con discapacidad motórica y de ámbito regional de la Comunidad de Madrid.

El actual Centro se configura como una Institución destinada a atender las Necesidades Educativas Especiales de Alumnos plurideficientes afectados por deficiencias motóricas y otras asociadas asistiendo a una población comprendida entre los tres y veintinueve años, tanto en régimen de internado (residentes) como externado, procedentes de Madrid capital y de la Comunidad Autónoma.

Sus características específicas son:

- Atiende tan solo a alumnos afectados por deficiencia motórica con otra/s asociada/s.
- Está dotado de una Residencia para alumnos.
- Cuenta con multitud de servicios del ámbito médico y de rehabilitación.

Como consecuencia de lo anterior está dotado con una gran variedad de recursos humanos y materiales:

**a) Escolar:** Unidades escolares de:

- Educación Infantil Especial (EIE)
- Educación Básica Obligatoria (EBO)
- Programa de Formación para la Transición a la Vida Adulta (PFTVA)

Atendidas por maestros de Pedagogía Terapéutica (Tutores) y otros profesores especialistas de Audición y Lenguaje (Logopedas), Ed. Física, Ed. Musical, Maestros de Taller, Orientador, Servicios a la Comunidad (Trabajo Social) que atienden a los alumnos de las tres etapas educativas EIE - EBO - PFTVA.

**b) Residencial:** Residencia para 30 alumnos, para atender a los alumnos residentes, fuera del horario escolar. Está dotada de su propio personal especializado como Jefe de Residencia, Educadores y Cuidadores.

**c) Médico-Rehabilitador:** La atención tanto médico-sanitaria como rehabilitadora de todo el alumnado es llevada a cabo por los médicos, médico-rehabilitador, diplomados universitarios en enfermería, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

**d) Administración y servicios:** El Centro cuenta con servicios administrativos, conserjería, comedor, Personal de Servicio Doméstico, vigilancia nocturna, mantenimiento y transporte escolar.

Para poder prestar todos estos servicios el Centro, dispone de amplias instalaciones, que están bien adaptadas y carecen de barreras arquitectónicas.

Entre sus dependencias se encuentran aulas, aseos, tutorías, "**Sala Multisensorial**", Gimnasio, Aula de informática, dormitorios, baños, comedores, salas de juegos, consultas, control de enfermería, habitaciones de encamados, habitación de "aislamiento", sala de curas,

sala de fisioterapia, sala de terapia ocupacional, administración, cocina, almacenes, patios de recreo, jardines, etc...

#### **Objetivos del Departamento de Enfermería:**

- Conocer el nivel de salud de los alumnos.
- Lograr la detección y tratamiento precoz de los problemas de salud.
- Promover la inmunización correcta de los escolares.
- Contribuir a la existencia de un medio ambiente y una vida escolar saludables.
- Fomentar la existencia de actitudes, conocimientos y hábitos sanos entre los integrantes de la comunidad escolar.
- Fomentar los proyectos educativos que desarrollen la Educación para la Salud en el centro.
- Impulsar y colaborar en la coordinación de las Instituciones y entidades relacionadas con la Salud Escolar y la Comunidad Educativa.

#### **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA ENTRE EL DEPARTAMENTO SANITARIO DEL CPEE MARÍA SORIANO Y LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS. MADRID.**

#### **OBJETIVO GENERAL (Cuidados paliativos)**

Procurar que durante el proceso de la enfermedad de pronóstico letal del alumno, tengan una calidad de vida aceptable, mediante los cuidados integrales recibidos en colaboración con la UCPAL Pediátricos.

#### **¿A QUIÉN ATIENDEN?**

Alumnos con graves discapacidades de toda la Comunidad de Madrid. Preferentemente con discapacidad motora.

En la actualidad 7 alumnos del CPEE María Soriano están incluidos en este Protocolo que lleva en funcionamiento desde el año 2008, fecha de creación de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos.

Esta colaboración conjunta, obtuvo la Primera Mención Especial del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid (2011).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). **Perfil de la Enfermería Escolar**. Año 2010. Disponible en [www.amece.es](http://www.amece.es)
- 2.- López Langa, N. Coordinadora de la Serie titulada "Enfermería Escolar" de la revista **Metas de Enfermería**. Editorial Difusión Avances de Enfermería, SL (DAE,SL). ISSN: 1138-7262. Depósito Legal: M-43015 -1997

3.- González García, N., López Langa, N. **Antecedentes Históricos y Perfil de la Enfermería Escolar**.

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 15 - nº 7 - Páginas: 50-54 (Septiembre 2012)

4.- Ruiz Alcalá, C., García Marina, MC., González García, N. **Gestión de un Servicio de Enfermería Escolar**.

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 15 - nº 8 - Páginas: 50-55 (Octubre 2012) Coordinadora: López Langa, Natividad

5.- García Dueñas, P., Cuesta del Amo, M., González García, N.

**Examen de salud Básico en un Servicio de Enfermería Escolar**

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 15 - nº 9 - Páginas: 50-56 (Noviembre 2012). Coordinadora: López Langa, Natividad

6.- Cuesta del Amo, M., García Dueñas, P., Martín Muñoz, V.

**Urgencias y motivos de consulta más frecuentes en Enfermería Escolar**.

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 15 - nº 10 - Páginas: 73-77 (Diciembre 2012/Enero 2013). Coordinadora: López Langa, Natividad

7.- López Gutiérrez; M., García Marina, C. **Enfermedades Infecciosas y Parasitarias en el Ámbito Escolar**

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 16 - nº 1 - Páginas: 62-66 (Febrero 2013) Coordinadora: López Langa, Natividad

8.- Rodríguez Soriano, SC., Martínez Muñoz, V.

**Procesos Crónicos en la escuela**

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 16 - nº 2 - Páginas: 72-76 (Marzo 2013) Coordinadora: López Langa, Natividad

9.- García Marina, C., González Prieto, IN.

**La Salud Mental en la Escuela**

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 16 - nº 3 - Páginas: 70-74 (Abril 2013) Coordinadora: López Langa, Natividad

10.- Martín Muñoz, V., Cuesta del Amo, M., Rodríguez Soriano, SC.

**Nutrición y Alimentación en Centros Educativos**.

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 16 - nº 4 - Páginas: 73-76 (Mayo 2013) Coordinadora: López Langa, Natividad

11.- González Prieto, IN., García Dueñas, P., Rodríguez Soriano, SC.

**Educación para la Salud en la Escuela**

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 16 - nº 5 - Páginas: 68-72 (Junio 2013) Coordinadora: López Langa, Natividad

12.- **CPEEMS**. Disponible en:

<http://www.educa.madrid.org/web/cpee.mari-atoriano.madrid/>

13.- López Langa, N.

**Análisis de la Enfermería en el Ámbito Educativo en la Comunidad de Madrid**.

Revista Metas de Enfermería. Publicación: vol. 13 - nº 4 - Páginas: 56-61 (Mayo 2010)

## **Perspectiva Multiprofesional:** **Trabajo Social**

**Lourdes Clabo Hernández**

Trabajadora Social. Ayuntamiento de Getafe

En la presente exposición se pretende reflejar la importancia de la intervención multidisciplinar en el área de familia del Ayuntamiento de Getafe.

En una primera parte se explicará la organización de los servicios sociales del Ayuntamiento de Getafe, mostrando especial atención en el área de familia y el contexto legal que lo regula.

A continuación se expondrá el protocolo de actuación en casos de maltrato a menores al ser un proceso en el que es indispensable la intervención desde una perspectiva multidisciplinar y las comisiones de apoyo a la familia como órgano que legitima la intervención desde distintos profesionales.

Por último analizaremos como entendemos la intervención multidisciplinar, porqué y para qué es útil en la prevención y/o tratamiento de casos de menores en situación de vulnerabilidad social.

La concejalía de Asuntos Sociales, Familia, Dependencia e Integración tiene distintas áreas de intervención:

- Información, asesoramiento y orientación que es la puerta de entrada a los servicios sociales
- Apoyo a la convivencia ciudadana con su vertiente en familia y desarrollo comunitario
- Inserción
- Atención a la dependencia.

### **Área de Familia**

**El objetivo principal** del programa de familia es asegurar la protección de los menores y prevenir y/o tratar casos de conflicto familiar.

#### **SUS FUNCIONES:**

- Detección de situaciones de riesgo e intervención para disminuir el riesgo o mejorar la convivencia
- Prevención de situaciones de desprotección que supongan la adopción de medidas como guarda o tutela
- Promover si fuera necesario medida de protección
- Apoyo a las familias en situación de vulnerabilidad y/o conflicto
- Gestión de prestaciones
- Asesoramiento jurídico

#### **MARCO LEGISLATIVO:**

- **A nivel internacional** resaltaremos la Declaración de los Derechos del niño de 1924 y la Carta Social Europea de 1961
- **A nivel estatal** destacamos el artículo 39 de la Constitución Española donde se refleja la obligación de los poderes públicos para asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y que los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales.
- **A nivel autonómico** señalar dos leyes:

**Ley 6/1995** de Garantía de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia destacando los artículos 45 y 47 que indican la obligatoriedad de los servicios de salud y de los centros escolares de poner en conocimiento de la "Comisión de tutela del Menor y de la autoridad judicial o ministerio fiscal aquellos hechos que puedan suponer existencia de desprotección o maltrato o riesgo infantil así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño".

El artículo 50 refiere que "la protección social de los menores que se encuentren en situaciones de riesgo social corresponde al Sistema Público de Servicios Sociales, para lo cual desde la Red de Servicios Sociales Generales se desarrollarán las actividades de prevención, atención y reinserción que sean necesarias, encuadradas en los programas correspondientes".

**La ley 18/1999** que regula la Comisión de Apoyo a la Familia de la que hablaremos con posterioridad al ser el organismo que legitima una intervención desde una perspectiva multidisciplinar.

#### **VERTIENTES DE LA INTERVENCIÓN DEL ÁREA DE FAMILIA:**

- **Preventiva:** detectando situaciones de riesgo y actuando para evitar desprotección
- **Terapéutica:** facilitando procesos de cambio para un buen desarrollo de los niños
- **Inclusión:** Ayudando a potenciar recursos personales y sociales

Teniendo en cuenta las vertientes de intervención señaladas anteriormente y basándonos en la obligatoriedad legal de los servicios sociales de intervención para la protección de la infancia, vamos a exponer el proceso de actuación en casos de maltrato.

#### **PROCESO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE MALTRATO:**

Los concretamos en 3 fases:

1. Detección
2. Notificación
3. Intervención/valoración

#### **Detección:**

Salud, educación, policía, justicia, servicios sociales... pueden detectar una sospecha de riesgo y/o maltrato y nos lo comunican.

De esta detección se puede desprender una intervención urgente que implica maltrato grave o desamparo o bien una intervención ordinaria que supone maltrato leve o riesgo.

#### **Notificación:**

En caso de maltrato grave o desamparo se solicitará una protección inmediata que derivará en acogimiento familiar o atención residencial.

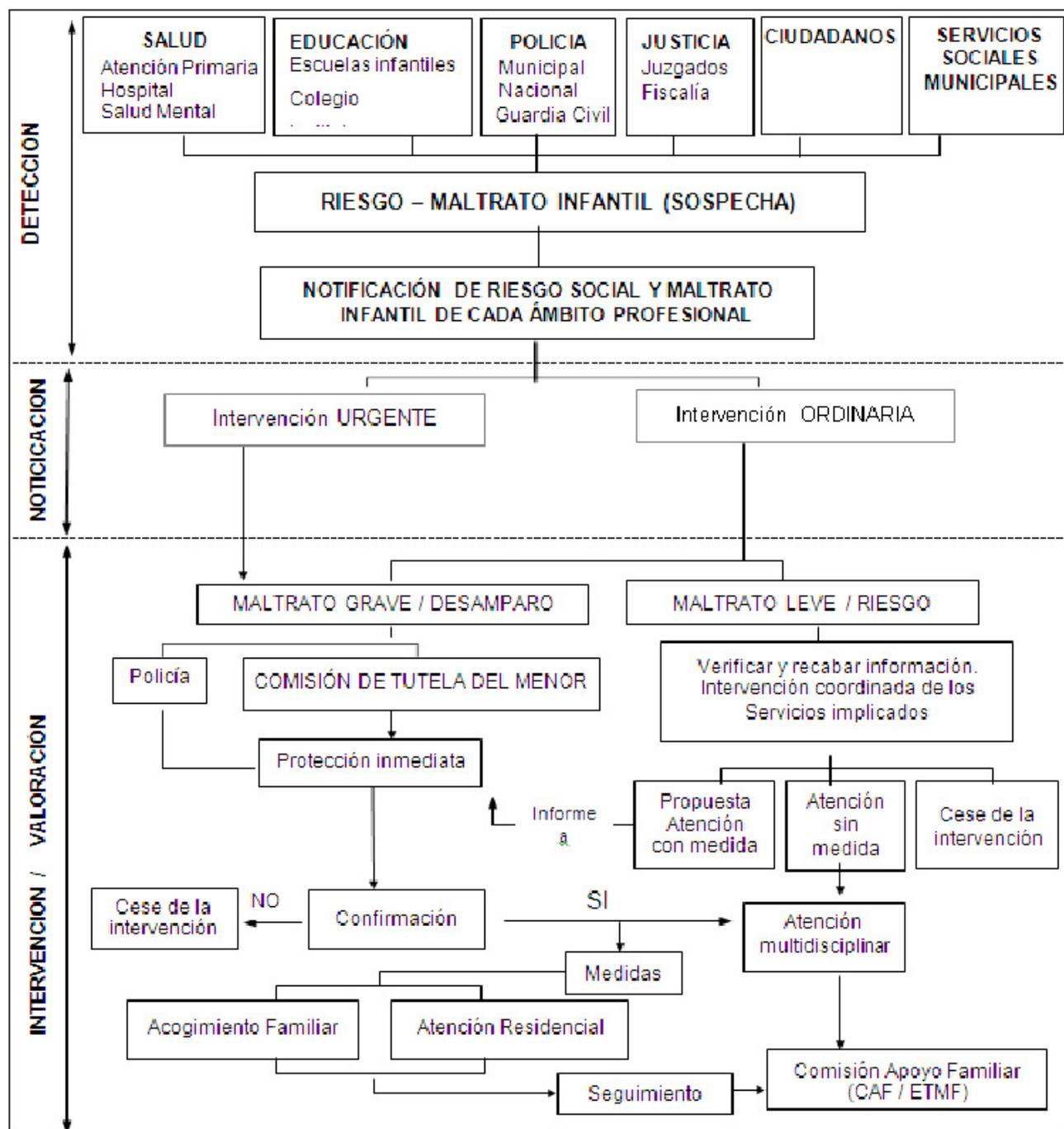
En caso de maltrato leve o de riesgo, se verificará y recabará más información en contacto y coordinación con los servicios que atienden a la familia.

#### **Intervención/valoración:**

En caso de maltrato grave, la intervención posterior será interdisciplinar o multidisciplinar y se utilizará la CAF (comisión de apoyo a la familia) como garantía de la ejecución de este tipo de trabajo y como legitimadora de un proyecto único de intervención.

En caso de maltrato leve, la intervención puede derivar en una medida o en cierre del expediente. En ambos casos se puede utilizar la CAF como instrumento facilitador de la intervención.

- FASES DEL PROCESO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL DESDE SERVICIOS SOCIALES -



Tomado de Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Atención al maltrato infantil desde los servicios sociales. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2001

**LA COMISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA:**

Está regulada en el artículo 15 de la ley 18/1999 de 29 de abril y es un órgano técnico para valorar situaciones de riesgo, desamparo o conflicto y para la coordinación y seguimiento de las actuaciones.

Está formada por 7 miembros permanentes de servicios sociales, salud, educación, residencias infantiles, salud mental, IMMF.

Sus funciones son:

1. Valorar situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto.
2. Orientar y asesorar la elaboración y revisión de los Proyectos de Apoyo Familiar.
3. Facilitar la coordinación de las actuaciones que se puedan derivar de los Proyectos de Apoyo Familiar y que afecten a los distintos profesionales y servicios.
4. Elaborar periódicamente los estudios que con fundamentación estadística, permitan conocer la naturaleza y distribución de los factores de riesgo y de protección asociados.
5. Proponer al consejo Local, la elaboración e implantación de programas que persigan la supresión o reducción de los factores de riesgo y la promoción de las condiciones de integración social.

**ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA INTERVENCIÓN DESDE EL EQUIPO DE FAMILIA:**

- El objeto de la intervención del Equipo de Tratamiento Familiar es la protección de los menores.
- Los menores, debido a que se encuentran en un continuo proceso de desarrollo, se encuentran en una clara situación de desventaja respecto a las personas adultas. Su forma de pedir ayuda se suele traducir en lo comportamental, relacional... Sin expresarlo de forma evidente.
- Es importante que, desde nuestra figura de adultos y profesionales que trabajamos con ellos, seamos capaces de entender estas formas de expresión e identificar posibles situaciones de riesgo.

**LA INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR****Qué es:**

Partimos de que es un grupo de distintos profesionales de distintas o iguales disciplinas que entrelazan su trabajo para consensuar objetivos que faciliten el bienestar del individuo o familia al favorecer un conocimiento más integral y global de todos los factores que están incidiendo en la problemática planteada.

**Por qué:**

- Porque la salud según la OMS es: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."
- Porque la realidad es compleja y tiene diferentes perspectivas por eso se necesitan diferentes enfoques, distintas formas de ver la realidad.
- Porque cuanto mayor es la problemática familiar, mayor es el número de profesionales:

FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS = FAMILIAS MULTIASISTIDAS

- Porque en el individuo y familia confluyen las distintas áreas sobre las que se va a intervenir (salud, momento evolutivo, colegio, ocio...).

- Porque cada individuo es único y sus circunstancias interaccionan de una manera propia en cada uno generando unas capacidades o dificultades distintas en cada caso.

**Para qué:**

"Para conocer aquello que no vemos. No podemos valorar aquello que por formación o experiencia desconocemos y que puede estar incidiendo en la problemática que se plantea. El trabajo en red puede ayudar a configurar el "puzzle" y entender y poder ayudar y resolver de un modo más adecuado.

- Para mejorar la eficacia del trabajo al consensuar objetivos de intervención.
- Para aportar diferentes enfoques para un mejor análisis del caso.
- Para facilitar un diagnóstico adecuado al conocer la realidad desde diferentes perspectivas.
- Para dar respuesta global y organizada a cada situación respetando el proceso de cada uno, más allá de los objetivos institucionales de cada profesional.

**CONCLUSIONES**

- La perspectiva multidisciplinar enriquece y permite abordar de manera adecuada a la familia disfuncional.
- La intervención multiprofesional sirve de apoyo a la familia en su proceso de cambio.
- Las familias multiasistidas sin coordinación entre profesionales y sin un enfoque multidisciplinar, se convierten en familia "chicle" y podemos boicotear el proceso de cambio y evolución familiar respondiendo a los intereses profesionales por encima del bienestar familiar.
- La atención integral de la familia revierte de manera favorable en el bienestar de la sociedad •

## **Perspectiva Multiprofesional:** **Psicología**

**M<sup>a</sup> Ángeles Ortiz Fernández**

Psicóloga. Directora CAT APANID

La Perspectiva Multiprofesional en la atención a los problemas sociosanitarios de la infancia es clave. La forma en la que las ciencias de la salud y las ciencias sociales han progresado y evolucionado en los pasados años, además de los cambios sociales generales acontecidos, han influido directamente en los conceptos y métodos utilizados en la actualidad en el campo de atención sociosanitaria. Las diferentes formulas surgidas ponen de relieve la importancia de la coordinación, integración, colaboración y complementariedad en los distintos niveles de intervención: entre profesionales, entre instituciones sociales, sanitarias y educativas, entre la iniciativa social, publica, entre los diferentes tipos de recursos.

Mi trabajo me ha llevado a conocer de forma profunda el desarrollo del niño, el impacto en la familia del diagnóstico de un posible trastorno y las consecuencias futuras que conlleva todo ello. Desde este encuadre, ya adelante que, solo puedo entender mi trabajo **JUNTO CON** profesionales del ámbito sanitario, educativo y de servicios sociales. Hoy, tengo la responsabilidad de enfocar la **Perspectiva Multiprofesional en la atención a los problemas sociosanitarios de la infancia** desde un Centro de Atención Temprana (*a partir de aquí CAT*), que pertenece a una Entidad de iniciativa social y forma parte de la red concertada del Instituto Madrileño de la familia y el Menor de la Comunidad de Madrid.

Consideramos que la Atención Temprana (*a partir de aquí AT*) requiere unos aspectos que son básicos y debemos hacer hincapié en ellos, porque pensamos que son fundamentales para el futuro:

- Pronta detección y prescripción
- Comenzar la intervención lo antes posible
- Asegurar el acceso y continuidad en el servicio a todos los niños que lo precisen
- Considerar a los padres ejes de la intervención y parte activa de la misma.<sup>1</sup>

Hablamos de un sector de la población de menores de 0 a 6 años donde la comorbilidad y la multifactorialidad son elementos muy frecuentes ya que padecen o tiene riesgo de padecer un trastorno crónico en su desarrollo de tipo físico, psíquico, conductual o emocional y que van a requerir servicios específicos de salud, de educación y sociales a lo largo de su vida y, seguro, mas allá de los que necesitan la población en general. Se suman, además, las particulares circunstancias familiares y del entorno de cada caso. Ante esta realidad, es necesario contar con un abordaje multidisciplinar de profesionales competentes en los distintos ámbitos del desarrollo infantil, de la salud, de la educación y de servicios sociales, coordinados para dar respuesta a estas situaciones.

Durante los últimos años, he trabajado en la corriente que ha dirigido a la AT hacia un Modelo Biopsicosocial, basa-

do en un planteamiento integral, sistémico, multiprofesional que recoge las actuaciones de diferentes ámbitos disciplinarios y dependencias institucionales (sociales, sanitarias y educativas) dirigidas a garantizar la igualdad de oportunidades de los niños con discapacidad/trastorno del desarrollo o en situación de riesgo y, también, del entorno familiar y el contexto que los rodea.

El objetivo a conseguir es que estos menores puedan recibir, desde la perspectiva preventiva, todo lo que potencie su capacidad de desarrollo y bienestar, su autonomía personal fomentando la inclusión plena en el entorno familiar, educativo y social.

Por ello, el reto fundamental de la AT, es la coordinación eficaz entre los tres sistemas señalados que ha de llevar a una integración de actuaciones desde los diferentes ámbitos profesionales que están presentes, para lograr continuidad colaboración, complementariedad, corresponsabilidad, retroalimentación y una actuación global eficaz y eficiente de la intervención que considere al niño/a, a su familia y a su entorno en su globalidad. Debemos remarcar que la familia se considera la base, el pilar, de todas las actuaciones que se propongan con el niño desde un punto de vista multidisciplinar.

Este planteamiento multiprofesional y coordinado en AT supone un derecho tanto del niño como de su familia y una responsabilidad de los profesionales para lograr la mayor calidad posible en AT. La necesidad de coordinación es cada vez más reconocida por todos los agentes presentes en AT: padres, profesionales, sociedad.... Para los profesionales debe implicar un compromiso pero, también, debe comportar unos condicionantes para llevarla a efecto como son: una adecuada formación específica y conjunta; además, que dicha coordinación esté, de una vez por todas, regulada, porque aún depende de elementos que sabemos necesarios, como son: la sensibilización, la voluntad personal, de los recursos existentes, el conocimiento mutuo de los propios profesionales, etc....

A tenor de todo lo expuesto hasta este punto, desde un CAT, como servicio de carácter interdisciplinario con el objetivo de garantizar la atención a la población infantil de 0 a 6 años que presenten discapacidad/trastorno en su desarrollo o riesgo de padecerlos, partimos de una máxima: el planteamiento eficaz de la AT tiene una perspectiva integral e integrada, intersectorial e interdisciplinar, basada en el trabajo coordinado de los profesionales de los ámbitos de salud, educación y servicios sociales. Este enfoque precisa la garantía de asegurar una continuidad terapéutica-asistencial basada en los esfuerzos de los distintos profesionales para marcar una línea común de trabajo en cuanto a detección, diagnóstico, derivación, intervención y coordinación de actuaciones, teniendo en cuenta al menor, la familia y su entorno.

Desde el CAT se reconoce que la atención integral en AT debe significarse por su carácter universal y por estar sustentada en los principios básicos de diálogo y participación, igualdad de oportunidades, integración social, interés superior del menor, interdisciplinariedad, coordinación entre instituciones, cualificación profesional, descentralización y zonificación, libre elección, calidad y sostenibilidad.

<sup>1</sup> Sanz Andrés, M.J.: Protección de la Dependencia y Leyes de Servicios Sociales del siglo XXI "Apoyos y obstáculos de la nueva normativa político-social para la atención temprana". X Jornadas SIPOSO.2011

El CAT, en la Comunidad de Madrid, acompaña a las familias a lo largo de los 6 años que puede durar la atención especializada de sus hijos e hijas con discapacidades o alteraciones de tipo cognitivo, motor, de la comunicación y sensoriales. Cuenta con un equipo interdisciplinar, con profesionales formados en las distintas especialidades, como fisioterapia, logopedia, psicología, pedagogía, fisioterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional, trabajo social, especializados en desarrollo infantil, de su evolución típica, en variaciones y desviaciones que impliquen patología. La metodología de trabajo esta basada en la coordinación y el trabajo conjunto.

El proceso interdisciplinar que supone la coordinación interna y externa, en la organización de los Equipos Técnicos del CAT es fundamental, ya que es la mejor forma de trabajo para satisfacer las necesidades de la población susceptible de atención. Supone un modelo terapéutico más eficaz y eficiente además de motivador y formativo para los profesionales.

El ámbito de actuación del CAT, dentro del nivel de prevención terciaria, es la intervención que se realiza una vez que se ha instaurado la discapacidad, con el objetivo de reducir sus consecuencias o evitar la suma de deterioros futuros: Tiene en cuenta la:

#### - ATENCIÓN AL MENOR:

✓ El CAT pone a disposición del menor y su familia un equipo interdisciplinar que se pone en marcha, ya desde el primer contacto, fundamentalmente avalado por un documento de derivación emitido por un servicio público de salud o educación o servicios sociales. Se inicia la recepción del caso y el proceso de acogida, la entrevista psicosocial inicial, proceso de evaluación inicial, elaboración de hipótesis diagnóstica, entrevista de devolución y propuesta de intervención teniendo en cuenta al menor, la familia y el entorno, elaboración del programa que está sujeto a evaluación continua, junto a una actuación globalizada hasta el final de la atención donde se realiza una evaluación final.

✓ La intervención terapéutica sobre el niño/a se planifica con carácter global e interdisciplinar, considerando características del niño/a en los distintos ámbitos del desarrollo, sus antecedentes y proceso evolutivo, así como las capacidades y necesidades de todo el sistema familiar y social. Se realizarán a través del desarrollo de las siguientes áreas: emocional y afectiva, motora, sensorial y perceptiva, cognitiva, comunicativa, de las habilidades sociales y hábitos de autonomía. Abarca tratamiento de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, psicoterapia y logopedia.

Incluye por ejemplo, la justificación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas orientadas a la comunicación social o la justificación de ayudas técnicas necesarias para el desarrollo personal en las actividades de la vida diaria.

#### - ATENCIÓN A LA FAMILIA:

✓ Se parte de la idea fundamental de que los padres son los principales responsables, mayores expertos y mejor conocedores del niño/a. Tienen el derecho de implicarse y participar activamente en el proceso que implica la AT.

✓ La atención a la familia comprende el conjunto de

actuaciones de carácter individual y/o grupal que tienen como objetivo ayudar a afrontar situaciones de estrés, facilitar el proceso de aceptación y conocimiento del niño, así como ofrecer información de los recursos disponibles a través de actividades de información, formación, orientación y apoyo.

La familia debe concebirse como unidad fundamental de apoyo cuya su implicación en el curso de la terapia mejora las posibilidades de éxito. Es importante, y genera satisfacción a las familias, la relación con los profesionales de referencia basada en la cooperación, la colaboración, como forma de compartir responsabilidades con el equipo técnico.

Se aborda esta labor:

- Desarrollando una adecuada relación afectiva entre los padres y el hijo, ayudando al establecimiento de apegos seguros.

- Fomentando el empoderamiento (*empowerment*) que les ayude a desarrollar la confianza necesaria para responsabilizarse e implicarse en el aporte de los medios adecuados para conseguir el desarrollo integral del niño. Se debe asistir al proceso de construcción a partir de las capacidades, por lo que el objetivo es la "capacitación" de las familias. Supone promover las capacidades de las familias para que logren un funcionamiento diario efectivo que mejore su calidad de vida.

- Favoreciendo que se generen actitudes positivas con respecto a su hijo/a, centradas en los logros o las capacidades y en el mantenimiento de expectativas realistas respecto a sus necesidades y posibilidades.

Si el equipo de profesionales transmite actitudes positivas, actitudes de confianza sobre la evolución del menor, sobre las prácticas relacionales, educativas y terapéuticas que adoptan en el contexto familiar, los padres afrontan con mas seguridad las dificultades que puedan surgir a diario, mejorando su autoconcepto y autoestima como padres y recuperando la satisfacción y confianza en la crianza de su hijo/a, disminuyendo las situaciones de estrés y mejorando así su calidad de vida.

- Favoreciendo que el contexto familiar sea rico en estímulos, integrando las actividades que se tengan que desarrollar con el niño dentro de las actividades de la vida diaria.

- Facilitando espacios y tiempos donde los padres se sientan respetados, puedan expresarse, compartir sus preocupaciones y se impliquen de forma activa, tanto en la planificación de las actividades, como en la toma de decisiones y en la evaluación de los resultados. Los profesionales no deberíamos decir a las familias qué tienen que hacer sino que, con información, formación, asesoramiento y apoyo, las familias puedan tomar decisiones, que se llevarán a cabo en colaboración con los profesionales.

- Informando y orientando sobre todos los recursos existentes: ayudas técnicas, prestaciones económicas y legales, recursos educativos, sociales, sanitarios y asistenciales, poniéndoles en contacto con dichos dispositivos.

Finalmente es importante que, aunque desde hace unos

años el compromiso profesional con las familias es un tema que presenta un elevado consenso y se esté mejorando la forma de entender y plantear la atención y el trabajo con ellas, es necesario continuar recordando y sensibilizando a todos los profesionales, para que su modelo de abordaje considere a la familia con el núcleo fundamental de la intervención.

#### - ATENCIÓN AL ENTORNO:

✓ Se realiza teniendo en cuenta el entorno natural de cada niño/a y familia, para obtener así su integración en el medio social donde se desenvuelve.

✓ Se diseñan estrategias para la adaptación del entorno a las necesidades de los menores actuando de forma coordinada para facilitar la integración social y eliminar todas las barreras, de forma que sea posible la participación activa en la sociedad de todos sus miembros:

- Se propicia la coordinación de información con el ámbito de salud tanto primaria como especializada para el seguimiento sistemático del caso.
- Se apoya la integración en una escuela infantil o colegio, colaborando con el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica General y de Atención Temprana.
- Se facilita la información que requieren servicios sociales, centro base, etc.
- Se facilita la colaboración con otros recursos deportivos, lúdicos, etc., de la zona, así como sobre los servicios de respiro familiar.

El CAT actúa como cercano facilitador que, desde el conocimiento de la realidad del menor, de la familia y del entorno, pueden identificar las barreras, ayudar a superarlas, y favorecer su desarrollo a través de la Intervención terapéutica en coordinación con los recursos de la zona, fundamentado en dos criterios básicos:

- Planificación conjunta de los objetivos a conseguir, evitando solapamientos disfuncionales entre los distintos centros y servicios que intervienen y favoreciendo la participación de la familia.

- Garantizar la evaluación conjunta del progreso del niño/a, a fin de tomar decisiones y planificar los cambios o modificaciones que se estimen oportunos.

Llegamos al final, pensando que se deben incrementar los esfuerzos dirigidos a construir un espacio común, que garantice la atención que pueda necesitar este segmento de población infantil a la que se ha hecho referencia.

La demanda sociosanitaria-educativa de la población de los menores de 0 a 6 años con discapacidad/trastorno del desarrollo o en situación de riesgo pasa, en este momento, no solo por proponer, exigir, la incorporación de nuevos recursos, sino que se puede plantear de forma más inteligente y eficiente a través de la reorganización y coordinación de los tres sistemas (salud, educación, servicios sociales) aprovechando las sinergias generadas, sus profesionales y recursos con el objetivo último de alcanzar un modelo de atención coherente y sostenible, identificando

como principales actores del mismo al menor y su familia en su entorno natural de residencia. A pesar de ello, no existe un modelo estable que facilite la atención multiprofesional y que garantice la coordinación de servicios sanitarios-educativos y sociales en esta comunidad autónoma.

La actuación multiprofesional de atención a los menores con discapacidad/trastornos del desarrollo o en situación de riesgo, se va consiguiendo poco a poco y está suponiendo múltiples esfuerzos de acercamiento y coordinación, enfrentándose a múltiples e importantes obstáculos que están pendientes de superar, pero, sin duda, es necesaria porque:

- Responde a situaciones actuales, sobre todo, ante necesidades complejas que requieren de intervenciones de naturaleza interdisciplinar, educativas, sociales y sanitarias, de forma simultánea, o también secuencial, siempre complementarias y estrechamente articuladas.

- Tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona (menor y familia) y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía.

- Garantiza la continuidad de atención y la comunicación entre los profesionales evitando desajustes materiales y desajustes temporales que impliquen tiempos de espera entre los diferentes servicios.

- Recurre, para su prestación, a una serie de estrategias, líneas de actuación e instrumentos de colaboración, que se articulan en torno al principio de interdisciplinariedad, como son:

- Definición de los cauces de detección - derivación-intervención.
- Existencia y utilización de protocolos de derivación - coordinación.
- Existencia y explotación de sistemas de recogida de información.
- Establecimiento de reuniones interdisciplinares que va tomando cuerpo y máxima producción de grupo en las sesiones clínicas y en la exposición de casos de donde se derivan actuaciones desde los diferentes agentes-profesionales implicados.
- Formación conjunta de profesionales.
- Sensibilización - Información a la población en general a través de Trípticos, guía-directorio, catálogos.<sup>2</sup>

- Debe acercarse al modelo de colaboración con las familias, para que puedan enfrentarse en mejores condiciones a las exigencias derivadas de las necesidades específicas de sus hijos/as, proporcionándoles recursos para poder tomar decisiones satisfactorias, para mejorar la calidad de vida, no sólo de los menores con discapacidad o con dificultades en el desarrollo, sino también la calidad de vida de la familia en su conjunto.

Es nuestra responsabilidad recordar a la Administración que, una atención multiprofesional y coordinada de atención a niños/as con necesidad de AT, aporta una reducción del gasto económico a nivel público y en el entorno familiar. Debemos, ante todo, en tiempos como los que esta-

mos viviendo, optimizar los esfuerzos, generar sinergias, rentabilizar lo que se está haciendo: un producto construido por los profesionales que trabajamos en la importancia de la atención multiprofesional, que creemos en un modelo coordinado, integrado y biopsicosocial de atención a los procesos de salud-enfermedad, de prevención y de promoción de la salud en la población infantil con problemas sociosanitarios •

## BIBLIOGRAFÍA

ALEMÁN BRACHO, C y GARCÍA SERRANO, M. La intervención social dirigida a la infancia con discapacidad. Foro, Nueva época, núm. 8/2008: 69-115 ISSN: 1698-5583

ALONSO SECO, J.M. Apoyos y obstáculos de la nueva normativa político-social para la Atención Temprana. Protección de la Dependencia y Leyes de Servicios Sociales del Siglo XXI. Encuentro de Intervención y Políticas Sociales Caja Madrid 2011. X Jornadas del SIPOSO Junio, 2011 <http://www.siposo.com/spip.php?rubrique6>

ARIZCUN PINEDA, J Presidente de GENYSI. Noción de Atención Temprana y exigencias para una buena aplicación Protección de la Dependencia y Leyes de Servicios Sociales del Siglo XXI. Encuentro de Intervención y Políticas Sociales Caja Madrid 2011X Jornadas del SIPOSO Junio, 2011. <http://www.siposo.com/spip.php?rubrique6>

ARIZCUN PINEDA, J.; RETORTILLO FRANCO, F.: La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Situación actual y documentos de grupo PADI. Ed. Genysi. Madrid. 1999

BUGIÉ, C. Centros de desarrollo infantil y atención temprana. REV NEUROL 2002; 34 (Supl 1): S143-S148

CRISTÓBAL MECHÓ, C y otros: La atención temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias. Editorial UOC. 2010. ISBN: 849788888X

CASADO, D. (2005). La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo. Revisado el 2 de noviembre de 2005 desde Internet: [http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia\\_ATDemetrio.pdf](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf)

COMISIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2007). Programa Marco de Coordinación Interinstitucional en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. [http://www.genysi.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=32&func=fileinfo&id=18](http://www.genysi.es/index.php?option=com_remository&Itemid=32&func=fileinfo&id=18)

COMISIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2007). Proyecto Piloto de Coordinación interinstitucional de Getafe. Getafe. [http://www.genysi.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=32&func=fileinfo&id=186](http://www.genysi.es/index.php?option=com_remository&Itemid=32&func=fileinfo&id=186)

COMISIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2007). Estudio situación básica de la Atención Temprana (AT) en la Comunidad de Madrid. [http://www.genysi.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=32&func=fileinfo&id=4](http://www.genysi.es/index.php?option=com_remository&Itemid=32&func=fileinfo&id=4)

COMISIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2008). Propuesta para el Desarrollo Normativo de la AT en la CM.

[http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Ley\\_AT\\_CAM\\_Propuesta\\_Oficial\\_Total.pdf](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Ley_AT_CAM_Propuesta_Oficial_Total.pdf) 16

CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES. COMUNIDAD DE MADRID. II Plan De Acción Para Personas Con Discapacidad De La Comunidad De Madrid (2005 - 2008). Madrid

CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES. COMUNIDAD DE MADRID. III Plan De Acción Para Personas Con Discapacidad De La Comunidad De Madrid (2012 - 2015). Madrid

CERMI (2004). Plan de Acción del CERMI Estatal en materia de Atención Temprana para las Personas con Discapacidad. Madrid: CERMI. Revisado el 15 de junio de 2005.

GAT (2000, 2005). Libro Blanco de Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

GINÉ, C, GRÀCIA, M, VILASECA, R, BALCELLS, A: Trabajar con las familias en atención temprana Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado, vol. 23, núm. 2, agosto, 2009, pp. 95-113. ISSN (Versión impresa): 0213-8646. Universidad de Zaragoza. España

GÓMEZ-JARABO, G.1, PEÑALVER GONZÁLEZ, J. C.2. Aspectos biopsicosociales en la valoración de la Dependencia. Intervención Psicosocial, 2007, Vol. 16 N.º 2 Págs. 155-173. ISSN: 1132-0559.

GRUPO PADI. Documento de Criterios de Calidad en Centros de Atención Temprana. Madrid. 1996

MUÑOZ LÓPEZ, M\*, PANADERO HERRERO,S, PÉREZ SANTO, E. Dimensiones comunitarias. Vivir con autonomía personal: prevención e intervención en situaciones de exclusión. Intervención Psicosocial, 2007, Vol. 16 N.º 2 Págs. 175-188. ISSN: 1132-0559

SANZ ANDRES, M.J. "Apoyos y obstáculos de la nueva normativa político-social para la atención temprana". Protección de la Dependencia y Leyes de Servicios Sociales del Siglo XXI. Encuentro de Intervención y Políticas Sociales Caja Madrid 2011. X Jornadas del SIPOSO Junio, 2011. <http://www.siposo.com/spip.php?rubrique6>

TURNBULL, A.P. (2003) La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma". En M:A. Verdugo y B.J. Jordan de Urries (coords.), Investigación, innovación y cambio (pp. 31-82). Salamanca: Amaru Ediciones.

## **Perspectiva Multiprofesional:**

### **Pediatría**

#### **Ana Rosa Sánchez Vázquez**

Pediatra. Hospital de Poniente. Coordinadora del Proyecto de una Unidad para Atención Integral de Menores del Área de Salud del Poniente, Almería.

Los profesionales de salud nos enfrentamos a nuevos retos asistenciales, las características de nuestra población y la evolución propia de la sociedad, hace que nos enfrentemos con mucha frecuencia a situaciones sociales y asistenciales, que requieren una reorientación de las competencias profesionales, adaptándolas a las necesidades detectadas.

Aparecen nuevos problemas de salud de la infancia y adolescencia, directamente relacionados con problemáticas sociales, que requieren, atención por parte de los profesionales sanitarios no solo por el gran impacto personal, familiar y relacional que conllevan, sino por ser además un motivo cada vez más frecuente de consultas al pediatra. Son entre otros, problemas escolares, violencia en sus diferentes manifestaciones (de padres a hijos, filio-parental o entre iguales, violencia intrafamiliar), conflictos familiares, cambios sociales y en las dinámicas familiares (dificultad para la conciliación de la vida familiar y laboral, la falta de habilidades parentales). Además, los nuevos estilos de vida han facilitado la emergencia de otros problemas de salud, que además de las repercusiones orgánicas y la morbilidad asociada a las mismas, tienen gran impacto psico-social, entre otros destacan los trastornos de salud mental (trastornos de la personalidad o de conducta, ansiedad, TDAH), trastornos psicósomáticos, obesidad infantil. Todo ello pone a los menores en una situación de vulnerabilidad que repercute directamente sobre su salud física y psicológica, y determina su desarrollo y relaciones futuras.

La tarea de procurar una atención integral a la infancia afecta a toda la sociedad e involucra a profesionales de muchos sectores, que pueden o no contactar directamente con el menor y su familia, pero que tienen en común una misma orientación profesional "en interés superior del menor". Por este motivo es necesaria la integración de esfuerzos y la coordinación intersectorial e interprofesional y es esencial disponer de un espacio y un tiempo, que facilite esta interrelación, especialmente en situaciones de riesgo o de desprotección de los niños y niñas.

Concienciados con esta problemática de la infancia, un grupo de profesionales del poniente almeriense, empezó a concebir un Proyecto de una Unidad para la atención integral de menores: "UPAIM".

El área de salud del Poniente Almeriense destaca por ser una zona en continuo crecimiento demográfico, motivado por su elevado índice de natalidad. El 40 % de la población de 0-17 años de toda la provincia reside en el Poniente Almeriense, esta zona es además un lugar de destino de población inmigrante, que acude en busca de oportunidades de mejora económica y laboral, y que tiende a la reagrupación familiar desde su país de origen, los menores inmigrantes en nuestra área representan más del 25% del total de menores. Es por tanto, una zona con

una población infantil numerosa y un espacio de encuentro entre diferentes culturas que retan la actividad asistencial de los profesionales. Surge así, la necesidad de formar una unidad de atención integral multidisciplinar que además se convierte en un espacio de encuentro entre profesionales de pediatría, salud mental, trabajo social, de los dos niveles de atención, en el que cada profesional aporta su perspectiva, experiencia y propone intervenciones, con el fin prestar una atención bio-psico-social a los menores en situación de riesgo, y que intenta satisfacer las nuevas necesidades de la población infanto-juvenil.

La base del proyecto es la coordinación entre profesionales, el trabajo en red y el conocimiento de los recursos comunitarios para una buena asesoría o derivación de los casos que así lo requieran. No se trata de ampliar recursos, sino de conocer los ya existentes a nivel interinstitucional, de conocer las competencias de los distintos profesionales, de realizar un correcto abordaje de los problemas de salud que presentan los menores como consecuencia de distintos determinantes sociales, y de evitar que los niños y niñas, queden retenidos en un sistema, que lejos de cumplir con su tarea de protección, los victimiza, tarda en proporcionar una solución a su problema, o prioriza los derechos de los adultos frente a los suyos.

Se define una estructura y funcionalidad a nivel comunitario, para conseguir el objetivo común, que es mejorar la atención integral de la infancia y adolescencia y contribuir a su bienestar. Se orientan las actividades profesionales hacia una perspectiva de derechos, con las familias como eje fundamental de la intervención, a las que se procura asesorar, empoderar y proporcionar herramientas y habilidades para el ejercicio de su parentalidad.

#### **EL OBJETIVO PRINCIPAL**

Es mejorar la atención integral de niños/niñas y adolescentes que como consecuencia de determinantes sociales y situaciones de riesgo social, o de una enfermedad o trastorno crónico, ven comprometida su salud física y/o mental, interfieren con su desarrollo psicosocial y desencadenan graves problemas bio-psico-sociales.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ▶ Atención, intervención y seguimiento de todos los casos de riesgo social o de salud detectados
- ▶ Fomentar la promoción y prevención de problemas de salud generados por determinantes sociales
- ▶ Promover la sensibilización y formación de los profesionales
- ▶ Fomentar la investigación sobre los determinantes sociales de salud en la infancia.
- ▶ Integrar, Cooperar o Coordinar intervenciones en la infancia y adolescencia, fomentando un trabajo en red

#### **METODOLOGÍA:**

Se trata de una Unidad Funcional que implica a los dos niveles de atención, hay por tanto profesionales ubicados en el nivel hospitalario y profesionales ubicados en atención primaria que desarrolla intervenciones y actividades asistenciales y educativas que permite un enfoque hacia un modelo de activos en salud.

1.- **CONSTITUCIÓN DE LA UNIDAD.** En una primera fase diferentes profesionales de los dos niveles de atención, a través de la constitución de diferentes grupos de trabajo, elaboran un proyecto en el que se definen los límites de entrada, la función y estructura de la unidad y se establece un modelo de funcionamiento adaptado a las características de nuestra área de salud.

2.- **LIMITES DE ENTRADA.** Los menores susceptibles de seguimiento en la unidad son:

- Menores en situación de riesgo social, violencia, abuso o sospecha de malos tratos
- Menores con enfermedades/trastornos crónicos/necesidades especiales
- Menores con problemas psicosociales con repercusión social que precisan atención integral

3.- **DEFINICIÓN ESTRUCTURAL DE LA UPAIM.** La estructura organizativa de la UPAIM se caracteriza por la existencia de:

- **Comisiones de casos:** formadas por el equipo multidisciplinar de atención primaria (Trabajo social y profesionales de salud) al que se incorporan profesionales de servicios sociales comunitarios. Desarrollan su actividad en el ámbito comunitario y son coordinadas por la Unidad de Trabajo social (UTS). Es conveniente además identificar a otros profesionales de referencia de los distintos dispositivos de apoyo (salud mental, educación).

- **Comisión de seguimiento,** formada por representantes elegidos de cada una de las comisiones de casos.

- **Grupo motor,** del que forman parte representantes elegidos desde la comisión de seguimiento, entre sus funciones están, proponer objetivos y grupos de trabajo, diseñar estrategias de formación y sensibilización y elaborar protocolos y guías de actuación.

4.- **DEFINICIÓN FUNCIONAL:** Para conseguir su objetivo la UPAIM propone un Conjunto de Actividades coordinadas dirigidas a la población infanto-juvenil, sus familias y su entorno, para asegurar una atención bio-psico-social, la promoción de los buenos tratos a la infancia, en y desde la institución, y la prevención de situaciones de riesgo social o de riesgo en salud. Ello implica la detección precoz de estas situaciones, un trabajo coordinado y en red con los diferentes sectores implicados con este grupo de población, y la instauración de las medidas terapéuticas e intervenciones psico-sociales oportunas para asegurar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes en todo su proceso de crecimiento. Asimismo se integran actividades de sensibilización, formación y de conocimiento mutuo de los profesionales y recursos que existen en materia de infancia, a fin de facilitar la coordinación y el trabajo en equipo y asegurar una mayor eficiencia en las intervenciones.

5.- **RECURSOS HUMANOS:** los que existen en la comunidad

## DESTACA EN NUESTRO PROYECTO

1. **UN CAMBIO DE ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA:** hacia una pediatría integral, incorporando una mirada centrada en los niños y niñas, en sus necesidades y sus derechos.

2. **LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN:** Las actividades preventivas de nuestra Unidad van orientadas a prevenir aquellos problemas de salud derivados de determinantes sociales, y actividades que propicien el cambio hacia un modelo de activos en salud.

3. **INTERVENCIONES BIO-PSICO-SOCIALES DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA Y FAMILIAS:** Se trata de impulsar actividades e intervenciones en la infancia y adolescencia que van más allá de lo que actualmente ocupa nuestra actividad asistencial y que incluyen a las familias. La familia interviene como un factor protector y/o predisponente de problemática de los menores, pero también es un agente de cambio esencial de dicha problemática. Esto permite una doble perspectiva de trabajo con las familias, combinando estrategias de prevención primaria, de control e intervención.

4. Favorecer la creación de un **ESPACIO COMPARTIDO PARA LOS PROFESIONALES** con distintas competencias. La cooperación entre profesionales contribuye a orientar las actuaciones del equipo en los menores y sus familias, y permite satisfacer las necesidades infantiles cuando las competencias y recursos de cada profesional, se ponen al servicio del menor y su familia.

5. **EL TRABAJO EN RED,** que pretende disminuir la victimización secundaria y pone énfasis en ofrecer una visión completa de los menores, considerando todas las dimensiones de su salud.

6. **LA SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL:** Los profesionales somos la mejor herramienta para el abordaje integral de la infancia, es necesario pues, la toma de conciencia de los nuevos retos en salud, la formación profesional, conocer la legislación y aplicarla, conocer los activos en salud, analizar y evaluar los resultados de las intervenciones realizadas.

7. Nuestro planteamiento, lleva implícito un **abordaje en el momento presente** (centrado en el problema presente: de salud, problema con repercusión social, ...) **pero con una inevitable y necesaria perspectiva de futuro.**

## CONCLUSIONES:

- Es parte de nuestras competencias el compromiso de hacer efectivos los derechos de los niños y niñas.

- Para ello se deben asumir cambios en la atención pediátrica con nuevas formas de funcionamiento que integren la atención bio-psico-social y la coordinación entre profesionales.

- Es necesario un CAMBIO DE PERSPECTIVA en la atención pediátrica que acerque a los profesionales al entorno del menor y a su comunidad.

- Es necesario crear espacios compartidos entre profesionales con el fin de poner en común dudas, ideas e intervenciones a favor de la infancia y establecer redes de interacción entre los mismos.

- Se propone un modelo organizativo, dinámico e innovador que emplea los recursos comunitarios y orienta las actuaciones profesionales en un espacio compartido en el que TODOS colaboran en el bienestar de la infancia. **"PUES ES EN LA INFANCIA DONDE RESIDE EL FUTURO DE LA SOCIEDAD"** •

## 6ª MESA REDONDA: La voz de los niños. Participación Infantil

### Introducción del Coordinador: Patricio José Ruiz Lázaro

*Pediatra. Consulta Joven "Espacio 12-20". Proyecto de participación comunitaria de adolescentes (<http://adolescentes.blogia.com>). Centro Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares (Madrid).*

Los niños y adolescentes pueden participar en el diseño, prestación y evaluación de los programas de salud para que estos satisfagan sus necesidades. La capacitación y participación de los niños y adolescentes facilita que los programas, las actividades, la información y los servicios respondan a sus preocupaciones y no a la de los adultos. Ello sólo es posible si confiamos en ellos y les pedimos ayuda para mejorar nuestros programas y servicios.

Dar la palabra a los niños y adolescentes no significa hacerles encuestas, que van a recoger estereotipos y discursos esperables, sino crear una situación propicia para que se expresen sobre cosas que conocen directamente, que forman parte de su vida y sobre las que todos tienen algo que decir.

Para que los niños y adolescentes puedan y deseen expresarse, hace falta que los adultos sepamos escucharles, esto es, no sólo ponerse en disposición de escucha, sino también intentar comprender, dar valor a sus palabras, a sus verdaderas intenciones, recoger el mensaje. Los niños y adolescentes que hablan poco y se expresan mal tienen también cosas importantes que decir y sólo esperan adultos capaces de escucharlos y de comprenderlos. Escuchar significa colocarse de su lado, estar dispuestos a defender sus posiciones y sus requerimientos, como hacemos en el proyecto de participación comunitaria de adolescentes "De jóvenes a jóvenes" del centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares (<http://adolescentes.blogia.com>) o en los Consejos de Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid .

### Ciudades Amigas de la Infancia: comunidades que escuchan a los niños.

#### Gregorio Aranda Bricio

*Ciudades Amigas de la Infancia - UNICEF España*

#### Introducción

El artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989; en adelante CDN. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>), considerando a todos los niños del mundo como sujetos de pleno derecho, insta a los Estados firmantes a garantizar al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho a expresar libremente sus opiniones sobre los asuntos que le afectan y a que tales opiniones sean debidamente tenidas en cuenta.

El Programa de UNICEF-Comité Español "Ciudades Amigas de la Infancia" (<http://www.ciudadesamigasdelainfancia.org>) promueve que la Infancia tenga voz pública en los más de 8.122 Gobiernos locales españoles para que, de esta manera, los niños contribuyan con sus aportaciones a hacer de su pueblo o ciudad un lugar mejor y más habitable. Para ello se requiere que el gobierno local asuma un liderazgo mediador, aliado y compartido con los niños, las familias, los agentes sociales y el conjunto de la ciudadanía.

La participación infantil es importante y útil en el ámbito

familiar y escolar, pero puede tener un alcance especial en el ámbito local, en él que los niños y los jóvenes pueden ejercitarse como ciudadanos . Por eso dar cauce a la participación de los niños es un elemento esencial para que una localidad pueda aspirar a ser considerada Ciudad Amiga de la Infancia.

Lo que el Programa pide no es solo una participación espontánea y puntual sino una participación sistemática y organizada. Eso supone que la Administración local, en colaboración con otros sectores de la sociedad, facilite los recursos necesarios para que esto sea posible. El proceso participativo requiere continuidad e implicación de las autoridades locales para escuchar con atención lo que los niños plantean a través del órgano adecuado. Para atender aquellas que sean posibles y para explicar y razonar ante los niños las que no se puedan atender.

#### Los Fundamentos de la Participación Infantil

Más arriba hemos hecho referencia al artículo 12 de la CDN que apela a la necesidad de darle al niño/a la oportunidad de ser escuchado, directamente o a través de un órgano apropiado, en todos aquellos procedimientos que le afecten. Este artículo se relaciona con el artículo 13, el derecho a la libertad de expresión, para que los niños puedan buscar, difundir e informarse para el desarrollo efectivo de su condición de ciudadanos.

El Programa Ciudades Amigas de la Infancia promueve que desde el ámbito de lo local se impulsen programas y acciones para dar voz a los niños y adolescentes y favorecer así que la responsabilidad democrática se desarrolle lo más tempranamente posible desde el inicio del ciclo

vital. Como hemos dicho, es imprescindible para ello el compromiso y liderazgo de los gobiernos locales, si bien siempre de manera inclusiva. En este sentido, el Programa impulsa el denominado "enfoque ALIA (Alianzas Locales por la Infancia y la Adolescencia)", cuyo propósito es diseñar y desarrollar las políticas locales en clave participativa, contando con la participación y colaboración de y entre los ciudadanos y distintas clases de entidades (AAPP, partidos, sindicatos, ONGs y asociaciones locales, centros educativos, empresas...).

Para promover la participación infantil es necesario sensibilizar a los adultos y también a los propios niños y niñas, de que la participación democrática debe ser un hecho natural y frecuente en todas las esferas de la vida social, con normas explícitas cuando sea necesario o cuando implique responsabilidades compartidas.

La mejor forma de acercarse a los niños y las niñas es desde el contacto directo, en lo cotidiano y en lo que les afecta, partiendo de sus centros de interés. El barrio, el municipio, el aula, las decisiones familiares o la calle, son los espacios naturales donde fomentar la participación democrática. En general, es en el entorno más cercano donde mejor pueden implicarse los niños y las niñas y donde mejor se pueden apreciar los resultados de esta implicación. Por eso se les debe consultar sobre hechos reales, en especial, aunque no sólo, respecto a cuestiones que les afectan directamente.

Las fases a tener en cuenta en el proceso de la participación infantil son:

**1. Hablar/Escuchar:** La primera acción y la más importante que ha de emprenderse es la de dar a los niños el papel de protagonistas, darles la palabra, permitirles expresar opiniones mientras los adultos les escuchan tratando de comprenderles y con la firme voluntad de tener en cuenta lo que dicen. Si adquirimos el hábito de preguntarnos siempre: "¿y los niños?", estaremos garantizando que no nos olvidamos de nadie. Tenemos que desarrollar la cultura de la Infancia, que sea la cultura de la escucha, de la observación, del respeto al niño.

**2. Incitar al diálogo,** a la realización de proyectos propios, potenciar el compromiso, el consenso, siempre en cuestiones que les afecten a ellos y que afecten al resto de la sociedad.

**3. Garantizar la continuidad y la renovación de los representantes:** Las acciones que se lleven a cabo no deben ser puntuales, sino que se deben integrar y coordinar para conseguir un proyecto educativo global. Igualmente es necesario que quienes fueron representantes no continúen siéndolo cuando ya han rebasado la edad prevista. En muchas ocasiones, se hace necesario no sólo el apoyo personal, sino los recursos técnicos y económicos que normalmente aporta el mundo adulto.

**4. Formular propuestas concretas de trabajo y horizontes de actuación acordes con la percepción temporal de los niños:** No es conveniente comenzar el trabajo con un grupo de niños con preguntas tan generales y tan genéricas del tipo "¿cómo te gustaría que fuera tu ciudad?" u otras similares. Según los expertos (Roger Hart, La escalera de la participación, [www. ciudadesamigas.org/](http://www.ciudadesamigas.org/)

[doc\\_download.php?id=20](http://doc_download.php?id=20)), esta es una mala manera de empezar a trabajar porque es una pregunta que desborda las posibilidades de elaboración de un grupo de niños, y adolescentes.

**5. Entender la participación en el marco de la comunicación interpersonal e intergrupala:** Entendida, por tanto, como un proceso dentro del marco general de la comunicación interpersonal e intergrupala adultos-niños, en el que habrá que tener en cuenta diferentes espacios, perspectivas y niveles de participación.

**6. Abrir cauces de comunicación y de difusión** de este tipo de procesos para que, además de ser conocidos, puedan redundar en experiencias a imitar.

Destacar la base holística que el Comité de los Derechos del Niño (<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>), en sus observaciones generales del 29 de julio de 2009, efectuó con respecto al artículo 12 de la CDN. Según el mencionado Comité, todos los procesos en que sean escuchados y participen los niños, deben ser:

**a) Transparentes e informativos:** Se debe dar a los niños información completa, accesible, atenta a la diversidad y apropiada a la edad acerca de su derecho a expresar su opinión libremente y a que su opinión se tenga debidamente en cuenta y acerca del modo en que tendrá lugar esa participación y su alcance, propósito y posible repercusión.

**b) Voluntarios:** Jamás se debe obligar a los niños a expresar opiniones en contra de su voluntad y se les debe informar de que pueden cesar en su participación en cualquier momento.

**c) Respetuosos:** Se deben tratar las opiniones con respeto. Siempre se debe dar a los niños la oportunidad de iniciar ideas y actividades. Los adultos que trabajen con niños deben reconocer, respetar y tomar como base, los buenos ejemplos de participación de los niños, por ejemplo, en su contribución en la familia, la escuela, la cultura y el ambiente de trabajo. También es necesario que comprendan el contexto socioeconómico, medioambiental y cultural de la vida de los niños. Las personas y organizaciones que trabajan para y con los niños también deben respetar su opinión en lo que se refiere a la participación en actos públicos.

**d) Pertinentes:** Las cuestiones respecto de las cuales los niños tienen derecho a expresar sus opiniones deben tener pertinencia auténtica en sus vidas y permitirles recurrir a sus conocimientos, aptitudes y capacidad. Además, es necesario crear espacio para permitir a los niños destacar y abordar las cuestiones que ellos mismos consideren pertinentes e importantes.

**e) Adaptados a los niños.** Los ambientes y los métodos de trabajo deben adaptarse a la capacidad de los niños. Se debe poner el tiempo y los recursos necesarios a disposición de los niños para que se preparen en forma apropiada y tengan confianza y oportunidad para aportar sus opiniones. Es necesario considerar el hecho de que los niños necesitarán diferentes niveles de apoyo y formas de participación acordes con su edad y la evolución de sus facultades.

**f) Incluyentes:** La participación debe ser incluyente, evitar las pautas existentes de discriminación y estimular las oportunidades para que los más marginados, tanto niñas como niños, puedan participar. Los niños no constituyen un grupo homogéneo y es necesario que la participación prevea la igualdad de oportunidades para todos, sin discriminación por motivo alguno. Es necesario también que los programas sean respetuosos de las particularidades culturales de los niños de todas las comunidades.

**g) Apoyados en la formación:** Los adultos necesitan preparación, conocimientos prácticos y apoyo para facilitar efectivamente la participación de los niños, por ejemplo, para impartirles conocimientos relativos a escuchar, trabajar conjuntamente con niños y lograr efectivamente la participación de los niños con arreglo a la evolución de sus facultades. Los propios niños pueden participar como instructores y facilitadores respecto de la forma de propiciar la participación efectiva; necesitan formación de la capacidad para reforzar sus aptitudes respecto de, por ejemplo, la participación efectiva y la conciencia acerca de sus derechos y capacitación para organizar reuniones, recaudar fondos, tratar con los medios de difusión, hablar en público y hacer tareas de promoción.

**h) Seguros y atentos al riesgo:** En algunas situaciones, la expresión de opiniones puede implicar riesgos. Los adultos tienen responsabilidad respecto de los niños con los que trabajan y deben tomar todas las precauciones para reducir a un mínimo el riesgo de que los niños sufran violencia, explotación o cualquier otra consecuencia negativa derivada de su participación. Las medidas necesarias para ofrecer la debida protección incluirán la formulación de una clara estrategia de protección de los niños que reconozca los riesgos particulares que enfrentan algunos grupos de niños y los obstáculos extraordinarios que deben superar para obtener ayuda. Los niños deben tener conciencia de su derecho a que se les proteja del daño y saber, dónde han de acudir para obtener ayuda en caso necesario. La inversión en el trabajo con las familias y las comunidades es importante para crear una comprensión del valor y las consecuencias de la participación y reducir a un mínimo los riesgos a los que de otro modo podrían estar expuestos los niños.

**i) Responsables:** Es esencial el compromiso respecto del seguimiento y la evaluación. Por ejemplo, en toda investigación o proceso consultivo debe informarse a los niños acerca de la forma en que se han interpretado y utilizado sus opiniones y, en caso necesario, darles la oportunidad de rechazar el análisis de las conclusiones e influir en él. Los niños tienen derecho también a recibir una respuesta clara acerca de la forma en que su participación ha influido en un resultado. Cuando corresponda, debe darse a los niños la oportunidad de participar en los procesos o actividades de seguimiento. Es necesario que la supervisión y evaluación de la participación de los niños, cuando sea posible, se haga con los propios niños.

### Diversidad de Buenas Prácticas

El Programa Ciudades Amigas de la Infancia, no impone la creación de un tipo u otro de órgano o foro de participación, pero sí considera necesario que sea estable, que sus representantes sean elegidos de modo democrático, que no sea manipulada la opinión de los niños sobre su

vida y sus asuntos y que esa opinión sea considerada y tenga repuesta en función de los recursos de los que cada gobierno local disponga.

Es necesario recordar que el fomento de la participación y su promoción es un instrumento que favorece las acciones preventivas en el marco de los Gobiernos locales, y que es beneficiosa en muchos aspectos como los siguientes:

- contribuye a un adecuado desarrollo personal de los niños y las niñas porque pone de manifiesto sus capacidades y les genera confianza en sí mismos;
- mejora los procesos de toma de decisiones porque en ellos se implica a un colectivo social más amplio y a un sector -el infantil- olvidado en tales procesos y cuyas aportaciones pueden enriquecer los resultados finales;
- ayuda a proteger a la infancia contra los abusos y, en general, contra cualquier acción que vulnere sus derechos porque se les brinda la oportunidad para denunciar;
- facilita la adquisición de valores democráticos y permite la puesta en práctica de los mismos formando así mejores ciudadanos.

Han pasado ya **diez años** desde el nacimiento del Programa Ciudades Amigas de la Infancia (CAI), que tiene como fin la aplicación de la **Convención sobre los Derechos del Niño** (CDN). Durante esta década hemos promovido la aplicación y desarrollo de la CDN en el ámbito local, entendido como el espacio más cercano al ciudadano más joven. Hemos tratado de que su voz sea escuchada (participación y ciudadanía, art. 12 de la CDN), de que se coordinen las acciones y recursos destinados a la infancia, y de que se coopere para que el interés superior del niño (art. 3 de la CDN) esté presente en cada comunidad, en cada municipio, en cada barrio, en cada distrito, sin ningún tipo de discriminación ni exclusión (art. 2 de la CDN).

El Programa CAI, en el contexto actual, ha de actuar, si cabe, con mayor firmeza en la dirección de favorecer y apoyar todas aquellas iniciativas políticas, técnicas y ciudadanas que entrañen el perfeccionamiento de nuestro sistema de protección social mediante el aumento y la facilidad de acceso a los servicios de la ciudadanía, en nuestro caso de las personas más jóvenes.

Este estudio quiere mostrar cuál ha sido la evolución del Programa desde sus inicios hasta el presente, cómo se ha ido dotando de recursos, adaptando su metodologías, incorporando las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y abriendo cauces para dar voz a los destinatarios de esta iniciativa: los niños, niñas y adolescentes de cada una de las más de 8.000 ciudades de este país.

Sin embargo, en el contexto de la crisis por la que atraviesa la sociedad española, la realidad de hoy es distinta en muchos aspectos a la pasada. Este Programa se ha propuesto mejorar los elementos de análisis, metodología y evaluación para dar una respuesta a la situación socio-económica de la realidad local, en un contexto de crisis económica que hace imprescindible la ade-

cuación de las aéreas y servicios de atención a la infancia y adolescencia en el ámbito local.

La propuesta del Programa CAI fue avanzada en su I Congreso nacional, celebrado en Sevilla los días 27 y 28 de octubre de 2011. En este foro planteamos los ejes de desarrollo:

- **Ciudadanía**, entendida en su doble dimensión de: condición de las personas, con los niños como sujetos de pleno derecho, amparados en un sistema democrático; y práctica de participación igualitaria en los procesos de deliberación, toma de decisiones e intervención para la mejora de la sociedad.

- **Coordinación**, entendida como procesos de intercambios de información y de organización horizontal/vertical, que cuentan con la participación activa de las personas y las instituciones, que buscan el consenso en cuanto a las normas que deben regir el funcionamiento de los sistemas y las relaciones entre ellos en pro del interés superior del niño, y que trabajan para lograr la complementariedad y el carácter integral de las acciones.

- **Cooperación**, que implica compartir análisis, objetivos, estrategias y recursos por parte de las organizaciones ciudadanas e instituciones sociales para trabajar eficaz y conjuntamente a favor de y con los niños y las niñas para la mejora de sus condiciones de vida y por el bienestar del conjunto de la sociedad.

Las políticas a favor de la infancia deben tener un carácter estratégico si se desean elevar los niveles de vida y de bienestar de una sociedad. De la atención que reciban los niños y las niñas dependerá, en buena medida, la conducta social adulta de quienes hoy son menores de edad. Por ello, para afrontar una crisis como la actual, es imprescindible apostar de forma sostenida por políticas a favor de la infancia que contemplen todos los aspectos esenciales de su desarrollo: salud física, psicológica y relacional; educación, ocio y tiempo libre, seguridad, familia, medio ambiente, etc.

En este reto para el presente de la infancia y el furo de nuestra sociedad es necesario: favorecer los análisis compartidos de la realidad de la infancia, con un carácter preventivo y con atención a los colectivos más desfavorecidos y excluidos; involucrar a todos los agentes sociales de la comunidad; y dar respuesta inmediata al inicio de los procesos de exclusión con criterios de calidad, eficacia y eficiencia.

Próximamente celebraremos el II Congreso Ciudades Amigas de la Infancia (25 y 26 de noviembre, Caixaforum Madrid) que, bajo el lema "Frente a la pobreza y la vulnerabilidad: Alianzas Locales por la Infancia y la Adolescencia", tiene por objetivo promover al máximo la idea de que lo que les pasa a los niños es cosa de todos y que toda la ciudadanía tiene la responsabilidad de garantizar los derechos y el bienestar de la infancia, actuando a través de las Administraciones Públicas y otros organismos sociales de naturaleza asociativa o empresarial.

Como responsable del Programa CAI, me gustaría reconocer y agradecer la labor de los técnicos de las entidades locales y ONG que han colaborado en este estudio

mientras continuaban con su quehacer diario a favor de la infancia y la adolescencia •

*Los niños son el recurso más importante del mundo  
y la mejor esperanza para el futuro.*

John Fitzgerald Kennedy (1917-1963)

Político estadounidense.

#### BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

AA.VV. (2001) I Encuentro de "La Ciudad de los Niños". Participación y valores ciudadanos. Papeles Acción Educativa, Madrid. Accesible en <http://www.accioneducativa-mrp.org/ninos/nuevo/publicaciones.htm>

AA.VV. (2002) II Encuentro de "La Ciudad de los Niños". Las transformaciones de la ciudad. Papeles Acción Educativa, Madrid. Accesible en <http://www.accioneducativa-mrp.org/ninos/nuevo/publicaciones.htm>

AA.VV. (2004) III Encuentro "La Ciudad de los Niños". ¿Qué ciudades? ¿Qué niños? Papeles de Acción Educativa, Madrid. Accesible en <http://www.accioneducativa-mrp.org/ninos/nuevo/publicaciones.htm>

AA.VV. (2006) IV Encuentro "La Ciudad de los Niños". Papeles de Acción Educativa, Madrid. Accesible en <http://www.accioneducativa-mrp.org/ninos/nuevo/publicaciones.htm>

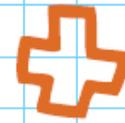
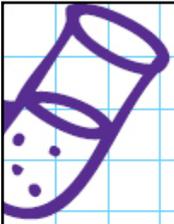
Cobo, I., Franco, P., Revilla, F. (2004). Participación Social de la Infancia. Acción Educativa, Madrid. Accesible en <http://www.accioneducativa-mrp.org/ninos/nuevo/publicaciones.htm>

Hart, R. (2001). La participación de los niños en el desarrollo sostenible. Ediciones UNICEF-P .A.U., Barcelona.

UNICEF (2005) Indicadores municipales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Accesible en

<http://www.ciudadesamigasdelainfancia.org>

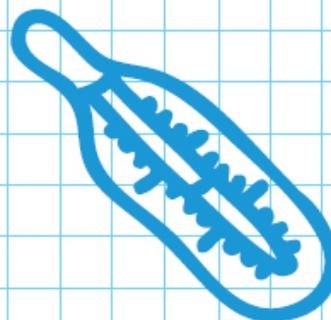
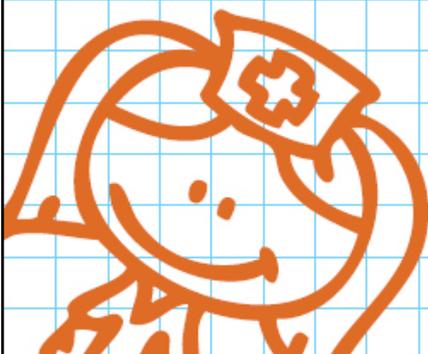


# CARTA DE DERECHOS DE LA INFANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA



## CUANDO ESTOY EN UN CENTRO DE SALUD, TENGO DERECHOS

- Si me pongo enfermo, tengo derecho a ir a un centro de salud y que me atienda un médico.  
Derecho a que me atiendan y al acceso a servicios sanitarios.
- Si tengo que esperar en un centro de salud, tengo derecho a hacerlo en un espacio agradable y seguro, con muebles y decoración pensados para niños como yo donde pueda jugar sin molestar a otras personas.  
Derecho a que los niños esperen en un espacio agradable, sin signos que les den miedo o inseguridad y pensados especialmente para ellos.
- Cuando el médico me atienda, tengo derecho a saber y preguntar sobre mi enfermedad y a que me lo explique con palabras que yo pueda entender.  
Derecho del menor a ser informado en un lenguaje que comprenda.
- Si estoy enfermo, tengo derecho a que me cuiden de la mejor manera posible y a recibir las medicinas y tratamientos más apropiados.  
Derecho al acceso al mejor tratamiento de salud, independientemente del factor económico.
- Si necesito tomar medicinas o recibir un tratamiento médico, tengo derecho a que sea lo menos doloroso posible y a saber en qué consiste.  
Derecho del menor a evitar sufrimientos innecesarios, a estar informado y a dar su consentimiento.





- Si el médico me pide que participe en un ensayo o estudio médico, tengo derecho a que nos informen a mí y a mis padres para decidir si quiero hacerlo o no.

Derecho a dar su consentimiento para participar en pruebas o ensayos clínicos.



- Si hay algo que yo mismo, mis padres o las personas que me cuidan podamos hacer para mejorar mi salud, tengo derecho a que me lo enseñen y expliquen de forma sencilla para poder ponerlo en práctica.

Derecho del menor a prácticas de promoción de la salud.

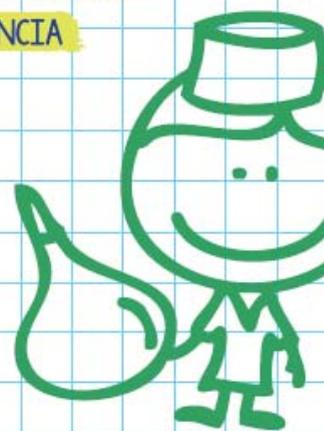
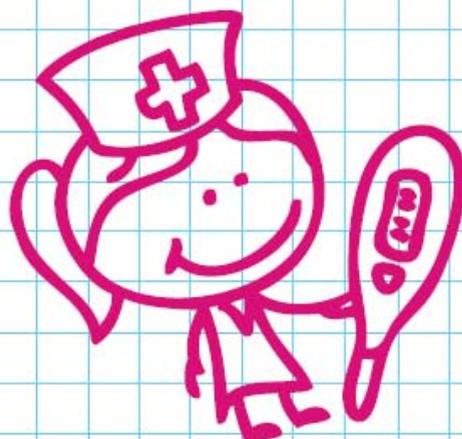
- Si tengo dudas sobre lo que me pasa o siento miedo, tengo derecho a contárselo al médico y al resto de personas que cuidan de mí para que tengan en cuenta mis sentimientos y opiniones sobre mi enfermedad.

Derecho del menor a ser escuchado y atendido en pro de su bienestar emocional.

- Siempre que vaya al centro de salud tengo derecho a que me traten con educación, cuidado y respeto a mi intimidad, no contándole lo que me pasa a otras personas.

Derecho a la atención individualizada y al secreto médico.

**TENGO DERECHO A QUE TODAS LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN EL CENTRO DE SALUD ME CUIDEN Y RESPETEN LOS DERECHOS DE LA INFANCIA**



Infórmate de esta iniciativa en [www.repsdi.es](http://www.repsdi.es)

Adaptación de María Cismacvilky y María de los Ángeles Cismacvilky, 2013. [www.teenlabrio.com](http://www.teenlabrio.com)



**repsdi.es**  
Red de Promoción de la Salud  
y los Derechos de la Infancia



## Conferencia: Pediatría Social en Latinoamérica

### Presentación de : José A Díaz Huertas

*Pediatra. Presidente SEPS*

Latinoamérica e Iberoamérica vienen en gran medida a ser lo mismo. Compartimos idioma, cultura y ¡tantas cosas!

Una de nuestras aspiraciones como Sociedad Española de Pediatría Social ha sido, desde nuestro inicio y sigue siendo, mantener lazos estrechos entre las sociedades homologas de pediatría social de nuestros países, impulsando el reconocimiento y aplicación práctica de los derechos de los niños y el desarrollo de la pediatría social.

Hemos colaborado en diferentes actividades desarrolladas en América del Sur, como Congresos de Pediatría Social, celebrados en Argentina y República Dominicana, y otros específicos, como puede ser el maltrato infantil (Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, Dominicana, México), desigualdades (México),...

Dentro de este marco de compartir ideas y experiencias y desarrollar una relación de conocimiento mutuo también hemos impulsado distintas colaboraciones en nuestro país en los últimos años. Entre ellas podemos destacar la celebración en Sevilla en 2009 de una reunión con la idea de generar la Red Iberoamericana de Pediatría Social, organizada por el Dr. Manuel Sobrino; el año pasado dedicamos el número de noviembre de Cuadernos de Pediatría Social al tema "Pediatría social y derechos en Iberoamérica"; en el Congreso correspondiente al año 2005 participó el argentino Raúl Mecer, que a su vez colaboró en el Informe SIAS 5; y en este XXI Congreso Español de Pediatría Social participa como ponente Ernesto Durán, a quien conocí en Bogotá.

Personalmente mis viajes a Latinoamérica han sido siempre una experiencia inolvidable como pediatra y como persona, por lo que he aprendido en lo científico y en lo humano. En este caso recuerdo las conversaciones con el también pediatra Álvaro Posada y la psiquiatra infantil Isabel Cuadros.

Ernesto J. Duran Strauch, es pediatra y podemos destacar, entre otras, que es actualmente el Director del Observatorio de los Derechos de los Niños de la Universidad Nacional de Bogotá y Coordinador del Comité de Pediatría Social y Derechos de los Niños de la ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría).

Nos parece importante en este Congreso contribuir al conocimiento de la situación de la salud infantil en Latinoamérica y las respuestas que desde la pediatría social se están impulsando.

## PEDIATRÍA SOCIAL EN LATINOAMÉRICA. EN BÚSQUEDA DE UNA SOCIEDAD MÁS JUSTA

### Ernesto Durán Strauch

*Médico Pediatra y Salubrista; Profesor Pediatría Social Universidad Nacional de Colombia; Presidente Capítulo de Pediatría Social, Sociedad Colombiana de Pediatría; Presidente Comité de Pediatría Social Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE)*

#### Evolución histórica

Latinoamérica tiene una tradición importante de inquietud por parte de los pediatras por los aspectos sociales, que se da desde la llegada a nuestros países de los primeros médicos con entrenamiento en pediatría, la mayoría procedentes de Europa, quienes observaban con preocupación las difíciles condiciones de vida de la mayoría de los niños y niñas y las altas tasas de mortalidad infantil, que contrastaban con lo que habían percibido en sus lugares de formación.

Los primeros pediatras tuvieron un papel importante en hacer visible para la sociedad, problemas como la higiene de los alimentos, la calidad del agua, las malas condiciones de las viviendas, la prevalencia de la sífilis y la tuberculosis, la alta mortalidad por epidemias, temas sobre los cuales generaron un amplio cuerpo de conocimientos.

Fueron también quienes impulsaron estrategias como las gotas de leche, las sala-cunas, los socorros benéficos, las cartillas sanitarias, la medicina escolar, la educación higiénica, e igualmente se preocuparon por problemáticas como las de los niños de la calle, los niños huérfanos, los

niños infractores de la ley y el trabajo infantil.

Los pediatras jugaron un papel importante en la organización y desarrollo de los Congresos Panamericanos del Niño, el primero de los cuales se realizó en Argentina en 1916, en ellos se discutía interdisciplinariamente sobre las problemáticas que afectaban a la niñez en la región. En el segundo Congreso, realizado en Uruguay en 1919, el reconocido pediatra uruguayo Luis Morquio presentó la propuesta de crear un Instituto Americano de Protección a la Infancia, la cual pudo concretarse en 1927, con la creación del Instituto Interamericano del Niño, referente histórico importante de la futura pediatría social y de la problemática social de la niñez en general<sup>1</sup>.

La pediatría se asoció en ese momento a otras áreas del conocimiento para dar respuesta a la preocupación social por las condiciones de vida de los niños y fortalecer el papel de instituciones como la escuela y los hospicios. Se produjo una alianza médicos y pedagogos que buscaba impregnar las prácticas educativas de contenidos de higiene y salud y contribuyó además a la transformación de las prácticas pedagógicas tradicionales.

La pediatría cumplió un papel relevante en la modernización de las sociedades latinoamericanas, al impulsar una concepción filantrópica laica de los servicios de salud, que contrastaba con la mirada tradicional religiosa y conservadora, proponiendo además transformaciones institucionales y legislativas acordes con una mirada moderna de la infancia, contribuyendo a llevar la discusión sobre el cuidado y la protección infantil del espacio de las familias al espacio público.

También contribuyeron los primeros pediatras a una inter-

vención de los espacios escolares en toda su dimensión, incluyendo su arquitectura y su ingeniería y promovieron igualmente otras intervenciones en la escuela como los almuerzos y sopas escolares para mejorar la condición nutricional de los estudiantes. Prescribieron ejercicios físicos adecuados a cada edad y sexo e hicieron recomendaciones sobre la duración adecuada de las clases y otras actividades escolares.

Este papel inicial de la pediatría, que fue muy fuerte en sus comienzos, se mantuvo durante la primera mitad del siglo XX, aunque se perdió parte del impulso inicial al entrar a cumplir esta función otras profesiones y al centrarse las actividades de la pediatría, las y los pediatras, en los espacios hospitalarios.

En la década de los 50, un grupo de pediatras de distintos países de la región participó en los cursos internacionales de Pediatría Social y otros temas de salud infantil que realizaba el Centro Internacional de la Infancia de París, ellos regresan a sus países a impulsar nuevos programas de salud y a proponer una mirada social de la salud infantil.

En la década del 60 se genera en la región un fuerte movimiento político y social que propone transformaciones sociales profundas, se consolida un movimiento estudiantil, surge la corriente de la Medicina Social que entiende la salud y la enfermedad como procesos sociales y políticos y se desarrollan propuestas de educación popular transformadora como la generada por Paulo Freire en Brasil.

En el contexto de este agitado ambiente político y social y en medio de cuestionamientos al saber médico tradicional, surgen en la región los primeros grupos de Pediatría Social. Estos grupos tuvieron limitada articulación entre sí y trabajaron en diferentes campos, que incluían debates teóricos, salud de los sectores populares, atención primaria, salud pública de la infancia y la adolescencia, medicina social pediátrica, protección a la infancia, entre otros.

Los grupos de Pediatría Social tuvieron una presencia fuerte en las Universidades, incidiendo en los procesos de formación del recurso humano en pregrado y en los nacientes postgrados en pediatría y una presencia algo menor en los servicios de salud y en proyectos alternativos de atención en salud a comunidades marginales.

Con el impulso que toma a partir de la declaración de Alma Ata la Atención Primaria, los grupos de pediatría social aparecen como impulsores claves de la estrategia, lo que ocurrirá también posteriormente con la promulgación de la Carta de Ottawa y el impulso a la promoción de la salud. Igualmente es importante el "descubrimiento" por parte de la medicina del maltrato infantil y la consolidación de la pediatría comportamental, temas que confrontan el paradigma biomédico de la pediatría y se convierten en áreas importantes de trabajo de la Pediatría Social latinoamericana.

Con la firma de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, se consolida en la región en la década de los 90 un importante movimiento social que trabaja por la difusión e implementación de la Convención en los países de la región, a este movimiento se suma con ímpetu la pediatría social latinoamericana.

### **Cómo estamos hoy**

Latinoamérica vive hoy una transición demográfica con una disminución progresiva del porcentaje de población menor de 18 años, a la vez se presenta en la región un complejo mosaico epidemiológico respecto a la salud

infantil y adolescente que incluye la persistencia de enfermedades infecciosas, de condiciones de desnutrición y de situaciones de violencia y abandono, derivadas de la pobreza, la desigualdad y la injusticia social, al lado de problemas más propios del siglo XXI como la obesidad, los problemas de salud mental y las enfermedades crónicas.

Habitando en América Latina y el Caribe 190 millones de niños, niñas y adolescentes de los cuales el 43% (81 millones) viven en condiciones de pobreza y el 17,9% (32 millones) viven en la indigencia<sup>2</sup>. 60 millones de ellos no tienen acceso a agua potable y 21 millones no tienen acceso a un abastecimiento hídrico adecuado, 17,8 millones no tienen servicio de alcantarillado y 31 millones más no cuentan con mecanismos adecuados de eliminación de desechos. 40 millones sufren violencia en la familia, la escuela o la comunidad<sup>3</sup>. 12,5 millones trabajan<sup>4</sup>. Más de 35 millones de niñas y niños entre 3 y 18 años no asisten a ningún programa educativo<sup>5</sup>. 8,8 millones de menores de 5 años sufren de desnutrición crónica y 9 millones más están en riesgo de desnutrición<sup>6</sup>.

Insertos en esta compleja problemática social y preocupados por la misma, las y los pediatras sociales y los grupos de Pediatría Social de la región, trabajan, enseñan e investigan en los ámbitos de: las políticas públicas de salud y las llamadas políticas integrales de infancia y adolescencia; la garantía de los derechos y el respeto a los mismos en los servicios de salud; la protección integral en las diferentes etapas (primera infancia, infancia y adolescencia); la lucha contra la pobreza, las inequidades y la desigualdad social; el análisis de las condiciones de salud de niños, niñas y adolescentes; la Atención Primaria; la Promoción de la Salud Infantil y Adolescente; los determinantes sociales de la salud infantil y adolescente; la salud pública y la salud colectiva de la infancia y la adolescencia; los aspectos sociales en torno al proceso-salud enfermedad en los primeros 18 años de la vida, así como los aspectos sociales del ejercicio de la pediatría; el buen trato y la protección contra todas las formas de violencia; el combate a todas las formas de explotación y abuso de niños, niñas y adolescentes; la salud en el espacio de la interculturalidad y los modelos de crianza apropiados para este nuevo siglo.

Como se puede ver, la pediatría social latinoamericana abarca una amplia gama de temas, teniendo en común la preocupación por un mundo mejor para las nuevas generaciones, así como el compromiso por trabajar en la construcción de sociedades más democráticas, donde se respeten plenamente los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes y se les garanticen las oportunidades para desarrollar sus potencialidades. Compartiendo todos los grupos inquietudes por los aspectos sociales de la salud infantil y adolescente y la incorporación de una perspectiva social en el ejercicio pediátrico.

Hay características del desarrollo de los servicios de salud en la región que dan un marco particular a la pediatría social: la mayor parte de los servicios de atención primaria a niños, niñas y adolescentes son prestados por médicos generales y solo en algunos países hay presencia de pediatras en estos servicios, en ningún caso, cubriendo a toda la población pediátrica. Los grupos de pediatría social se ubican entonces en diferentes niveles de la atención o en las instituciones encargadas del diseño y el desarrollo de políticas, estrategias y programas de salud infantil y adolescente.

En la región hay una serie de campos de trabajo de la pediatría que son muy cercanos a la pediatría social, como son la puericultura, la pediatría del desarrollo, la pediatría de atención primaria, la salud escolar, con ellos se trabaja articuladamente y muchos pediatras sociales comparten uno o más de estos campos.

Hay colegas y grupos trabajando temas de pediatría social en prácticamente todos los países de la región, sin embargo, se presenta una dispersión importante y un desconocimiento, aun al interior del mismo país, del trabajo que realizan estos grupos y personas. En algunos países se han conformado Comités o grupos de Pediatría Social al interior de las sociedades nacionales de Pediatría, lo que ha permitido la realización de intercambios y el fortalecimiento del área.

En años recientes se conformó un importante grupo de trabajo en salud y derechos de la niñez, que inicialmente se llamó iniciativa del Cono Sur y posteriormente amplió su proyección a toda la región; ese grupo generó una propuesta de capacitación en derechos de la infancia para personal de salud, retomando el trabajo realizado por Lansdown, Goldhagen y Waterston<sup>7</sup>, a partir de la cual se desarrollaron en cinco países de la región proyectos de apropiación y aplicación de los derechos en los servicios de salud. Este grupo produjo en el proceso de discusión del Comentario General No 15 sobre el derecho a la salud, un documento sobre cómo se debería entender y aplicar hoy el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, que fue presentado ante el Comité Internacional de los Derechos del Niño.

El mismo grupo impulsó la conformación del Comité de Pediatría Social y Derechos de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) el cual se constituyó en Noviembre de 2012 en la ciudad de Cartagena, Colombia<sup>8</sup>. Una de las primeras tareas del Comité de Pediatría Social de ALAPE ha sido el impulso a la creación de nuevos comités, capítulos o grupos de Pediatría Social en las sociedades nacionales de pediatría.

ALAPE ha asumido un papel de liderazgo en torno al compromiso de la pediatría con el respeto a los derechos de la niñez, es así como en el año 2000 en el Congreso de Montevideo produjo una declaración de adhesión a la Convención sobre los Derechos del Niño y de compromiso con su difusión y con el trabajo por su garantía, compromiso que fue ratificado y ampliado en la declaración de Puerto Rico en el año 2009, con motivo de cumplirse 20 años de la firma de la Convención<sup>9</sup>.

Hoy existe en la región un creciente interés por la Pediatría Social que se ha visto reflejado en la inclusión del tema en los congresos nacionales e internacionales de pediatría, la incorporación del tema en la formación de postgrado, la constitución de nuevos grupos y la vinculación al área de profesionales jóvenes.

### Perspectivas futuras

Se vislumbra un panorama favorable para un renacer de la Pediatría Social en la región de las Américas; hay profesionales y grupos de trabajo en diferentes países de Sur, Centro y Norteamérica; se están organizando en varios países programas de formación en el área, sean cursos, diplomaturas o maestrías; se están creando grupos o Comités de Pediatría Social en las Sociedades nacionales de pediatría y se están organizando eventos académicos en el área.

Varios colegas forman hoy parte de los equipos nacionales, provinciales o municipales de los Ministerios de Salud que diseñan e implementan políticas públicas. Una mujer, pediatra y salubrista, va a ser de nuevo presidente de su país y seguramente dará un nuevo empuje a las políticas dirigidas al fomento de la salud, la participación y la protección de la infancia. Por otra parte, se han fortalecido los lazos con sociedades de pediatría social europeas y la ISSOP

Desde el punto de vista conceptual, se tienen nuevos retos, como son los de establecer marcos comprensivos de las nuevas realidades de la salud infantil y adolescente en la región, que abarcan un amplio espectro de problemas que comprende las llamadas enfermedades del subdesarrollo y las enfermedades del desarrollo, partiendo para ello de marcos teóricos como el de determinantes sociales que permitan entender la compleja red de factores sociales, ambientales, políticos y económicos que se relacionan con las condiciones actuales de salud.

Ahora, no basta con analizar estos factores, sino que es necesario entender de qué manera estas condiciones ambientales, sociales, políticas y económica interactúan afectando positivamente o negativamente la salud, para plantear estrategias de intervención sobre ellas, para lo cual es necesario trascender la mirada disciplinar y sectorial, abriéndose al diálogo y la interacción con otros saberes y otras formas de entender e intervenir en la sociedad.

La pediatría social puede a futuro jugar un papel de puente entre la pediatría clínica y la salud pública, entre la lectura e intervención individual sobre la salud y la comprensión e intervención sobre las colectividades, entre el saber biológico y psicológico y las ciencias sociales, e igualmente debe jugar un papel esencial en la comprensión y manejo del nuevo espectro de problemas de salud infantil relacionados con las condiciones de vida, la cultura y la organización social, como son la violencia, los problemas del desarrollo, los problemas comportamentales, los problemas de salud mental, el abuso de sustancias psicoactivas, el embarazo temprano y la integración a la vida social de niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas y necesidades educativas especiales •

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Instituto Interamericano del Niño. Organización de los Estados Americanos. <http://www.iin.oea.org/IIN2011/index.shtml>  
<http://www.pediatriasocial.es/Documentos/Revista/Cuadernos2.pdf>
- 2.- CEPAL y UNICEF. Pobreza Infantil en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, CEPAL. 2010.
- 3.- CEPAL y UNICEF. Maltrato infantil una dolorosa realidad puertas adentro. Revista Desafíos No. 9. 2009.
- 4.- OIT. Medir los progresos en la lucha contra el trabajo infantil. OIT. 2013.
- 5.- OREALC/UNESCO. Situación Educativa de América Latina y el Caribe: garantizando la Educación de Calidad para Todos. UNESCO. 2007.
- 6.-CEPAL y UNICEF. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Revista Desafíos No. 22006.
- 7.-Lansdown, G., Goldhagen, J. and Waterston. T. Interface between Childhood Rights and Health, Course for professionals. American Academy of Pediatrics-Royal College of Pediatrics and Child Health. 2004.
- 8.- <http://www.alape.org/comites.php>
- 9.- [www2.ohchr.org/english/bodies/crc/calls/submissions/CRC\\_received.htm](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/calls/submissions/CRC_received.htm)

## 7ª MESA REDONDA: Familia y Salud Mental

### Presentación de la Coordinadora: Concepción Brugera Moreno

*Pediatra. Madrid Salud*

La familia representa un ámbito privilegiado para la promoción y la prevención de salud mental.

Es en ella donde se aprenden las primeras pautas de socialización y se interiorizan y transmiten aprendizajes que van a influir en la configuración de unos patrones posteriores de conductas saludables o patológicas.

La familia es la base de la vida intelectual, emocional y social en ella aprendemos a sentir a pensar a actuar a tono con nuestros pensamientos y sentimientos. Es la base de nuestro comportamiento social donde se aprende a querer, a odiar, a perdonar. A jugar, a trabajar, a reír, a llorar, solo y con los demás.

"Es entonces la familia donde se sientan las bases de la salud mental del individuo y de la comunidad donde vive."

La familia puede definirse como un grupo unido por el matrimonio, el parentesco o la adopción.

El concepto tradicional de familia se asocia a la familia nuclear (pareja casada y con hijos) en que ambos cónyuges tienen unos roles de funcionamiento.

En la actualidad existen numerosos esquemas de familias de configuración diferente y roles distintos. Madres o padres solos con hijos, divorciados o casados en segundas nupcias, con hijos de otro matrimonio o parejas sin hijos.

Toda familia por su misma existencia experimenta periódicamente alguna disfunción. Las presiones externas, las decisiones que deben tomarse respecto a los hijos, la concepción, el nacimiento, la asunción de roles, pérdidas que pueden acontecer a lo largo de la evolución familiar y muchos otros acontecimientos de la vida diaria, dificultan la existencia de una vida familiar absolutamente armoniosa.

Para el niño, **el divorcio o separación** de los padres, representa un riesgo particular a su salud mental. Los efectos nocivos del divorcio no pueden atribuirse al hecho mismo de la separación, sino a su manejo.

La adopción, también es una situación de riesgo. El niño, dependiendo de la edad de adopción, trae una historia -personal, cultural, religiosa, social, etc...- Tiene que romper y establecer nuevos vínculos.

En los padres debería primar: el "deseo de tener un hijo" al "deseo de ser padre o madre", pero esto no siempre es así.

En esta Mesa se pretende abordar la promoción y prevención en la salud mental de los niños en el ámbito familiar y especialmente en situaciones de riesgo •

## LA FAMILIA, MARCO DEL DESARROLLO EMOCIONAL DEL NIÑO

### Mercedes Rodrigo Alfageme

*Psiquiatra infantil. Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid)*

#### Introducción

Se aborda en esta conferencia el concepto de familia, los tipos o configuraciones de la familia en la actualidad y las funciones que deben ejercer los padres para conseguir un desarrollo óptimo de los hijos.

Es aceptado por todos que en el seno de la familia es donde se alcanza la socialización y la estabilidad emocional del niño.

No debemos olvidar, que en las familias, se produce una interacción continua, entre los padres y los hijos. No son los padres los que educan a los hijos, sino algo que se hace conjuntamente. (Harris)

#### Dimensiones del Contexto Familiar

La familia se puede definir, como un grupo de personas que comparten un proyecto de vida duradero y una existencia en común. Entre sus miembros se producen sentimientos fuertes de pertenencia al grupo, un compromiso personal entre los miembros junto con relaciones intensas de intimidad, reciprocidad y dependencia. (Palacios y Rodrigo)

La familia es fundamental en el desarrollo de los niños y se puede afirmar que constituye la unidad básica del desarrollo emocional de las personas.

Es en el seno de la familia donde se forma la manera de percibirse a uno mismo y a los otros. Por ello, la familia es la fuente más relevante de socialización del niño, siendo los padres los que mayor influencia ejercen en el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y sociales en los hijos.

#### Teoría del Vínculo y Socialización

La teoría del vínculo fue formulada por John Bowlby, psiquiatra del

Reino Unido a mediados del siglo XX y que ha seguido siendo desarrollada por Ainsworth y otros autores. Ha constituido un hito fundamental para la Psiquiatría infantil, porque se enfatiza la necesidad de una relación afectiva especial entre el niño y su madre o cuidador principal para alcanzar un desarrollo sano.

Durante la infancia, la mayoría de los niños establecen relaciones afectivas selectivas o conductas de apego, con el grupo de personas que estén íntimamente implicadas en su cuidado. Se acepta que el desarrollo social depende no solo de los lazos afectivos tempranos, sino también de las relaciones posteriores, de forma que la seguridad vincular constituye una característica importante para la forma de relacionarse durante toda la vida.

La teoría del vínculo, ha tenido un valor incuestionable y ha contribuido a la comprensión de la psicopatología infantil, ha originado cambios en la política socio - educativa y sanitaria, al haber enfatizado la importancia de la continuidad de los cuidadores, y también ha ayudado a la racionalización en la toma de decisiones en los casos en que se produce ruptura del vínculo.

#### Configuraciones de la Familia

La diversidad familiar, sobre todo en la actualidad, es considerable, hasta el punto que no parece que exista una norma estándar de familia, ni un prototipo de familia contemporánea. El ideal de familia nuclear cerrada se ha desmoronado.

El contexto familiar en el que viven muchos niños se enmarca con frecuencia en: el divorcio, las familias con una sola figura parental, convivencia con padrastros o parejas sentimentales, padres adolescentes, padres homosexuales.

Desde el punto de vista teórico, se considera que es posible tener un

desarrollo psicosocial normal con estructuras familiares muy distintas.

Tienen peores consecuencias las relaciones familiares deficitarias y sin armonía.

#### Funciones de los Padres

Con fines didácticos se pueden dividir las responsabilidades de los padres en **1.** La acción parental más enfocada a lo normativo y **2.** El cuidado parental relacionado con la protección, estímulo y educación.

La función o acción parental, es uno de los pilares que permiten la formación y desarrollo de componentes emocionales básicos en la infancia.

La familia ejerce la acción socializadora de los niños en primera instancia, mediante el modelamiento (orden, disciplina, normas) y el tipo de comunicación que se establezca entre sus miembros.

Los padres, deben conseguir que sus hijos alcancen unas pautas de conducta, mediante dos acciones: el control y el afecto.

Los objetivos a alcanzar son: un nivel de socialización, adquisición de patrones de responsabilidad, evitación de riesgos y fracasos, así como conseguir grados de obediencia. (Cabrera, Guevara y Barrera)

El tipo de disciplina y las formas de crianza han sido muy estudiadas en relación con el desarrollo personal, emocional, social y moral de los hijos.

Se utiliza el término de estilos parentales (Baumrind) y se definen como aquella forma manifiesta en que los padres ejercen el proceso de normatización y el manejo de autoridad en sus hijos. Baumrind propone cuatro estilos parentales: autoritario, equilibrado (o democrático), permisivo y no implicado.

A lo largo de la infancia, los niños toman conciencia de sus propias emociones y cuales son las causas de las mismas. Establecen relaciones sobre el porqué de diferentes emociones en ellos y en los demás.

La competencia emocional de los

hijos se pone de manifiesto a través de la comprensión emocional, capacidad de regulación y la empatía.

En resumen: la crianza de los hijos obliga a Cuidar, Estimular y Educar.

Las condiciones de crianza de los niños, los estilos educativos de las familias, así como los estímulos emocionales e intelectuales que reciben, influyen en el desarrollo afectivo, en el desarrollo de confianza personal, en el sentimiento de control de la propia vida y en el riesgo a padecer enfermedades.

La función educativa se compone de cuatro áreas: supervisar, estructurar con reglas, aceptar los defectos y virtudes del hijo y dar afecto cotidiano, espontáneo y genuino.

### Familia Sana

Todas las familias tienen altos y bajos, defectos y virtudes. Ninguna es perfecta, pero una familia sana tiene las siguientes características:

1. Espíritu de equipo: sus miembros se enorgullecen de pertenecer a ese "club"
2. Organización: no todos tienen voto con el mismo valor. No son una democracia. Sería mejor el símil de un ejército en que los padres son los generales. Los padres tienen que dar una estructura, guiar, supervisar, poner límites y premiar.
3. Papeles claros entre sus miembros, pero con flexibilidad y cambio de tareas entre ellos
4. Empatía y sinceridad emocional
5. Capacidad para jugar y tener sentido del humor
6. Comunicación y apoyo
7. Rituales que contribuyen a crear espíritu de equipo que afianzan la historia familiar

### CONCLUSIONES

1. Las relaciones entre padres e hijos son bidireccionales, y los hijos influyen en el comportamiento de los padres de forma determinante.

2. En la actualidad en el proceso de socialización/educación que se lleva a cabo en las familias se consideran clave las siguientes estrategias: El Afecto, la Comunicación y las Normas para encauzar el comportamiento.

3. Los estilos parentales, son las formas de actuar de los adultos respecto a los hijos en el día a día, en la toma de decisiones y en la resolución de conflictos y van a influir en el desarrollo de los hijos.

### BIBLIOGRAFÍA

1.- Ainsworth MDS; Blehar MC; Waters E y Wall S (1978): Patterns of Attachment: A psychological Study of the Strange Situation. Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey

2.- Aluja A; del Barrio V; y García LF; (2007): Personalidad, valores sociales y satisfacción de pareja como factores predictores de estilo de crianza parentales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7, 725-37

3.- Baumrind D. (1971): Socialization and instrumental competence in young children. Children, 26(2): 104-119

4.- Bowlby J (1989): Una base segura: Aplicaciones clínicas de una Teoría de apego. Edit. Paidós, Barcelona

5.- Eisenberg N; Valiente C; Morris A; Fabes RA; CUMBERLANG A; Reiser M; Et Al. (2003): Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of Socioemotional functioning. Developmental Psychology, 39(1) 3-19

6.- García Alonso J; y Román Sánchez JM; (2005): Prácticas educativas familiares y autoestima. Psicothema, 17 (1), 76-82.

7.- García Alonso J; y Román Sánchez JM; (2003): PEF: escalas de identificación de "prácticas educativas familiares". Madrid: Editorial Cepe

8.- Harkness S; Super CM (2002): Culture and parenting. En MH. Bornstein (1995), Handbook of Parenting. Vol 2 Biology and ecology of parenting. Mahwah, NJ, Erlbaum

9.- Harris PL (1989): Children and emotion: the development of psychological understanding. Oxford, England: Basil Blackwell

10.- Henao López GC; García Vesga MC; (2009): Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez juv 7(2): 785-802.  
<http://www.umanizales.edu.co/revistacindex/index.html>

11.- Maccoby EE; (1992): The role of parents in the socialization of children. An historical review. Developmental psychology, 28, 1006-1020

12.- Palacios J; Rodrigo MJ; (1998): La familia como contexto de desarrollo humano. En MJ Rodrigo y J. Placios (Corrds.), Familia y desarrollo humano. Madrid Alianza

13.- Rich Harris J. (2002): El mito de la educación. Barcelona. Grupo Ed. Random House Mondadori

14.- Rutter M (1995) Clinical implications of attachment Concepts: retrospect and prospect. J. Chil Psychol Psychiat, 36/4: 549-571

15.- Torío López S; Peña Calvo JV; Rodríguez Menéndez MC (2008) Estilos educativos parentales. Revisión Bibliográfica y Reformulación teórica. Tor. Educ.151-178 Ed. Universidad de Salamanca

## Problemas en los niños adoptados y acogidos

(Una reflexión desde la teoría del vínculo)

### Josep Cornellà i Canals

*Doctor en Medicina. Pediatra. Paidopsiquiatra. Profesor del grado de Fisioterapia de la Escuela EUSES, Universitat de Girona.*

Actualmente, las adopciones, tanto a nivel nacional como internacional, han aumentado mucho. Existe, de hecho, una tendencia a adoptar, que va más allá de los casos de padres que no pueden tener hijos de manera natural. El hecho de la adopción tiene, en la actualidad, un nuevo valor, y cumple nuevas necesidades, como la voluntad de hacer un acto solidario o de prolongar el tiempo con niños pequeños en la casa. Como consecuencia, la población adoptada aumenta.

También se ha convertido en un fenómeno frecuente que los hijos adoptivos presenten problemas, tanto en casa, como en la escuela y, de mayores, con sus relaciones sociales. Va siendo común escuchar que se portan mal, que se enfrentan con sus padres, que son agresivos con otros niños, que sacan malas notas, que frecuentan malas compañías y, ya de mayores, que entran en el mundo de las drogas o del consumo excesivo de alcohol. Estos problemas suelen comenzar a ser graves a partir de la adolescencia y, cuando llegan, muchos padres no saben cómo ayudar a sus hijos ni comprenden las razones por las que tienen lugar.

En esta ponencia queremos profundizar en el papel del vínculo; entender qué es, cómo se forma y cómo funciona y, por tanto, qué consecuencias tiene el hecho de haberlo creado o no. Si el vínculo es la base de la capacidad relacional de las personas, comprender su funcionamiento nos permitirá ver cómo se proyecta hacia el futuro de los individuos y de sus habilidades sociales. Quizás este conocimiento es una buena herramienta para ayudar tanto a padres como a hijos adoptivos a hacer frente a algunas de las dificultades con que se encuentran.

### ¿Qué es el Vínculo?

Durante los años cincuenta, se creía que los niños formaban un vínculo con sus madres a través del llamado "vínculo interesado", un concepto psicoanalítico que consideraba que la clave de este vínculo se encuentra en el hecho de que las madres satisfacen las necesidades de alimentación y protección de los bebés (Harlow, 1958). Es justamente durante esta época, que surge una nueva orientación dentro del psicoanálisis que se centra en la teoría del vínculo. Uno de sus representantes, Harry Harlow, reflexiona que, para los humanos, el vínculo con la madre no desaparece en el momento en que el hijo ya no requiere su cuidado, sino que se mantiene a lo largo de toda la vida.

En 1951, Bowlby, el principal representante de los estudios sobre los efectos del vínculo en la salud mental, advertía a la OMS, a través de un informe, de la importancia de esta relación con la madre o con un cuidador principal desde los primeros meses de vida del niño y de los efectos negativos que la falta de esta relación puede tener para el resto de la vida en niños maltratados o abandonados

(Ballesteros, 2001). Harlow lo expresa de la siguiente manera: "Las primeras muestras de amor del ser humano, son aquellas hechas por parte del niño hacia la madre o hacia un sustituto de la madre. A partir de este vínculo íntimo entre el niño y la madre, se forman varios tipos de respuestas afectivas" (Harlow, 1958).

Según Bowlby, el vínculo consistiría en una serie de conductas que ejecuta el niño para estar cerca de la madre y obtener de ésta protección y apoyo (Ballesteros, 2001) y tendría un valor adaptativo (Oliva Delgado A. 2004). Por tanto, el desarrollo del vínculo habría evolucionado en la mayoría de mamíferos por selección natural como una estrategia que asegura la supervivencia. En un primer momento, las crías se mantendrían cercanas a sus madres para asegurarse la alimentación y la protección, aumentando sus posibilidades de sobrevivir (Ballesteros, 2001), a partir de aquí se establece una relación de afecto y seguridad que permite a las crías descubrir el entorno a partir de la base segura de retorno que supone la madre.

Para Bowlby, el recién nacido incorpora cuatro sistemas de comportamiento, aquel que tiene que ver con el establecimiento del vínculo con una figura vincular principal, lo que tiene que ver con la exploración del medio, lo que se relaciona con el miedo a los extraños y lo que provoca que el niño sienta interés por todos los seres de su entorno, humanos y no (Oliva Delgado, A. 2004). Estos cuatro sistemas estarían conectados entre sí, de modo que el establecimiento de un vínculo seguro aporta al niño la capacidad de desarrollar los otros tres sistemas y relacionarse adecuadamente y de forma segura con el entorno.

### Tipos de vínculos descritos por Mary Ainsworth

Mary Ainsworth es una discípula de Bowlby que se centró en el estudio de los diferentes tipos de relación vincular que pueden existir. Así, no hablaremos de un único tipo de vínculo que existe o no existe sino que, según esta autora, podemos encontrar hasta cuatro tipos de vínculo diferentes (Kemph, JP 2007).

Ainsworth desarrolló un experimento, en 1978, para estudiar el vínculo en niños "normales", es decir con una historia personal sin, en principio, episodios de estrés o trauma (Kemph, JP 2007).

El experimento que diseñó se llama "La situación del extraño", y consiste en situar un niño y su madre dentro de una sala, donde juegan y son observados sin ser vistos (se les puede grabar u observar desde un lugar escondido). En una primera fase, el niño juega, simplemente, con su madre, en la segunda fase, aparece una mujer que el niño no conoce y que se pone a jugar con él, mientras tanto, la madre sale de la sala, en la tercera fase, la madre vuelve a entrar y salir, y la mujer desconocida sale con ella, de modo que el niño se queda solo, en la cuarta y última fase, la madre y la mujer desconocida vuelven a entrar en la sala (Oliva Delgado, A. 2004).

A partir de este experimento, Ainsworth observa tres tipos "coherentes" de respuesta (Kemph, JP 2007):

**a) Vinculación segura:** el niño utiliza la madre como base segura para explorar el entorno, es decir, comienza la exploración con ella y se va separando, cuando ésta deja la sala, el niño se siente preocupado y explora menos su entorno (no utiliza la mujer que no conoce como nueva

base de apoyo) y, cuando la madre retorna, muestra alegría y retoma la exploración del entorno. Esta sería la vinculación más sana.

**b) Vinculación insegura - evitativa:** el niño no utiliza la madre como base segura, simplemente explora el entorno como si la madre no estuviera, como si no pudiera contar con su apoyo. Tampoco muestra ningún cambio de conducta cuando la madre sale de la sala o devuelve. Para Ainsworth, se trataría de una conducta coherente y adaptativa para que el niño sea capaz de relacionarse con el entorno, pero indicaría que éste presenta algún trastorno emocional y que no ha creado un vínculo cumplido con su madre.

**c) Vinculación insegura - ambivalente:** en este caso, el niño está tan pendiente de la madre, que no llega a explorar el entorno ni la relación con el extraño, es decir que la madre tampoco funciona como base segura para que el niño no se despegue. Por otra parte, reacciona a ratos enfadándose y a ratos buscando la proximidad con la madre. De nuevo se podría considerar que se trata de una conducta coherente, en este caso, porque se ha formado un vínculo y el niño busca la cercanía de su figura vincular, pero no se trataría del vínculo más saludable.

Posteriormente Main y Solomon, en 1986, describieron un cuarto tipo de vínculo, en este caso, incoherente y desadaptativo (Main, M. 1986), se trataría de:

**d) Vinculación insegura desorganizada / desorientada:** en este caso nos encontramos con niños que presentan conductas inseguras y contradictorias cuando se reúnen con su madre; se muestran asustados, bloqueados y en ocasiones desarrollan conductas estereotipadas .

Hablaríamos, por tanto, de una vinculación desorganizada, que suele relacionarse con episodios de violencia o de conducta disruptiva cuando el niño se va haciendo mayor (Kemph, JP 2007). Muchos estudios muestran cómo el patrón de vinculación establecido durante la infancia se mantiene a lo largo del tiempo (Kemph, JP 2007). Muchos niños adoptados presentan este tipo de vinculación, por lo que los episodios de violencia (entre otros problemas) pueden ser frecuentes a medida que se va entrando, sobre todo, en la adolescencia.

### **El Modelo representacional de la relación del vínculo (o Modelo Operando Interno - MOI)**

Con el modelo representacional de la relación del vínculo (*internal working model*), Bowlby pretende explicar por qué el vínculo es tan importante para el desarrollo emocional de la persona.

Según este modelo, a partir de la creación del vínculo, la persona formaría una serie de representaciones internas de sí misma y de su relación con los demás (Oliva Delgado, A 2004), es decir, en función de lo que el niño recibe de su entorno, creará una imagen de quién es él y de qué puede esperar de sus diversas figuras vinculares; aprenderá también que se espera de él, que se valora de él y se formará, por tanto, su autoestima. Es decir, que a partir del vínculo, el niño pasará a ocupar un lugar concreto en su entorno social donde será reforzado por la relación con los demás.

El niño crea dos modelos, uno referente a él mismo, donde se autoevalúa más o menos digno de ser amado, y

uno referente al otro, la figura vincular, en función de si ésta está más o menos atento y es sensible a sus necesidades. Estos modelos se convierten en un filtro a través del cual el niño valora toda la información que recibe (de él mismo y de su entorno). Si se cuenta con un vínculo seguro, estos modelos se crean de manera flexible y con una base de seguridad que se generaliza para el resto de relaciones a lo largo de la vida. Al irse desarrollando la persona a nivel cognitivo, además, estos modelos son cada vez más complejos y abstractos. Un mal vínculo, da lugar a representaciones más negativas de uno mismo y del entorno y a unos esquemas más rígidos y con menos capacidad de abstracción. Es por ello que encontramos en muchos niños adoptados (y también en víctimas de determinados traumas infantiles) una falta significativa de capacidad de imaginación y de juego (como muestras de pensamiento abstracto).

Dicho de otro modo, según este autor, si el niño no se siente protegido y sostenido en sus búsquedas, concluye que no tiene capacidad para suscitar el interés de los demás, que no merece ser amado y que los otros no son de fiar.

Por tanto, el tipo de vínculo que haya establecido el niño con sus cuidadores principales (seguro, inseguro-avoidante, inseguro-ambivalente o inseguro-desorganizado) modulará las representaciones mentales que éste hará de él mismo y de su entorno y su desarrollo emocional.

En el caso de los niños adoptados, el hecho de que a menudo se establezca un vínculo inseguro-desorganizado (sobre todo si han sido adoptados después de los dos años), suele conllevar problemas de autoestima en el niño, desvalorización ante los iguales y sentimientos de inseguridad. Más adelante veremos las consecuencias de una personalidad con este perfil.

### **¿Qué es el Trastorno Reactivo del Vínculo (RAD)?**

Dentro del DSM -IV (Manual estadístico para la clasificación de Desórdenes Mentales, cuarta edición), el Trastorno del Vínculo no existe como tal, pero sí el Trastorno Reactivo del Vínculo (RAD), que se define de la siguiente manera: "capacidad para el desarrollo de relaciones sociales marcadamente perturbada e inadecuada en la mayoría de contextos, que se inicia antes de los cinco años y se asocia a una relación de cuidado claramente patológica" (Newman, L. 2007). Dentro de este marco encontramos, por tanto, no sólo niños que han sido adoptados sino también de otros que han sufrido abusos, maltratos o falta de cuidado durante su infancia.

Se dice que el Trastorno es " Reactivo ", porque se considera que las conductas que están asociadas aparecen como una reacción a la falta de un cuidado adecuado (Kemph, JP 2007). Bowlby destaca cómo este cuidado adecuado iría más allá de la cobertura de necesidades básicas como la alimentación o el hecho de procurar un techo (Bowlby, 1983) y abarcaría el hecho de cubrir las necesidades emocionales del niño.

Algunos síntomas que nos pueden hacer sospechar que un niño presenta RAD serán el hecho de que no sonría como respuesta al estímulo recibido por un cuidador o que no muestre respuesta de alerta auditiva, girando la cabeza, al oír la voz de un cuidador "principal " (Kemph, JP 2007), la falta de estas dos conductas que, en cambio,

sí presentan la mayoría de niños con un vínculo bien formado hacia su cuidador principal (en general la madre), indican que el niño no reconoce o no valora ningún individuo por encima de los demás, por lo que no está aprendiendo a atarse emocionalmente. Cuando el sistema vincular no se crea correctamente, encontramos individuos que tienden a desarrollar una de estas dos conductas desadaptativas: una gran inhibición hacia el entorno e incapacidad para relacionarse con los demás o bien una desinhibición exagerada que llevará al niño a relacionarse de manera abierta e indiscriminada con todos los elementos de su entorno, ya que no ha seleccionado ningún como principal. Estos dos subtipos de RAD se recogen en el DSM -IV, pero la diferencia entre los dos tipos de conducta es tan grande que algunos autores consideran que nos encontramos, en realidad, ante dos trastornos diferentes (Newman, L. 2007).

Sin embargo, no siempre que no tiene lugar la formación del vínculo o que éste no se forma correctamente, la persona llega a desarrollar RAD: dentro este trastorno encontraremos los casos más extremos de mala vinculación.

Los trastornos relacionados con la adopción, por tanto, se deberán al hecho de haber sido abandonados durante los primeros años de vida o de haber recibido una atención insuficiente por parte de los cuidadores, no al hecho de haber sido adoptados.

### **Efecto de la edad de adopción**

Algunos estudios consideran que si la adopción tiene lugar antes de los cuatro años, el proceso de adaptación con la familia adoptiva es más sencillo y, por tanto, son menos los problemas o trastornos que irán apareciendo a lo largo de la vida de la persona adoptada (Vinay, 2003). Por el contrario, muchos otros estudios sitúan esta franja de edad entre el año y medio y los dos años o incluso, en los seis meses. Una adopción hecha después de los dos años conllevaría una elevada probabilidad de problemática o trastornos de conducta una vez la persona llegara a la adolescencia. Esta última temporalidad ajusta bastante a todo lo descrito sobre el Trastorno del Vínculo: si consideramos que el vínculo con la madre (biológica o no) se forma durante los dos primeros años de vida, las diferencias en cuanto a problemática ligada a este vínculo deberían ser muy poco significativas cuando la adopción tiene lugar a partir de esta edad.

Aquellos estudios que consideran que una adopción hecha después de los seis meses tiene ya consecuencias dramáticas e irreparables, se basan en el hecho de que, a partir de esta edad, el niño es capaz de reconocer y mantener una representación mental de su figura "de seguridad" o vincular; la falta de esta figura, pues, tendría los primeros efectos sobre el desarrollo emocional del niño (Vinay, 2003).

Otro aspecto a destacar respecto a las adopciones tardías, es que implican una larga estancia del niño en un centro de acogida; sobre todo en casos de adopción internacional, esto puede ir ligado a un largo periodo de malnutrición y de vida en malas condiciones. Los efectos, tanto en el aspecto físico como psíquico de estas pobres condiciones tiene repercusiones a lo largo de la vida del niño; son niños que, al ser adoptados, tienen el aspecto físico de ser menores de lo que son, es decir, que no tienen la masa corporal que les correspondería por edad.

Algunos autores prefieren hablar del periodo de latencia en lugar de la edad de adopción (Vinay, 2003). El periodo de latencia es el tiempo que pasa el niño en una institución, desde el momento en que ha sido "abandonado" hasta el momento en que es acogido o adoptado por una nueva familia. Según esta corriente, durante la etapa de latencia, el niño se encuentra a la espera, no sólo de una familia con la que vivir sino, sobre todo, de una identidad de pertenencia, de un entorno en el que vincularse emocionalmente de manera definitiva. Los efectos de ser adoptado a los cuatro años, pues, serían diferentes si el abandono ha tenido lugar en el momento de nacer o bien al cabo de dos años. Se considera que haber pasado los dos primeros años en contacto con la madre ya habrá dado lugar a la creación de un vínculo, así que, aunque esta madre desaparezca, por las razones que sean, este niño tendrá más facilidad para vincularse con una nueva familia (habrá aprendido a vincularse). Cuanto más largo es el periodo de latencia, mayor es el riesgo de sufrir trastornos a lo largo de la adolescencia. Se considera que una etapa de latencia es demasiado larga a partir del año y medio.

### **Alteraciones en el vínculo o TDAH. ¿Existe comorbilidad o confusión de diagnósticos?**

Algunos estudios han relacionado el diagnóstico de TDAH con un vínculo inseguro entre el paciente y su madre. Esta relación no afecta sólo a niños adoptados, pero explica por qué el porcentaje de niños adoptados con este trastorno es superior al de niños que viven con sus familias biológicas (García Quiroga y Ibáñez Fanes, 2007).

Una explicación de este hecho vendría dada por el rol que juegan los padres, durante la primera etapa de la vida en el desarrollo, por parte del niño, de conductas de autocontrol de los impulsos, de la capacidad para tranquilizar o, en resumen, de la sensación de seguridad y tranquilidad. El hecho de que los padres no estuvieran durante esta etapa, por lo tanto, favorecería una tendencia a la hiperactividad y la falta de control (García Quiroga y Ibáñez Fanes, 2007).

Dentro de la población adoptada, la incidencia del TDAH es 15 veces superior que en la población no adoptada (dicho de otro modo, el 15% de la población con TDAH es adoptada) (Hernández- Muela et al. 2003).

Por otra parte, algunos autores alertan sobre un diagnóstico demasiado precoz del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que puede resultar especialmente grave cuando se decide tratar farmacológicamente. Según estos autores, muchos síntomas ligados al TDAH, como la falta de atención, pueden deberse a un retraso madurativo (muy frecuente en niños adoptados), que provoca que estos niños vayan más despacio que sus compañeros a la hora de seguir el plan de estudios establecido para su edad (Ochando Perales et al. 2008). De hecho, se considera que, por cada tres meses que un niño pasa institucionalizado, pierde uno de desarrollo, por lo que, una vez más, los problemas serán más graves al aumentar la edad de adopción.

Muchos psiquiatras dan por válido un diagnóstico de TDAH cuando el niño se encuentra todavía en edad preescolar (antes de los 6 años), e inician un tratamiento con Metilfenidato que puede contribuir a retrasar aún más

el proceso madurativo del paciente o, en casos extremos, inducir síntomas psicóticos (Fernández et al, 2012).

Por lo tanto hay que ser muy meticuloso en el diagnóstico por este trastorno, ya que algunos síntomas como la falta de atención, la falta de control de los impulsos o la baja afectividad son propios del TDAH pero también del Trastorno del Vínculo. El hecho de que las bases neurobiológicas de estos trastornos sean diferentes puede suponer un pro-blema si se decide medicarse.

### Efectos sobre la Empatía y el Pseudo - Autismo

Uno de los principales problemas derivados del hecho de ser adoptado es el mal establecimiento de un vínculo con una figura de referencia (en general la madre). No establecer esta relación implica que determinadas áreas cerebrales no se desarrollen de manera adecuada. Algunas de estas áreas, y de nuevo resumiendo aspectos que ya se han ido explicando, forman parte del sistema límbico y se encuentran, por tanto, muy relacionadas con la capacidad de sentir y mostrar emociones, así como con la capacidad de comprender las emociones de los demás, es decir, con la empatía.

Estas dificultades emocionales pueden dar lugar a una serie de síntomas que asociaríamos con el autismo. No se trata de un trastorno autista puro, que sería mucho más complejo, sino de algunos rasgos que encontramos también en este trastorno y que se relacionan con la frialdad emocional y con la dificultad de conectar con los demás y establecer vínculos. De la misma manera, a muchos niños adoptados les es difícil comprender elementos de comunicación no verbal, y se ha observado que suele haber un retraso importante a la hora de expresar emociones como la sonrisa o el llanto. Es más frecuente encontrar esta sintomatología cuando el niño ha sido adoptado después de los 2 años (Díaz Huertas, 2008).

Otro factor muy implicado en la aparición de estos síntomas es el país de procedencia del niño. Así, varios estudios muestran que el porcentaje de niños adoptados en países donde se considera que las condiciones de los centros de acogida son especialmente malas, como Rumanía, presentan este tipo de trastorno (Rutter et al. 2001). Estos síntomas, por lo tanto, estarían muy relacionados con una buena vinculación y con las condiciones de vida de los primeros años.

A pesar de todo, un ambiente adoptivo sano reduce muchos de estos síntomas (aunque no llegan a desaparecer del todo, ya que el cerebro ha perdido su oportunidad para madurar correctamente). Se considera que existe una elevada comorbilidad entre los síntomas pseudo autistas y el Trastorno Reactivo del Vínculo (RAD ).

**En conclusión, se impone la observación prudente, la evaluación longitudinal de los síntomas, el diagnóstico funcional, y el tratamiento sintomático. La consideración de las alteraciones del vínculo deben prevalecer sobre cualquier otro diagnóstico, y deben ser conocidas por los padres que adoptan y por los profesionales con quienes tratan .**

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballesteros Alcalde, C. (2010) *Procesos de vinculación y su repercusión en la adolescencia*. VIII Conferencia Blas Taracena, dins el XX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, Salou, 24 d'abril (en paper).
- Bowlby, J. (1983) *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz Huertas, J.A. (2008). *Salud y acogimiento familiar*. I Congreso internacional de acogimiento familiar, Murcia, 21 i 22 de Noviembre del 2008. Recuperado de el 16 de diciembre de 2012 en: [http://www.obelen.es/upload/64ACOGFIOB\\_ponencias08.pdf#page=28](http://www.obelen.es/upload/64ACOGFIOB_ponencias08.pdf#page=28)
- Fernández García, R.M., Pásaro Méndez, E., Borrajo, E. i Cornellà Canals, J. (2012) *Consecuencias neurobiológicas del trauma infantil*. XIII Congrés Virtual de Psiquiatria.com, Interpsiquis, 1-29 de febrer. Recuperat el 25 d'octubre del 2012 de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/neuropsicologia/57259/>
- Fernández García, R.M., Pásaro Méndez, E., Borrajo, E. i Cornellà Canals, J. (2012) *Controversias en el tratamiento con metilfenidato en niños adoptados*. XIII Congrés Virtual de Psiquiatria.com, Interpsiquis, 1-29 de febrer. Recuperat el 25 d'octubre del 2012 de: <http://www.psiquiatria.com/bitstream/10401/5297/1/15conf7%2054576.pdf>
- García Quiroga, M. i Ibáñez Fanes, M. (2007). *Apego e hiperactividad: Un estudio exploratorio del Vínculo Madre-Hijo*. *Terapia Psicológica*, 25(2), 123-134.
- Harlow, H. F. (1958). *The Nature of Love*. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F., Téllez de Meneses, M. i Roselló, B. (2003). *Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica*. *Revista de Neurología*, 36(1), 108-117.
- Kemph, J. P. i Voeller, K. K. S. (2008). *Reactive attachment disorder in adolescence*. A Flaherty, L.T.(ed.), *Adolescent Psychiatry, Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry*, Vol. 30 (159 - 178). Nova York: Taylor & Francis Group.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. A Brazelton, T. B. i Yogman, M. W. (ed), *Affective development in infancy.*, (95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Newman, L. i Mares, S. (2007). *Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders*. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 343-348.
- Ochando Perales, G., Peris Cancio, S., Millán Olmo, M.C. i Loño Capote, J. (2008). *Trastorno de conducta en niños adoptados*. Ponencia al XLIII Reunión Anual de la Asociación Española del Niño y del Adolescente. València, 22 - 24 de Maig del 2008 (en paper).
- Oliva Delgado, A. (2004). *Estado actual de la teoría del apego*. *Revista De Psiquiatria y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Rutter, M. L., Kreppner, J. M. i O'Connor, T. G. (2001). *Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation*. *The British Journal of Psychiatry*, 179(2), 97-103.
- Soon Huh, N. i Reid, W., J., (2000). *Intercountry, transracial adoption and ethnic identity: A Korean Example*. *International Social Work*, 43(1), 75-87.
- Stein, D. J. i Vythilingum, B. (2009). *Love and attachment: The psychobiology of social bonding*. *CNS Spectr*, 14(5), 239-242.
- Vinay, A. (2003). *L'adolescent adopté: Pour une nouvelle compréhension*. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 51(5), 269-276.

## 8ª MESA REDONDA: Adolescentes

### Presentación de la Coordinadora: Inés Hidalgo Vicario

*Pediatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Acreditada en Medicina de la Adolescencia. Centro de Salud Barrio del Pilar. DAN. SERMAS. Madrid*



La adolescencia es el periodo de transito de la infancia a la edad adulta. Es una etapa de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, que se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es decir la pubertad, y finaliza alrededor de la 2ª década de la vida, cuando se completa el crecimiento físico y la maduración psicosocial. Su duración es imprecisa, habiendo aumentado en los últimos tiempos debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional.

Según la Convención de Derechos Humanos de 1990 "Es niño todo sujeto hasta los 18 años de edad". La OMS considera adolescencia de 10-19 años y juventud entre los 19 y 25 años. La AAP (*American Academy of Pediatrics*) ya en 1988 recomendaba seguir a los pacientes hasta el final de su maduración, los 21 años, distinguiendo 3 etapas: adolescencia inicial, media y tardía. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa igualmente entre los 10-21 años.

**El número de adolescentes** en España entre los 10 y 21 años según el Instituto Nacional de Estadística a fecha de octubre 2012 era de 5.286.706 (11,5% de la población total).

**Morbilidad.** Los problemas de los adolescentes son consecuencia de su desarrollo psicológico y social (conductas de riesgo), de su desarrollo biológico (escoliosis, acné, dismenorrea), enfermedades infecciosas, patologías del adulto que pueden ser detectadas de forma asintomática durante esta etapa (hipertensión, hiperlipemia, obesidad, diabetes) y enfermedades crónicas por las cuales hace años se fallecía antes de llegar a la adolescencia (enfermedades crónicas, cánceres, cardiopatías congénitas).

**Mortalidad.** Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte, seguido de los tumores y enfermedades del aparato circulatorio. El 60 % de los accidentes de tráfico suceden en el fin de semana y en gran proporción están relacionados con el alcohol. En los últimos 50 años ha disminuido la mortalidad en todas las franjas de edades, excepto en la adolescencia.

Durante esta época de la vida se completa el crecimiento y desarrollo físico, y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del adolescente a la edad adulta: (1) adquirir una independencia respecto a los padres; (2) tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo; (3) relación con los amigos y adopción de estilos de vida; (4) establecer una identidad sexual, vocacional, moral y del yo.

La adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, **pero es un periodo muy problemático y de alto riesgo**; la mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de comportamientos y hábitos que se inician en esta edad, con consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura: lesiones, accidentes, violencia, delincuencia, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, alteraciones alimentarias, problemas de salud mental, del aprendizaje y familiares, entre otras. **La mayoría de estas conductas son prevenibles**, por ello es importante la actuación responsable de los profesionales sanitarios.

Diversos estudios demuestran que las conductas de riesgo han ido aumentando entre los adolescentes debido al rápido cambio socio-cultural, a la falta de coordinación entre los sistemas educativos y el mundo del trabajo, a la desestabilización de la familia como institución y a la "conducta exploratoria" propia del adolescente.

Debido a la complejidad de sus problemas la atención debe ser **multi e interdisciplinar**, aunque sea en un profesional en el que el joven deposite su confianza, que coordine su atención. Si bien la adolescencia es el ámbito de interés de muchos pediatras, es preciso contar también con otros profesionales: psiquiatras, psicólogos, ginecólogos, endocrinólogos y sociólogos entre otros.

A pesar de los problemas que tienen, los adolescentes apenas acuden a consultar **porque existen barreras** para que el adolescente, por iniciativa propia, se relacione con el profesional: unas *burocráticas*, pues para acudir a la consulta hay que citarse e identificarse y muchas veces desconoce quién es su médico o qué centro le corresponde; y otras *relacionales*, por la escasa confianza para contar sus problemas a los facultativos, o por creer que es capaz de controlar todas las situaciones y tener poco sentido del peligro. Pero, a la vez falta tiempo y en ocasiones preparación de los profesionales para enfocar adecuadamente los conflictos.

A diferencia del adulto que busca a su médico, en la adolescencia, es el médico el que tiene que buscar o atraer al

joven. Para facilitar la relación médico-paciente-padres el profesional debe conocer las características de la adolescencia y sentirse cómodo con el joven; se tendrán en cuenta además de la confidencialidad, la privacidad, hablar a solas con el joven en alguna parte de la entrevista. Igualmente empatía, hacer de abogado y consejero, nunca de juez; tranquilizar; realizar educación para la salud con "guías anticipadas" y contar con la familia, educadores y otros recursos comunitarios.

En esta Mesa Redonda, se van a abordar "Las conductas disruptivas" y la obesidad.

**Un trastorno del comportamiento** es la causa más frecuente por la que un niño o adolescente, es remitido a la consulta de salud mental y en las últimas décadas su prevalencia está aumentando. Consiste en un patrón persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas para esta edad. El patrón de conducta tiene un carácter agresivo, antisocial y retardador y se da en todos los ámbitos en donde se mueve el sujeto (hogar, colegio, comunidad).

En muchas ocasiones los niños/adolescentes tienen conductas desafiantes, se saltan normas, tienen pérdida de control de impulsos, molestan a los demás... Para hablar de un "trastorno del comportamiento" estas conductas deben ser lo suficientemente graves como para alterar el funcionamiento social, académico y laboral. La mayoría de los niños/adolescentes no llegan a presentar un Trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial.

**La Obesidad** es una enfermedad crónica compleja y de origen multifactorial, caracterizada por una acumulación excesiva de grasa corporal. Su prevalencia ha ido aumentando progresivamente en los últimos años en relación con la mayor disponibilidad de nutrientes, malos hábitos alimentarios y la disminución de actividad física. Es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, respiratorias, ortopédicas, digestivas, endocrinas, neurológicas, psicológicas, dermatológicas, ciertas formas de cáncer, y en general una menor esperanza de vida. La obesidad durante la adolescencia aumenta el riesgo de Síndrome metabólico y la mortalidad en la vida adulta. Por todo ello, constituye un problema de salud pública y es preciso un abordaje multidisciplinar, modificando los estilos de vida no solo del niño/ adolescente y su entorno familiar sino de todo el conjunto de la estructura social y administrativa •

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª ed. Ergon SA. Madrid 2012
- 2.- PJ Rodriguez Hernández. V.M. Barrau Alonso. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral* 2012; XVI(10): 760-768
- 3.- Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2007/25.
- 4.- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of obesity. A National Clinical Guideline. 2010

## CONDUCTAS DISRUPTIVAS EN ADOLESCENTES.

### LA MIRADA DEL CONTEXTO

**Antonio Escudero Nafs**

*Psiquiatra de niños y adolescentes. C. S. Mental de Majadahonda.  
H.U. Puerta de Hierro, Madrid.*

Hablar de conductas disruptivas y Adolescencia puede sentirse como una obviedad por la tendencia a identificar lo perturbador con dicha etapa evolutiva; o bien, entenderlo como un salto de grado cuantitativo y cualitativo, donde la Adolescencia, definida ya de antemano como disruptiva, supera lo soportable.

Si nos atenemos a lo que ha sido delimitado en las clasificaciones internacionales como trastornos disruptivos, podríamos centrarnos en los Trastornos de la Conducta Disruptiva (TCD), y sus máximos representantes en dichas clasificaciones e investigaciones que les acompañan: El Trastorno Oposicionista y Desafiante y el Trastorno Disocial.

Ambos son los más representativos como conductas disruptivas en el DSM-IV, que incluye además al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), así como a los trastornos por uso de sustancias (TUS) y el trastorno explosivo intermitente (TEI), éste último es incluido como trastorno del control de los impulsos y expresión comórbida de los anteriores.

Por parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su décima edición, los trastornos de conducta disruptivos quedan especialmente representados por los códigos F91.0, .1 y .2 y por el ".3", que se corresponde con el trastorno oposicionista y desafiante.

Los trastornos disruptivos son asociados también con el rasgo de comportamiento externalizador; término que no sabemos si alude a una grave perturbación sobre el entorno que rodea al adolescente, o a la incapacidad del mismo de asumir ninguna responsabilidad sobre su propia conducta, convertida la misma en una constante acti-

tud acusatoria volcada sobre los "otros".

Hecho este breve encuadre taxonómico, nuestra propuesta **es redigir el concepto de lo disruptivo**, apuntando a lo "emergente" que apreciamos en las actuales consultas de salud mental, haciendo hincapié en un elemento: que aquello que verdaderamente designa que algo sea disruptivo o no, es el ojo del observador; ojo no neutro; ojo que se halla en el propio contexto donde las conductas perturbadoras se despliegan.

Por otra parte, es nuestra propuesta, incluir dentro de lo disruptivo, no ya sólo lo que parece que rompe o irrumpe como estallidos desorganizadores y generadores de alarmas en el entorno, sino de las conductas en comparación silentes, donde la alarma se limita quizá más al entorno inmediato del adolescente.

Podría parecer que esta propuesta sugiere ampliar los límites de lo disruptivo, con el riesgo de desdibujarlos. Por el contrario, su objetivo es señalar que estamos trabajando con una división de la adolescencia, distinguiéndola entre perturbadora y no perturbadora; a la par que obviamos la participación de los contextos -más allá de la familia (a veces, demasiadas veces, clásico chivo expiatorio etiológico).

Actualmente, lo que parece que son sus opuestos, las conductas del aplanamiento, de la apatía y del desinterés, generan auténticas brechas en los sistemas familiares. Permítaseme explicar lo anterior con una experiencia clínica datada en mayo de 2012:

Expongo una experiencia que se realizó con pretensión inductiva para la comprensión de lo que ocurría en una consulta de un centro de Salud Mental, en este caso



de psiquiatría.

Se registraron prospectivamente a partir del 3 de mayo de 2012, 16 consultas que comprendían primeras evaluaciones o consultas de revisión consecutivas asignadas a través de un sistema de Agenda Electrónica no monográfica; esto es, sin asignar las citas bajo criterios de patología o subprogramas específicos, siendo el único criterio de citación una edad inferior a 18 años.

De las 16 consultas, 11 fueron de niños y adolescentes con el diagnóstico previo de TD/AH. De estas once consultas, ninguna de las personas presentaba un "trastorno de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo". Para ceñirnos a población adolescente hemos de retirar de esta pequeña muestra a tres varones de 5, 6 y 8 años y a una niña de 10 años. Hablamos de 8 chicos con edades de 12, 13, 14, 15 (2), 17, y 18 años (2, -previamente diagnosticados a una edad inferior-), que cumplían los criterios del DSM-IV-TR para el "trastorno de atención, tipo predominantemente inatento". Es verdad que aun siendo ésta una muy pequeña muestra, que sólo buscaba presentar un semblante de la atención asistencial cotidiana, la casi testimonial presencia de población femenina no dejó de ser un dato sorprendente.

De un modo sintético, la presentación en la consulta de este problema: "trastorno de atención,

tipo predominantemente inatento" (por definición, trastorno de conducta no disruptivo en comparación con el llamado tipo combinado que incluiría la hiperactividad), lo realizaban uno o ambos padres, con el chico o chica presentes o no. En muchas ocasiones había habido ya una indicación del colegio o instituto aconsejando la intervención. En otras muchas, no había una iniciativa del medio escolar, pero las continuas faltas de conducta consignadas en notas y partes, las calificaciones más próximas al cero en una gran mayoría de las asignaturas, y las llamadas de atención hacia los padres desde las tutorías, son las que hacían explícito el problema. La sombra del fracaso escolar gravita en la consulta; pero no es menos cierto, que los padres, expresan su preocupación por la escasa relación del adolescente con otros chicos, sus expresiones de tristeza, o el agotamiento de hijos y padres por los conflictos y enfrentamientos hasta altas horas de la tarde, causados por la necesidad de finalizar los deberes acumulados, así como por los bruscos estallidos de violencia verbal y fluctuaciones de humor del adolescente de forma desproporcionada a los precipitantes (generalmente desde la irritación a lo breve y bruscamente depresivo).

No deja de ser llamativo que pueda ser el llamado tipo inatento y no el combinado el que se haga presente en la consulta; si bien en esta pequeña muestra existen muchas limitaciones para determinar esta mayor presencia.

Existen ya numerosos estudios que establecen una marcada distinción en su expresión entre los niños y adolescentes donde la inatención se combina con la hiperactividad, y aquellos donde esta aparece inexistente. Uno de los rasgos que prevalecen son los rasgos externalizadores cuando existe hiperactividad, y los marcados rasgos internalizantes que acompañan con un mayor sufrimiento psíquico en estos chicos y chicas de predominio inatento.

Sabemos que según las clasifica-

ciones antes mencionadas, los síntomas tienen que ser evidentes en más de un contexto, fundamentalmente, el medio escolar y el hogar, y que tienen que afectar al funcionamiento del niño/adolescente en múltiples contextos. El DSM-V es más laxo, en el sentido de que, si bien varios síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad deben estar presentes en dos o más ambientes, no tienen por qué afectar el funcionamiento del niño/adolescente en varios contextos.

Al margen de esta muestra, los adolescentes con rasgos combinados con hiperactividad -lo cual fue el motivo de realizar la pequeña muestra referida- no parecen ser remitidos a nuestra consulta, y sí por otra parte aquellos con diagnóstico como trastorno oposicionista desafiante, que, por otra parte, parecen responder a una aproximación similar a aquellos adolescentes con predominio tipo inatento. La sombra de la tristeza, el desánimo, la baja autoestima y los estallidos de cólera emergen frecuentemente en medio del ensimismamiento, y horas tumbados en el sofá en los adolescentes inatentos sin hiperactividad. En los mismos, los desafíos por un exacerbado sistema propio de la justicia son frecuentes ante la autoridad escolar. El retraimiento y sufrimiento son evidentes en la exploración semiológica. La tensión psíquica interna se manifiesta con ansiedad, y "fobias escolares" llegando a la imposibilidad de reanudar la escolarización.

### **¿Y qué podemos decir sobre los contextos? ¿Puede existir alguna relación con lo que aquí describimos?**

Desde el año 2005, en la Comunidad de Madrid se estableció en los centros educativos públicos, privados y concertados un examen externo de evaluación. Se inició aplicándolo a los alumnos de sexto de primaria con el objetivo de evaluar su "nivel" antes de iniciar la etapa de secundaria. Se denominó "prueba de conocimientos y destrezas indispensables (CDI)".

Progresivamente se fueron extendiendo estas pruebas a otros cursos. Las destrezas indispensables se establecieron en: matemáticas, lengua, dictado, lectura y conocimientos generales.

Se explicitó (2008) que a partir de los resultados obtenidos de estas "pruebas externas", aplicadas a todos los alumnos de todos los centros, se extraerían conclusiones para establecer nuevas políticas en la enseñanza, premiar como estímulo tanto a centros como a estudiantes que obtuviesen mejores calificaciones, y facilitar las elecciones de centro para sus hijos, al hacer públicos los resultados.

La medida, ya aplicada en otros países, determinaba que el nivel o rango alcanzado por un centro escolar dependía de sus propios alumnos. Se advertía de posibles riesgos, como selección de grupos de alumnos que podrían ser invitados a no presentarse a dichas pruebas. La competitividad es la supervivencia del centro, y la supervivencia depende de los resultados de los alumnos para determinados tipos de pruebas. Pruebas, cuyo diseño se corresponde con un estilo de estudio donde el predominio del manejo del lenguaje verbal y las funciones hemisféricas izquierdas son cruciales.

Existe ya abundante evidencia científica de que en las personas con déficit de atención predominan las funciones del hemisferio derecho. Personas, por otro lado especialmente dotadas para una comprensión holística del mundo, para la detección -no lineal- de patrones emergentes entre cosas aparentemente dispares, dotados de una gran memoria visual en detrimento de la de carácter inmediato, y que, según el estricto formato de las pruebas de evaluación, tienen que volver a codificar y recodificar su percepción ya elaborada de forma compleja, a través de un filtro de palabras y elementos lineales.

Los padres son conminados a convertirse en profesores para cumplir el plan de estudios anual. El adolescente y el progenitor se encuen-

tran respectivamente ante un padre/madre/profesor y ante un hijo/hija/alumno/a. Los conflictos alcanzan niveles dramáticos y entre ambos padres pueden surgir conflictos sobre los límites, y la forma de enseñar. Pero el fracaso, ya no académico sino expresado como fracaso vital, gravita sobre todos.

Las personas claves en los centros educativos, tutores, orientadores, profesores..., reaccionan de forma distinta ante los informes emitidos desde los profesionales, quienes a su vez discrepamos sobre la materia: unos y otros adoptamos actitudes entre el interés y la idea de artefacto o moda incómoda. El adolescente se encuentra en medio de un fuego cruzado.

Y ya sea el DSM-IV como el DSM-V, este segundo contexto se contempla como mero telón neutro donde la sintomatología se despliega sin interrelación con el medio.

No ocurre sólo en esta problemática. Quitando quizás el caso del Trastorno por Estrés Postraumático, la taxonomía clínica que manejamos, contempla a lo que llamamos trastorno, como ajeno a los contextos donde se desarrolla.

En todo caso, se contempla a la familia como contexto, pero el análisis que se hace sobre la misma parece la más de las veces un juicio de valor "ad hoc" que justifica y simplifica el comportamiento del adolescente de ese momento en consulta.

Sorprendentemente los entornos donde ocurren estas conductas se consideran como espacios para el diagnóstico en la medida que escenarios neutros testigos de las conductas, negando su participación. Esta tendencia que se mantiene, es absolutamente acientífica. Desde la ciencia, no se puede separar el fenómeno de su contexto, y hablando de conductas humanas no se puede eludir, que el ojo del observador cambia lo observado. Lo cierto es que nuestras disciplinas, que pretenden el refrendo de la ciencia, obvian sus principios

más básicos tales como que el mencionado.

Y así el adolescente ensimismado puede ser convertido en un desafiante pasivo, un indolente que desprecia, e inquieta al resto de sus compañeros. En alguien disruptivo.

Qué foro mejor que un Congreso de Pediatría Social para abrir la mirada con el fin de comprender a la adolescencia, más allá de donde se focaliza el ojo que clasifica. Ojo que establece una clasificación entre unos adolescentes que por externalizadores pareciera que no sufrieran pero son disruptivos, de otros que por internalizadores sufren intensamente pero no serían disruptivos; mientras, todo parece desarrollarse en un escenario que sólo denuncia la perturbación y que parece ser ajeno al sujeto •

## OBESIDAD

### Carlos Redondo Figuero

*Pediatra. Profesor Asociado de Pediatría y de Bioestadística, Universidad de Cantabria. Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria.*



El crecimiento es un proceso complejo en el que ocurre un aumento del número de células, de su tamaño y de un desarrollo de las funciones. Este proceso no es lineal sino discontinuo, presenta aceleraciones y paradas, ocurre a diferentes velocidades en los distintos órganos y tejidos, presenta un dimorfismo sexual evidente, es máximo y alcanza su potencial genético en ausencia de insultos, demuestra una velocidad de recuperación cuando cesan las agresiones y tiene unos periodos críticos para cada órgano o tejido, en los que es más sensible a determinados estímulos patológicos con posibilidad de secuelas a largo plazo. Actualmente se conoce que el ritmo y el camino que sigue el crecimiento es el principal factor de riesgo para el desarrollo de una serie de enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular y la diabetes tipo 2.

En el crecimiento existe una interacción entre los factores determinantes genéticos y los factores ambientales modulada por los factores reguladores hormonales y de otro tipo que permiten la realización del crecimiento. Existe pues una interacción entre la genética y el ambiente que juega un papel importante en la regulación del almacenamiento de la energía, aunque los investigadores todavía no han encontrado un loci específico entre IMC y obesidad. Además se conoce desde hace años que los recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional tienen mayor probabilidad de ser obesos, hipertensos y tener una diabetes tipo 2 en su vida posterior, lo que condujo al concepto de programación fetal.

La valoración del crecimiento exige medir adecuadamente distintas variables, como son el peso, la longitud, el perímetro cefálico, etc. Estas mediciones deben ser precisas y ante cualquier dato no coherente se deben repetir dichas mediciones. El crecimiento es un indicador muy sensible del estado de nutrición del niño, por lo que su vigilancia es una tarea muy importante para el pediatra de Atención Primaria, quien no se debe contentar solo con esas variables, sino que debe calcular el índice de masa corporal (IMC) e interpretarlo adecuadamente utilizando las gráficas de la OMS.

Se puede definir a la obesidad como una enfermedad inflamatoria de bajo grado en la que se produce un aumento de peso por acúmulo importante de grasa, tanto en el tejido adiposo subcutáneo y perivisceral como en la íntima de las arterias, debido a un desequilibrio energético entre la ingesta y el gasto calórico. Cursa con importante afectación psicológica y física, se autopropaga en el tiempo y limita la calidad de vida del que la padece, de manera que la generación actual va a ser la primera que tendrá menor esperanza de vida que las generaciones precedentes. Su tratamiento es difícil, tiene resultados desalentadores y siempre exige una intervención sobre la alimentación y la actividad física con un enfoque multidisciplinar en el que la motivación es uno de los pilares fundamentales.

Las consecuencias del acúmulo de grasa son múltiples y de todos conocidas: psicosociales, pulmonares, ortopédicas, neurológicas, gastrointestinales, cardiovasculares, renales, endocrinas, cutáneas, cancerígenas, estrés oxidativo, enfermedad cardiometabólica y hasta académicas.

La prevalencia está aumentando de una manera exagerada en todo el mundo, no solo en la edad adulta, sino también en la edad pediátrica, donde se ha dado el salto en los últimos 30 años de una prevalencia del exceso de peso de un 4,9 % (Bueno, 1984) a un 35,8 % (Redondo 2013), es decir se ha multiplicado por 7.

En nuestro estudio se han encontrado unas cifras de prevalencia bastante llamativas, tanto empleando los criterios IOTF como los de la OMS. Respecto a estos últimos las cifras de prevalencia presentan en la tabla siguiente:

	Edad	Varones		Mujeres	
		%	IC-95%	%	IC-95%
<b>Sobrepeso</b>	[2-6)	20,6	18,5 - 22,8	22,1	20,0 - 24,5
	[6-10)	23,4	21,1 - 26,0	27,6	25,1 - 30,3
	[10-13)	32,7	29,3 - 36,3	28,9	25,7 - 32,3
	[13-16)	23,2	19,9 - 36,3	21,0	17,9 - 24,6
<b>Obesidad</b>	[2-6)	15,4	13,6 - 17,4	5,8	4,7 - 7,2
	[6-10)	17,6	15,5 - 19,9	13,0	11,1 - 15,1
	[10-13)	16,8	14,2 - 19,8	11,0	8,9 - 13,4
	[13-16)	10,9	8,6 - 13,7	8,1	6,1 - 10,7

Se han identificado muchos factores: genéticos, familiares, maternos y personales. Es importante conocerlos bien, ya que algunos son modificables y por tanto ahí es donde hay que incidir si se quiere revertir la situación actual de verdadera pandemia del siglo XXI.

En nuestro estudio hemos encontrado que el estado nutricional al nacimiento, tanto el bajo peso como el peso elevado, la procedencia (fundamentalmente en latinoamericanos y gitanos), la lactancia materna escasa, el hábitat rural eran factores asociados con el exceso de peso.

También hemos observado que aunque un esfuerzo mantenido con adolescentes llega a conseguir resultados positivos, es pequeña la relación beneficio/esfuerzo, fundamentalmente conforme van sucediéndose los años, por lo que los mayores logros son esperables en las primeras etapas del desarrollo humano, pero este es un entorno todavía poco estudiado, por lo que los esfuerzos deben ir, en primer lugar, encaminados a estudiar cuáles son los factores que influyen en un adecuado desarrollo en los dos primeros años de vida, para poder detectar pronto factores modificables sobre los que poder intervenir.

También han venido a sumarse a estos factores la teoría del *programming*, que viene a decir que la programación de cómo será el metabolismo a lo largo de la vida se programa en las primeras épocas de la vida. Además, últimamente ha aparecido otra nueva teoría que declara la importancia de la razón proteínas/no proteínas en la época fetal. De ahí que haya que plantear nuevos estudios sobre la nutrición de la embarazada y de los factores en los primeros meses de la vida (alimentación, enfermedades, desarrollo del gusto por distintos alimentos, ejercicio y estilo de vida en el niño y en su familia) para comprender mejor la evolución del estado nutricional y cómo favorecer un desarrollo armónico y eutrófico en los dos primeros años de vida.

En este sentido estamos realizando un estudio sobre los factores que influyen en el crecimiento en los dos primeros años de vida, llamado *"Estudio longitudinal, multicéntrico y abierto, para identificar factores predictores del estado nutricional, crecimiento y desarrollo, desde el nacimiento hasta los dos años de vida. Influencia de un consejo familiar sobre estilo de vida saludable"* y financiado por la Fundación Ernesto Sánchez Villares, que nos permita conocer mejor esta primera etapa del desarrollo del ser humano.

El problema es que todos los estamentos de la sociedad actual (a nivel de autoridades estatales, autoridades comunitarias, ayuntamientos, escuelas, etc.) no se está

haciendo lo suficiente. Actualmente hay directivas de la Unión Europea, de obligado cumplimiento, que están comenzando a modificar conductas. Pero en el ámbito sanitario, especialmente en Atención Primaria, queda mucho camino por recorrer, y aquí es donde los profesionales sanitarios deben dar el *"do de pecho"*. Debemos diseñar y aplicar un **"Programa de Atención al Niño con Exceso de Peso"** en el que el pediatra y la enfermera de pediatría de atención primaria se motiven e impliquen para conseguir motivar, estimular y reforzar, tanto a los padres como a los niños y adolescentes, en adoptar un estilo de vida saludable, en el que se fomente el ejercicio, se haga una alimentación saludable y se refuerce la autoestima del adolescente, tal y como proponemos en la siguiente tabla, en la que se detallan las visitas y su contenido:

Visita	Tiempo	Contenido
1	0 semanas	Historia clínica y exámenes complementarios
2	1 semana	Actividad física
3	2 semanas	Alimentación
4	4 semanas	Imagen corporal y autoestima
5	2 meses	Alimentación sana
6	3 meses	Sentimientos, sensaciones, calidad de vida
7	4 meses	Ejercicio físico y refuerzo
8	6 meses	Alimentación y ejercicio
9	8 meses	Refuerzo. Publicidad engañosa
10	10 meses	Ejercicio físico. Autoestima
11	12 meses	Resultados al año. Composición corporal. Refuerzo y autoestima
12	cada año	Resultados al año. Composición corporal. Refuerzo y autoestima
13	cada año	Resultados al año. Composición corporal. Refuerzo y autoestima

Desde aquí animamos a todos los pediatras a implicarse en la solución de esta epidemia que, verdaderamente es un importante problema social en nuestro país •

**Título: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: TRABAJANDO JUNTO CON EL FISIOTERAPEUTA**

**Autores:** Jorge Juan Cazorla González (Fisioterapeuta) y Josep Cornellà i Canals (Pediatra y psiquiatra)  
EUSES - Escuela de Fisioterapia de la Universitat de Girona. Salt (Girona)  
parlita7@hotmail.com

**Introducción:**

La integración del niño con un trastorno del espectro autista (TEA) en la escuela y en la sociedad es un hecho deseable y cada vez más frecuente. Pero esta integración precisa una convergencia de distintos profesionales a fin de mejorar su adaptación e incidir positivamente en su calidad de vida. Proponemos una colaboración entre los distintos profesionales. En nuestro país, la figura del fisioterapeuta no suele incluirse en el equipo multidisciplinar del tratamiento del niño con TEA. Para ello es importante considerar las características del niño que pueden ser susceptibles de tratamiento fisioterapéutico, especialmente desde la hidroterapia en piscina y la cointervención con el psicomotricista en la sala de juegos. Esta atención, desde la multidisciplina, debe incidir positivamente en la mejora de la calidad de vida del niño y de sus padres, mejorando la vinculación, disminuyendo el estrés, y facilitando la integración. Por ello, todo proyecto de programa debe ser individualizado, estructurado, intensivo, extensivo, y con intervención de los padres.

**Objetivos:**

Desarrollar un programa de tratamiento fisioterapéutico para niños con TEA, partiendo de la importancia de una intervención precoz por parte del fisioterapeuta, enmarcado dentro de un equipo multidisciplinar. A partir de este programa, evaluar la mejora en la calidad de vida, minimizando aquellos síntomas del TEA que inciden negativamente en la integración y adaptación del niño en la escuela.

**Material y métodos:** Se ha elaborado un programa para la atención precoz al niño con TEA. Este programa tiene una aplicación en el agua, en piscina (hidroterapia), y un trabajo en sala de juegos. La cointervención con el psicomotricista es fundamental. Todos y cada uno de los ejercicios tienen sus objetivos específicos y concretos.

**Resultado:** Se ha empezado a aplicar este programa, básicamente en el agua (playa y piscina). Se ha conseguido una notable mejora en muchos de los aspectos motores del niño con TEA. De forma cualitativa, se ha observado una notable mejora en el equilibrio, el contacto visual, la coordinación, la propiocepción, la integración, y el control de las estereotipias.

**Discusión:**

Como puntos débiles, este proyecto contempla la falta de experiencia en nuestro país, las dificultades en la objetivación del progreso en niños con TEA, y la dificultad para adaptar las escalas. Como puntos fuertes, existe un amplio consenso en la necesidad de integrar la fisioterapia en el tratamiento integral del niño con TEA, se han establecido contactos a nivel nacional e internacional, y existe un compromiso por parte de los profesionales implicados en el proyecto.

**Conclusiones:**

A partir de este proyecto, aceptamos el reto del tratamiento de los niños con TEA desde la fisioterapia, de forma integrada con otros profesionales de la salud integral del niño. A pesar de que ésta es una realidad demasiado ausente en nuestra geografía, comprobamos como el fisioterapeuta, **"trabajando junto con"** los demás profesionales, se implica en el campo de la salud integral y de la educación sanitaria, formando parte del equipo multidisciplinar. Los resultados preliminares positivos nos indican que este programa supone una aportación para aplicarlo y desarrollarlo. Se precisan estudios cuantitativos para poder hacer evidentes estas mejoras.

## **Título: EN TIEMPOS DE CRISIS... NUEVAS CONSULTAS. PROYECTO DE CONSULTA DE PEDIATRÍA SOCIAL EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**Autores: Marín López, Laura Pilar; Gómez Llorente, M<sup>a</sup> Amelia; Hidalgo Calero, Ana Belén.**

Hospital de Baza

***lamarinlo@hotmail.com***

### *Introducción:*

La población infantil constituye uno de los grupos más vulnerables de la población en la actual crisis económica a pesar de que, como el 99% de la población, no ha tenido ninguna participación en las causas que generaron la crisis económica y financiera iniciada en 2008. Como grupo poblacional, la infancia carece de voz propia para opinar sobre las medidas que le afectan directamente y únicamente sufre las consecuencias del impacto de la recesión y de las medidas que se toman supuestamente para contrarrestarla.

Numerosos estudios de cohortes de recién nacidos llevados a cabo durante el siglo pasado han puesto de manifiesto la importancia de los determinantes sociales de la salud en los resultados en salud, en el rendimiento académico y en la integración social del futuro adulto. Se han demostrado gradientes sociales en salud (a mejor nivel socioeconómico mejor salud) en la mayoría de problemas de salud infantil.

España es el país de Europa donde más han aumentado las desigualdades sociales con la crisis. La población infantil que vive en hogares con todos sus miembros desempleados ha pasado del 3% en 2003 al 11% en 2011 y al 16,6% en 2012. Uno de cada 4 niños vive en hogares por debajo del umbral de la pobreza y las desigualdades entre las familias más y menos bienestantes ha aumentado más de 20% desde el inicio de la crisis. La infancia es el grupo poblacional en mayor riesgo de exclusión social cuando se compara con el resto de población.

En la crisis actual disponemos, de momento, de pocos datos sobre las repercusiones en la salud infantil. No obstante, los primeros resultados ya comienzan a mostrar el alcance del desastre. La mortalidad infantil muestra un aumento en Grecia, uno de los países donde la crisis es más profunda y lleva más tiempo. En Reino Unido, las encuestas de nutrición han mostrado que en los hogares con mayores dificultades ha aumentado el riesgo de obesidad infantil por falta de recursos económicos.

La atención sanitaria a los niños debe estar basada en sus necesidades y problemas en salud. Los aspectos psicosociales están adquiriendo una gran importancia derivados de:

- Cambios familiares: separaciones/divorcios, modelos de familia, roles familiares, hogares monoparentales, etc.
- Escolares: fracaso escolar, violencia/ acoso, niños con altas capacidades, etc.
- Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC): internet, ciberpatologías, medios de comunicación social, etc.
- Económicos: desempleo, pobreza, exclusión social, etc.
- Psicológicos: TDAH, trastornos comportamiento alimentario y sociales, intentos autolíticos, etc.
- Sociales: maltrato infantil, delincuencia, inmigración, niños de origen extranjero, etc.
- Necesidades especiales: enfermedades crónicas, discapacidad, enfermedades raras, niños nacidos de muy bajo peso para su edad gestacional-prematuros, etc.
- Sexualidad: embarazos en adolescentes, IVEs, píldora postcoital, etc.
- Bioética-legales: menor maduro, consentimiento informado, consejo genético, limitación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos,...
- Adolescentes: accidentes.
- Hábitos: obesidad, adicciones/ toxicomanías, actividad ocio y tiempo libre, actividad física/ sedentarismo, etc.

**Objetivos:** Debido al cambio social actual, nos proponemos abrir una consulta de Pediatría Social que de respuestas a las nuevas necesidades en salud.

**Método:** Los niños que presenten algún tipo de riesgo social, podrán llegar a nuestra consulta de varias maneras:

1. Desde atención primaria derivados por su médico habitual.
2. Desde la atención en urgencias.
3. Desde la atención en unidad de hospitalización de pediatría.
4. Desde Servicios Sociales Comunitarios.

Para dar a conocer este nuevo servicio dentro de nuestro Área de Gestión Sanitaria, vamos a realizar varias charlas de formación en maltrato infantil y detección de riesgo social a los profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales) de las diferentes zonas básicas de nuestro área. Además en el mismo momento se le explicará las patologías que atenderemos en nuestra consulta, la manera de proceder y cómo será imprescindible su colaboración para la atención integral del paciente.

Así mismo, se impartirán charlas de maltrato infantil y detección de riesgo social al personal que trabaja en las Urgencias, sala de encamación de pediatría y unidad neonatal del Hospital.

**Resultado:** De momento no poseemos resultados pues estamos en fase de instauración del proyecto.

### *Conclusiones:*

Por todo lo expuesto anteriormente, los determinantes de salud deben ser considerados al abordar la salud de los niños, considerando las desigualdades sociales y su impacto en la salud. Es por ello, que más que nunca urge crear equipos de referencia en Pediatría Social que puedan atender de una forma integral la salud y la enfermedad.

Es esencial que los profesionales responsables de la atención a los menores, pediatras, educadores y familias, tomen conciencia y protagonismo en la disminución de las desigualdades sociales en salud y educación si el objetivo es conseguir futuras generaciones de adultos con oportunidades de salud equitativas.

**Título: INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ASMA Y ABSENTISMO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA EN ANDALUCÍA**

**Autores: Praena Crespo M, Murillo Fuentes A, Aquino Llinares N, Gálvez González J, Castro Gómez L. mpraenac@gmail.com**

**Introducción:**

El asma es una enfermedad crónica que repercute negativamente sobre la calidad de vida y origina absentismo escolar de quien lo padece. Hipotetizamos que una intervención educativa sobre asma en las escuelas, podría mejorar el absentismo escolar de estudiantes con asma.

**Objetivos:**

Verificar el efecto de la aplicación del programa Asma Deporte y Salud© sobre el absentismo escolar en estudiantes de los dos últimos cursos de enseñanza primaria en Andalucía.

**Material y Método:**

Ensayo clínico aleatorizado controlado simple ciego. Estudiamos 3062 estudiantes de los dos últimos cursos de enseñanza primaria (1518 mujeres) de los que 304 (137 mujeres) tienen asma, pertenecientes a 95 colegios de Andalucía. 107 Profesores de educación física previamente adiestrados por médicos escolares impartieron el programa educativo Asma, Deporte y Salud© en tres sesiones durante los meses de noviembre a diciembre a todo el alumnado. El absentismo escolar de todos los estudiantes fue facilitado mediante datos disociados de los colegios desde la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

**Análisis estadístico:** Usamos el test de Chi-cuadrado para variables categóricas y la t de Student o la U de Mann-Whitney para variables continuas según la muestra cumpla criterios de normalidad o no.

**Resultados:**

Considerando a todos los estudiantes, sólo el 12,2 % (37/304) de los asmáticos no faltó ninguna vez a clase en el curso, frente al 21,6% (597/2758) de sus compañeros sin asma  $p=0.000$ . Los asmáticos faltaron a clase a lo largo de todo el curso una media de 7,57 días ( $\pm 8,63$ ) frente a 5,35 días ( $\pm 5,45$ ) de sus pares no asmáticos  $p=0.000$ . Analizados mes a mes los estudiantes asmáticos faltaron más número de días a clase en los meses de enero ( $p=0,010$ ), febrero ( $p=0,017$ ), marzo ( $p=0,012$ ) y mayo (0,000) que los que no tenían asma.

Tras la aplicación del programa educativo Asma Deporte y Salud ©, no hubo diferencias en el número de faltas a clase de los estudiantes asmáticos de los grupos experimental y control a lo largo de los meses del estudio, excepto en el mes de febrero que hubo un mayor número de faltas en los alumnos asmáticos del grupo experimental 2,93 ( $\pm 2,72$ ) frente al grupo control 2,09 ( $\pm 1,42$ ) ( $p=0,039$ )

**Conclusiones:**

1. El asma ocasiona un absentismo escolar mayor en los estudiantes de los dos últimos cursos de primaria comparado con sus pares no asmáticos.
2. El programa educativo Asma Deporte y Salud © no disminuyó el absentismo escolar en los estudiantes con asma.

**Título: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MALTRATO INFANTIL: UN RETO PARA EL PEDIATRA****Autores: Elvira Ricci, Maria Fernanda Guzman, Maria Garcia Barba, Alfonso Delgado Rubio***Grupo Hospital de Madrid***elvy22@katamail.com****Introducción:**

El diagnóstico diferencial del maltrato físico infantil representa un reto profesional, ético y legal para el pediatra. Hay que pensar en ello para poder detectar precoz e efectivamente casos de malos tratos que podrían pasar inadvertidos, pero también tener en cuenta que los accidentes o determinadas enfermedades pueden provocar lesiones semejantes a las producidas por los malos tratos y no etiquetar de maltratados a estos otros pacientes. Por esto es muy importante realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial entre las lesiones producidas por malos tratos y las debidas a otros procesos.

**Objetivos:** Demostrar la importancia que tiene para el pediatra el pensar en la posibilidad de maltrato infantil cuando se encuentre ante un niño con lesiones físicas. Tratar de identificar factores, características y aspectos del cuadro clínico que nos puedan orientar más hacia la posibilidad de este difícil diagnóstico. Presentamos un caso clínico ilustrativo de este tema.

**Material:** Caso clínico atendido en nuestro Hospital. Se trata de un lactante de 15 meses, que ingresa desde Urgencias, por cuadro neurológico agudo compatible con hipertensión endocraneal. Según refiere la madre, estando previamente bien, experimenta 1 hora antes, un episodio de llanto seguido de palidez y cianosis oral. Tras ello lo observa decaído, irritable y con tendencia a la rigidez; ha rechazado la toma. La madre cuenta que zarandeó al pequeño porque le pareció que convulsionaba. En Urgencias se aprecia mal estado general, mirada fija y perdida, fontanela abombada, hipertonía de los miembros superiores con tendencia a la rotación interna, palidez cutáneo-mucosa. Se traslada a UCIP. Entre los antecedentes familiares destaca hermana fallecida en 2º mes de vida accidentalmente por caída de la madre sobre ella tras un síncope. Madre con trastorno ansioso depresivo. Durante su ingreso en UVI se realiza estudio exhaustivo con pruebas complementarias; en el TC y RM cerebral se describen extensos hematomas subdurales que ya alarman sobre un posible caso de maltrato y se realiza fondo de ojo donde se describen hemorragias retinianas profusas en ambos ojos: típico hallazgo del Síndrome del Niño Zarandeado.

**Resultado:** Se trata de un cuadro de traumatismo craneoencefálico compatible con Síndrome del Niño Zarandeado. Los tres hallazgos característicos de este síndrome son: clínica de trauma cerrado, lesión del Sistema Nervioso Central y hemorragias retinianas. En la TC se deben buscar hallazgos compatible con sangrado, edema y lesiones sugestivas de mecanismo de golpe y contragolpe.

**Conclusiones:** El caso expuesto presentaba varios hallazgos que nos orientaban hacia un diagnóstico o por lo menos una sospecha de maltrato: el tipo de lesiones descritas, el antecedente de la hermana fallecida, y una depresión postparto de la madre que en el día del ingreso iba a suspender la lactancia materna para empezar con la medicación. No siempre los cuadros son tan claros y el diagnóstico del maltrato físico la mayoría de las veces puede llegar a entrañar grandes dificultades. Esto ocurre por varias razones: se trata de una situación insuficientemente conocida por los pediatras, los padres niegan de entrada su comportamiento agresivo frente al niño y la edad del niño maltratado (generalmente <3 años) impide detallar las agresiones sufridas. Además el diagnóstico diferencial entre las lesiones producidas por malos tratos y las que son debidas a enfermedades o accidentes incluye un área muy amplia: enfermedades con manifestaciones óseas, enfermedades hemorrágicas, dermatológicas, neurológicas, intestinales, enfermedades metabólicas y psicológicas, lesiones accidentales. Así como en nuestro caso había aspectos que orientaban hacia el diagnóstico de Síndrome del niño zarandeado diversas características descritas en la literatura permiten distinguir las lesiones provocadas de las accidentales (localización, tipo de lesiones, presencia de lesiones múltiples en estadios diferentes). En lo que se refiere a lesiones cutáneas, las provocadas se observan con más frecuencia en partes superiores de brazos, tronco, cara, orejas, cuello, genitales, mamilas y nalgas. Con respecto a las quemaduras la localización suele ser en nalgas, mamilas, periné o genitales y también en palmas de las manos y plantas de los pies. Suelen presentar borde limitados y los cuidadores relatan explicaciones contradictorias de la lesión, atribuyen las mismas casi siempre a un hermano. Las lesiones oculares son tan frecuentemente accidentales que tal lesión por sí sola no constituye un caso claro de maltrato. Recordamos que una causa importante de muerte por maltrato infantil suele ser debida a lesiones de órganos abdominales internos, después de los traumatismos craneales. A tal propósito el pseudoquiste de páncreas en un niño en edad escolar suele ser secundario a traumatismo del páncreas por lesión con el manillar de la bicicleta, deportes e contacto o accidente de tráfico mientras en menores de 3 años nos debe hacer sospechar un maltrato infantil. En cuanto a las fracturas las radiografías siguen siendo el método más preciso para establecer un diagnóstico y hay lesiones consideradas específicas del maltrato como lesiones epifisario-metafisarias, fracturas en la parte posterior de las costillas, fracturas múltiples, ocultas o repetitivas, fracturas en etapas diversas de reparación. Siempre hay que descartar maltrato en los lactantes con fractura femoral. En conclusión una vez que el médico se plantea como posibilidad un caso de maltrato debe realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial en busca de síntomas y/o signos guías más o menos específicos de un cuadro de tales características.

Enfatizamos la importancia de la sospecha diagnóstica del maltrato del diagnóstico diferencial metódico, por lo inespecífico que pueden ser sus manifestaciones clínicas. Un diagnóstico erróneo de maltrato conllevará graves consecuencias judiciales para el niño y sus familiares, por otra parte si no se tiene en cuenta como posibilidad diagnóstica cometeremos un error muy grave.

**Título: REGISTRO DE CASOS DETECTADOS DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID 1999-2013**

**Autores: Esteban Gómez J, Díaz Huertas JA, Gómez Aparicio AC, Casado Flores J, Ruiz Díaz MA.**  
**joaquin.esteban@madrid.org**

**Introducción:**

La Comunidad de Madrid inicio el 1 de enero de 1999 un registro de casos de maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario.

La importancia real de este problema es desconocida, teniendo los profesionales sanitarios una posición privilegiada en la prevención, detección e intervención de los casos.

**Objetivos:**

1. Conocer las características epidemiológicas y morbi-mortalidad del maltrato infantil detectado desde el ámbito sanitario.
2. Prevenir, detectar y tratar los casos de maltrato infantil, así como facilitar la comunicación y la actuación de los servicios sociales.
3. Disponer de datos para elaborar programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar infantil.

**Material:**

Todos los niños que acudan a consultas. Al implicar a toda la red sanitaria y considerando que la población infantil en situación de riesgo acude a consulta con gran periodicidad (Programa Niño Sano, urgencias) la cobertura del Programa debe ser muy elevada.

**Método:**

Utilización de la Hoja de notificación, en papel autocopiativo que consta de tres copias: una para enviar al registro (mediante correo a franquear en destino), otra para guardar en la historia clínica y la tercera para remitir a los servicios sociales a los efectos de iniciar la atención al niño y su problemática familiar.

La hoja de notificación se ha dado a conocer en cada área sanitaria y en los hospitales de referencia, además de en los cursos de formación que se han realizado. También se hicieron reuniones de seguimiento en cada área cada seis meses, donde se hace una devolución de los datos.

**Resultado:**

Se presentan y comentan los datos de las 6.090 notificaciones recibidas desde el 1 de enero de 1999 hasta 2013. La tipología que más se notifica es el maltrato físico (2.585) seguida de negligencia (1.993), abuso sexual (1.447) maltrato emocional (1.310). El 76 % de las notificaciones lo son como casos de sospecha y el 24 % como casos de maltrato. El 49 % es en niños menores de 6 años y la distribución por sexo es en mujeres del 56 % y en varones el 44%. Los centros que mas notifican son los hospitales (3.340) seguidos de SAMUR (Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate) (1.350) y los Centros de Salud (971)

**Conclusiones:**

La implicación del ámbito sanitario en la detección y tratamiento, asegurando la atención social a los niños se ha visto favorecida mediante la formación y al establecer un sistema estandarizado de notificación de todos los casos a los servicios sociales, además de otras notificaciones necesarias según la gravedad del caso: Parte de lesiones al Juez de Guardia, policía, ... según establece la legislación vigente.

**Título: DISMINUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE UNA INTERVENCIÓN BIOPSIOSOCIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL EXCESO DE PESO EN PACIENTES INFANTOJUVENILES REFRACTARIOS A TRATAMIENTO PREVIO**

**Autores: Lanza Saiz R., Cabero Perez M.J., Gaité Pindado L., Alvarez Granda L., Pesquera Cabezas R., Artal Simón J., Castellano Barca G., García Fuentes M.**  
*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria*  
**pedgfm@humv.es**

**Introducción:**

La Obesidad es una enfermedad multifactorial, crónica, de alta prevalencia y difícil tratamiento. Se asocia a un aumento de la hipertensión y del riesgo cardiovascular en niños y adultos, aumentando a largo plazo la morbilidad y la mortalidad prematura. El Índice de Masa Corporal (IMC) y el Perímetro Abdominal (PA) son dos importantes factores que contribuyen al incremento del Riesgo Cardiovascular (RCV).

En la Unidad de Obesidad Infantojuvenil del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla hemos diseñado y aplicado un programa biopsicosocial para el tratamiento de la obesidad en pacientes con exceso de peso refractarios a tratamiento estándar. Este programa biopsicosocial está basado en la modificación de hábitos mediante abordaje cognitivo-conductual y motivación hacia el cambio.

El propósito de este estudio prospectivo es determinar, en un grupo de niños y adolescentes con exceso de peso refractario a terapia convencional, la eficacia del programa de intervención durante un periodo de 6 meses para disminuir el RCV, tomando como indicadores el descenso en los parámetros de IMC y PA.

**Objetivos:**

Reducir el Riesgo Cardiovascular mediante la disminución de los parámetros de Índice de Masa Corporal (IMC) y Perímetro Abdominal (PA)

**Material y Método:**

Fueron tratados mediante el programa de tratamiento biopsicosocial de la obesidad de la Unidad de Obesidad Infantil del Servicio de Pediatría del H.U.M.V. un total de 127 niños y adolescentes diagnosticados de exceso de peso según los criterios de Cole et al. adoptados por la International Obesity Task Force (I.O.T.F.). Acudían a nuestra consulta derivados desde otras consultas de pediatría, tanto de Atención Primaria como Especializada. Todos los participantes habían sido previamente intervenidos mediante procedimiento estándar (dieta y/o ejercicio) en estas consultas.

El programa se llevo a cabo por un Pediatra y un Psicólogo en la Unidad de Obesidad Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Los participantes recibieron hasta once sesiones de aproximadamente 30 minutos durante un periodo de 6 meses. Se toma como referencia el IMC según los criterios de Cole y la I.O.T.F. y el PA en centímetros. Una prueba t de Student para muestras pareadas se utilizó para evaluar el cambio después del periodo de intervención comparando pre y post tratamiento en los indicadores de IMC y AP. Los valores de  $p < 0,5$  se consideraron significativos.

**Resultado:**

De los 127 pacientes iniciales, 117 (52 niños y 65 niñas) completaron los 6 meses de intervención. La edad media fue de 11 años (SD = 2.6) y 90 cumplían criterios de Cole para obesidad. Hubo una disminución estadísticamente significativa en la media del IMC pre y post tratamiento (27,98, SD = 4.06 a 25,59, SD = 4.27),  $t(116) = 16,10$ ,  $p < .0005$  (dos colas). La disminución media de IMC fue 2,39 con un intervalo de confianza 95% (IC) con un rango desde 2.10 a 2,69. También hubo una reducción en AP después del tratamiento desde 94,14 cm, SD = 10,78 a 89.47 cm, SD = 11,50,  $t(116) = 10,72$ ,  $p < .0005$  (dos colas). La reducción media en AP fue de 4,67 cm. con un IC del 95% con un rango desde 3.81 a 5,54. En ambos casos la estadística de eta cuadrado (.69 y.49) indicó un tamaño del efecto importante

**Conclusiones:** Esta intervención de seis meses de duración tiene una buena aceptación puesto que el 92% había terminado el tratamiento. Además, se obtuvo una reducción significativa del IMC y el PA en este grupo de niños y adolescentes. Este es un hallazgo notable ya que estos pacientes eran previamente refractarios al tratamiento convencional (dieta o ejercicio). Sin embargo, la evaluación de la eficacia a largo plazo de esta intervención requeriría más investigación.

**Título: ROTACIÓN EN PEDIATRÍA SOCIAL. LA RAMA OLVIDADA DE LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA****Autores: Laura Pilar Marín López<sup>1</sup>, José A. Díaz Huertas<sup>2</sup>, Antonio Muñoz Hoyos<sup>3</sup>, Virginia Carranza Parejo, Andrea Campo Barasoain.***<sup>1</sup>Hospital de Baza; <sup>2</sup>Instituto Madrileño de la Familia y el Menor; <sup>3</sup>Hospital Universitario San Cecilio, Granada.****lamarinlo@gmail.com*****Introducción:** (fundamentación jurídica y legal):

El artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en ciencias de la salud. La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas elaboró el programa formativo de la especialidad que fue verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Este programa contempla que el residente debe formarse en dos áreas principales: área clínica; y área de Pediatría Social y Salud Pública. Durante los cuatro años de residencia, la labor asistencial en el área clínica y la investigación, ocupa el 95% del tiempo del residente, descuidando los conocimientos básicos de Pediatría Social y Salud Pública y quedando los aspectos formativos en manos de la actitud más o menos vocacional y generosa de los facultativos con los que se realizan las distintas rotaciones.

**Objetivo:**

Definir una propuesta en formación en Pediatría Social que podría ser extensible a todo el territorio nacional.

**Propuesta:**

1. Desde que el residente inicia su periodo formativo, debe recibir por parte de todos los miembros del servicio, la formación concreta en cada una de las situaciones clínicas que plantea un problema en esta vertiente.

2. Cada centro responsable de la formación de residentes, debe tener un proyecto formativo en el que claramente queden especificados y definidos los problemas que el MIR debe haber estudiado y resuelto.

3. A nivel nacional, es importante que exista una unidad de referencia plenamente dedicada a la pediatría social, en la que exista un programa formativo concreto en contenido, objetivos y tiempo. Esa unidad la encontramos en el Hospital Niño Jesús de Madrid. El programa de dicha unidad incluye tres aspectos:

- Asistencia en consulta de Pediatría Social: niño maltratado, adopción internacional, discapacidad.
  - Participación en programas de salud del niño de riesgo social de la Comunidad en la que esté realizando la rotación.
  - Asistencia médica en centros de protección de acogida de urgencia y de larga estancia.
- Esta rotación se realiza en el Hospital Niño Jesús, el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor, Centro Municipal de Salud Chamberi del Ayuntamiento de Madrid y otros recursos como los Centros de Reinserción Social del Menor Infractor, etc.

4. Como venimos haciendo en algunas unidades, creemos que se deben establecer de una forma programada y autorizada, rotaciones en áreas especialmente deprimidas en países de tercer mundo.

**Conclusión:**

En definitiva, creemos que los programas formativos para el MIR en pediatría social, han de ir adaptándose a las necesidades reales de cada tiempo, y creemos que esta propuesta lo cumple.

Desde el año 2006 se han formado 16 residentes de pediatría en la Unidad de Pediatría Social del Hospital Niño Jesús en materia de Pediatría Social. Recientemente se han incorporado a la unidad rotantes de la especialización de enfermería pediátrica, siendo ya 3 enfermeras las que han completado su formación.

**Título: CÓMO MEJORAR EL CURRÍCULUM DE PEDIATRÍA SOCIAL PARA LOS RESIDENTES**

**Autores: Michelle Floyd Rebollo; Alisa Seo-Lee.**  
**michellefloyd@me.com**

**Introducción:**

En los EEUU, se requiere a los que son residentes de pediatría que cumplan como mínimo, un mes de aprendizaje en pediatría social. En nuestro programa de pediatría de Chicago, en el hospital público de Cook County, atendemos una población urbana, minoritaria, y sin recursos. La Academia Americana de Pediatría nos concedió una beca para mejorar la educación de los residentes en pediatría social. Aunque pediatría social siempre ha sido el enfoque del programa, las rotaciones de especialidades o en el hospital no se enfocan tanto en la comunidad como las rotaciones extra hospitalarias. Estudios varios muestran que los factores psicosociales afectan mucho la salud, la educación, y la vida en general de los niños. Es por ello crítico que los residentes entiendan este concepto, irrelevante del lugar donde estén atendiendo al paciente. Durante los últimos dos años, nuestro programa de residentes se ha beneficiado de un significativo incremento de nuestro conocimiento, combinado con un mayor enfoque en la pediatría social.

**Objetivos:**

El objetivo general de la beca era ampliar el conocimiento de los residentes sobre la pediatría social, y ayudarles a utilizar esto como una herramienta a usar con sus pacientes tanto en su entrenamiento actual como en su futuro trabajo. A continuación, los objetivos específicos para lograr esta meta: 1) Estrechar la colaboración entre el profesorado de pediatría y la pediatría social; 2) Mejorar la educación de los profesores y residentes en este campo, incluyendo un programa de desarrollo para los profesores, para en su docencia destaquen la importancia de la pediatría social; 3) Incrementar la integración de experiencias en pediatría social en varias rotaciones; 4) Reforzar las relaciones con la comunidad, 5) Mejorar como se evalúan a los residentes sobre la pediatría social; y 6) Crear un curso educativo en internet sobre pediatría social para enseñar a los residentes y a todos los profesionales de la atención pediátrica en Chicago.

**Método:**

Iniciamos este proceso colaborando con pediatras enfocados en la atención primaria y la pediatría social, y residentes. En paralelo, nos enfocamos en mejorar la enseñanza de los residentes sobre la comunidad y dentro de la misma. Para ello, desarrollamos las siguientes iniciativas: 1) Aumentamos el contacto con la comunidad; 2) Identificamos médicos y gente de la comunidad para que se hicieran mentores de los residentes; 3) Implementamos una clase sobre pediatría social mensualmente como parte de las clases educativas diarias; 4) Para averiguar como mejor orientar la enseñanza sobre la comunidad y pediatría social, organizamos grupos de enfoque entre la comunidad, familias, residentes, y pediatras; 5) Creamos un congreso para los profesores de pediatría sobre pediatría social y técnicas de enseñanza; y 6) Creamos un curso electrónico enfocado en los problemas de salud y psicosociales que afectan a las familias en Chicago, en el que han participado pediatras, residentes, estudiantes de medicina, alianzas de la comunidad, y la organización local de pediatría.

**Resultado:**

En general, la repuesta de los residentes y los profesores de nuestro programa de medicina al curriculum nuevo de pediatría social ha sido muy positivo. Hemos aumentado el contacto con la comunidad con clases, visitas directas y mentores. Durante el mes de pediatría social, los residentes empezaron a compartir sus ideas y planes para apoyar más a las familias y niños. Los residentes también comenzaron a usar estos proyectos con la comunidad para hacer estudios de calidad en el hospital y trabajos de investigación, y algunos hasta buscaron becas adicionales para financiar más proyectos en pediatría social. El número de profesores que está más enfocado en pediatría social se ha duplicado comparado con antes de esta beca, así como el número de rotaciones que incluyen los recursos en la comunidad como parte de su curriculum. Los cursos electrónicos han sido un éxito tanto por sus resultados educativos, como por la gran colaboración que ha generado entre profesores de pediatría, residentes, estudiantes de medicina y alianzas de la comunidad. Todos hemos trabajado juntos con el objetivo de enseñar más sobre pediatría social a otros médicos y residentes en Chicago.

**Conclusiones:**

El curriculum nuevo ha sido un éxito. Nos gustaría usar evaluaciones modificadas en el futuro para demostrar mejor el efecto que este curriculum ha tenido a los residentes y los profesores en nuestro programa. También, queremos seguir con nuestro trabajo mejorando la educación en pediatría social. Es muy posible replicar nuestro trabajo en otros programas que también quieran aumentar la enseñanza en pediatría social y el enfoque en la comunidad.

**Título: CURSO DE VERANO EN LA UNIVERSIDAD: UNA BUENA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN INTERDISCIPLINAR EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL MALTRATO Y EL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

**Autores: Francesc Domingo(1), Zaira Ibars(1), Susagna Nevado(2), Carme Piqué(3), Carme Tello(2), Teresa Vallmanya(1).**

Associació Catalana per la Infància Maltractada, ACIM

(1) *Pediatría* (2) *Psicología* (3) *Trabajo social*

***fdomingo@comll.cat***

**Introducción:**

La prevención primaria del maltrato y del abuso sexual infantil tiene uno de sus pilares en la formación y la sensibilización de los profesionales del mundo de la infancia. Para que esta formación tenga la máxima utilidad y eficacia es preciso concentrar los esfuerzos durante los estudios de pregrado y de los primeros años de ejercicio y, a ser posible, con un abordaje interdisciplinar. ¿Cómo hacerlo? Con cursos universitarios de verano, de una semana de duración, monográficos sobre maltrato y abuso sexual infantil, e interdisciplinarios tanto en ponentes como asistentes. En nuestra zona se ha conseguido gracias a la implicación de profesionales del mundo de la infancia que, además de su quehacer diario (Pediatría, Psicología, Trabajo social), militan en asociaciones de estudio y prevención del maltrato infantil (Associació Catalana per la Infància Maltractada, ACIM, perteneciente a la Federación estatal, FAPMI), y a la colaboración de la Universidad (Universitat de Lleida), que otorga 3 créditos, como materia transversal, a los estudiantes que superan las evaluaciones.

**Objetivos:**

El curso está dirigido a todas aquellas personas que cursan estudios relacionados con el mundo del niño, y también a todas aquellas otras personas interesadas en adquirir unos conocimientos básicos del fenómeno del maltrato y el abuso sexual infantil. El objetivo es profundizar en la mejora de conocimientos (aptitudes) sobre las causas de su aparición, los diferentes tipos de maltrato, los factores que favorecen su mantenimiento, los signos y síntomas que nos tienen que hacer pensar en que el niño no está siendo tratado como es debido y las orientaciones de actuación cuando nos encontramos ante un posible caso. Insistimos especialmente en este último apartado: por un lado, en el de nuestra sensibilización y disponibilidad (nuestra actitud) ante una realidad en la que no hemos sido suficientes formados y que es demasiado pesada para ser abordada por un solo profesional y, por otro, en el del imprescindible trabajo en red a que esto nos obliga para defender los derechos de aquellos que no tienen ni voz ni voto. Una campaña sanitaria de hace unos años nos interpelaba claramente: "No estás solo. No le dejes solo!"

**Material:**

Preparación de los casos propuestos en envío previo, antes de empezar el curso, y discusión en grupo durante el curso + elaboración de una memoria y/o de un trabajo al finalizar, a entregar antes de acabar el mes de Julio.

**Método:**

Actividades presenciales (40%): lección magistral (50%) + seminarios (50%).

Trabajo autónomo (60%): lecturas (20%)+ trabajos (30%)+ estudio casos (30%)+ estudio (20%).

Un coordinador y 5 ponentes procedentes de Pediatría (3), Psicología (2) y Trabajo Social (1) comparten la mayoría de las sesiones y los talleres.

**Resultado:**

Realizadas ya dos ediciones (La Seu d'Urgell en 2012 y Lleida en 2013), con 25 participantes por curso, las valoraciones tanto de los docentes como de los discentes han sido muy favorables, por lo que se ha presentado ya propuesta para Lleida 2014.

**Conclusiones:**

Creemos que el formato de Curso de Verano de una semana de duración, en el Campus universitario, a primeros de Julio, permite una formación motivadora e interdisciplinar, tanto en los docentes como en los discentes. El formato interdisciplinar de ponentes permite, además, escenificar que el mensajero ya es el mensaje. Y creemos que vale la pena dar a conocer los contenidos de una estrategia de formación que nos ha está resultando muy útil.

**Título: COLABORACIÓN ENTRE EL CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS (MADRID)**

**Autores: López Ortega, Juan José<sup>1</sup>; Otero de Becerra, Joaquín<sup>2</sup>; Cucarella Galiana, Marcelino<sup>2</sup>; Díaz Huertas, José A<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Magistrado Audiencia Provincial de Madrid; <sup>2</sup>Hospital Infantil Universitario Niños Jesús; <sup>3</sup>Instituto Madrileño de la Familia y el Menor- Hospital Infantil Universitario Niños Jesús

***jj.lopez@poderjudicial.es***

**Justificación:**

La práctica médica tiene implicaciones legales-éticas y el ámbito judicial tiene que entender sobre causas que requieren un conocimiento del funcionamiento y aspectos sanitarios.

El Consejo General del Poder Judicial dentro del Programa de actividades de formación para jueces y magistrados para el año 2004 consideró celebrar un Encuentro de jueces y médicos sobre maltrato infantil en el Hospital Universitario Niño Jesús. Entre las Conclusiones del I Encuentro se estimaba la conveniencia de darles continuidad.

**Objetivo:**

Propiciar espacios de reflexión y dialogo entre los profesionales de la judicatura y sanitarios fomentado la formación, el análisis y debate en materias de especial interés para el ejercicio de la función jurisdiccional y sanitaria.

**Material:**

Profesionales de los ámbitos: Sanitarios y de la Justicia En los diez Encuentros celebrados han participado más de 250 profesionales del ámbito de la justicia.

**Método:**

Organizar Encuentros de jueces, fiscales y profesionales sanitarios.

**Resultados:**

1. Se firmó un Convenio de colaboración entre ambas instituciones para la realización de diferentes actividades.
2. Se han celebrado 10 ediciones (2004-2013).
3. Han participado Del ámbito de la justicia más de 250 jueces y fiscales además de los profesionales sanitarios.
4. Se han realizado las siguientes actividades:

4.1 Con una periodicidad anual, se celebran los Encuentros de Jueces y Médicos sobre Infancia, Salud y Derecho. Se analizaron desde la perspectiva médica, medico-legal y judicial: y se han abordado temas como: Maltrato infantil y aspectos concretos (falsas alegaciones, problemática en situaciones de separación y divorcio, obligatoriedad de informes médicos, problemas legales en la atención / urgencia pediátrica,...); Límites entre bioética y justicia, consentimiento informado, la investigación médico-farmacológica en pediatría, el menor maduro ante la sexualidad y salud reproductiva, menor ante la asistencia sanitaria y violencia domestica, la protección de datos, los actores en el juicio, la enfermería y sobre la violencia entre iguales y de género, etc.

4.2. Estancia de jueces en el Hospital Universitario Niño Jesús (desde 2006)

Durante tres días Magistrados y fiscales rotan por distintos servicios médico-quirúrgicos del Hospital (Psiquiatría, Cuidados Intensivos, Oncología, Diagnostico por la Imagen, Urgencias, Pediatría Social, Área Quirúrgica, Servicio de Admisión, Atención al paciente y Unidad de Trabajo Social) con el objetivo de mejorar el conocimiento de los problemas y circunstancias legales que se presentan en la atención sanitaria.

Se realizan charlas coloquio: una sobre células madre, bancos, terapia celular, etc., y otra sobre cuidados paliativos, concepto de muerte, sedación, analgesia, limitación del esfuerzo terapéutico, eutanasia, orden de no reanimación, etc.

Asisten a una reunión del comité de comisión clínica de violencia y maltrato infantil

Asisten a la una Sesión clínica general del Hospital (jueves a las 08. 15 horas).

**Conclusión:**

La utilidad de estos Encuentros y la necesidad de continuar con los mismos se pone de manifiesto en la práctica diaria y por la demanda y valoración/evaluación de los mismos.

**Título: EDUCANDO EN SALUD: ACOGIENDO LA DIVERSIDAD**

**Autores: Efrén Moncada Ocanto** (Médico de Familia); **María Nieves Salas Valero** (Enf Pediatría)  
CS de Manacor (Mallorca)  
**efrenmoncada@gmail.com**

**Introducción:**

Es habitual observar desde las consultas de pediatría del centro de salud, cómo nuestras actuaciones se quedan cortas para abarcar todas las problemáticas que presenta la población infantil que acude a ellas, problemática derivada en la mayoría de ocasiones de la situación social, familiar, etc.

Es desde este punto de vista que surge la necesidad de trabajar desde otra perspectiva: comunitaria e integral.

El trabajo comunitario mediante la intervención de equipos multidisciplinares es fundamental, donde el pediatra y la enfermera de pediatría tienen la posibilidad de desarrollar su metodología de E.P.S (Educación para la Salud) y conseguir objetivos comunes que pueden englobarse en uno general: conseguir un alto grado de salud en las familias mediante la intervención comunitaria.

Observamos que uno de los colectivos que precisaba de más atenciones por nuestra parte en cuanto a salud era el inmigrante, más concretamente los niños del colectivo magrebí.

Nuestra zona básica de salud de Manacor - Islas Baleares cuenta con una población de 40,810 habitantes de los cuales residen actualmente censados un 8% de ciudadanos de origen magrebí.

**Objetivos:**

- Fomentar la salud bio-psico-social de la población infantil de nuestra zona.
- Dar a conocer el buen funcionamiento del sistema sanitario así como los derechos y deberes que tiene los niños dentro del mismo.
- Acercarnos al colectivo magrebí para poder abordar la problemática de salud de familias con niños.
- Dar a las familias conocimientos habilidades y actitudes para que sepan cuidar su salud y la de sus hijos.
- Conseguir un efecto multiplicador generando agentes promotores de salud.

**Material y Métodos:**

En Febrero de 2013, se realizó una primera fase de reuniones con agentes claves que nos fueron dando información de como acceder y trabajar con el colectivo magrebí.

Decidimos trabajar con el método comunitario de Marco Marchioni, se realizó mapeo de los servicios que estaban implicados siendo estos: servicios sociales (familia e inmigración,) escuela de adultos, asociación de vecinos del colectivo magrebí, escuelas, equipo de pediatría del centro de salud (Pediatra, enfermera y mediador cultural del centro de salud). La captación se realizó desde todos estos servicios.

En la segunda fase del proyecto se desarrolló un calendario de sesiones de educación para la salud que fueron impartidas por el equipo de pediatría y el mediador cultural.

Se abordaron los siguientes temas: Uso del sistema sanitario, patologías más frecuentes en el niño, alimentación saludable en la población infantil, prevención de accidentes infantiles y primeros auxilios.

La metodología usada en las sesiones es la de educación grupal, participativa basada en la pedagogía activa.

**Resultados:**

El número de familias que participaron en las sesiones fueron 82 de las cuales la mayoría fueron mujeres con hijos de entre 2 a 12 años.

Se ha puesto en marcha un proyecto común para implicar a la población masculina en el cuidado y atención del niño magrebí.

De manera subjetiva se ha podido sentir el impacto de dicha intervención al apreciar una disminución considerable en la demanda de patologías comunes así como cambios en los hábitos de vida saludable que están estipuladas en el programa del niño sano.

**Conclusiones:**

La multiculturalidad supone un reto para todos los profesionales que trabajamos en pediatría.

El método de intervención comunitaria, es fundamental para poder abordar la problemática en pediatría social, permitiendo cuidar a la familia en todas sus dimensiones.

La educación para la salud mediante la intervención grupal contribuye a fomentar los cambios en los comportamientos en salud de la población.

**Título: PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL****Autores: Sánchez Nuñez MI, Romero Abellán L, Junco Torres I.***Profesionales del P. Materno Infantil de los Centros Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid  
juncotmi@madrid.es***Introducción:**

Madrid Salud desarrolla un programa de asesoría a la mujer embarazada, su pareja y sus futuros bebés antes y después del parto, priorizando a las que vivan en situación de riesgo biopsicosocial. Se pretende trabajar las ansiedades y dudas que se plantean alrededor del embarazo, la maternidad/paternidad, el vínculo con el futuro bebé en los primeros años de vida y el entorno sociofamiliar, para favorecer el ejercicio de una parentalidad positiva. Esta actividad ofrece entrevista individual y trabajo grupal.

**Objetivos:**

Describir los aspectos más relevantes de la actividad individual desde el 1 de mayo de 2012 hasta el 10 de septiembre de 2013, y el trabajo grupal realizado en el año 2012.

**Material:**

Protocolos de atención individual pre y postparto. Base de datos de la actividad grupal del año 2012.

**Método:**

Se realiza una entrevista individual a la mujer embarazada y su pareja para conocer su situación, edad gestacional, evolución del embarazo, vivencias, expectativas, problemas, etc. Tras la entrevista se ofrece trabajo grupal de 4-6 sesiones en las que se trabajan aspectos psicosociales relacionados con embarazo, parto, puerperio y crianza del niño. Tras el parto se realiza otra entrevista individual para conocer el tipo de parto, problemas, dudas, etc; y se ofrece trabajo grupal de 2-4 sesiones sobre el puerperio tardío y salud/enfermedad del niño. En todas las sesiones grupales se realizan ejercicios de gimnasia, relajación y respiración.

**Resultado:**

Se han atendido a 377 mujeres en el parto, el 35,3% acuden con sus parejas, el 25,7% se encuentran en riesgo social, el 18,3% se derivan a trabajo social y el 10,3% a salud mental. Al 48,5% se les ofreció atención en salud bucodental. El 78,5% de las usuarias se derivó a trabajo grupal, acude el 67,6%, el 34,8% acude al grupo con su pareja. Se han realizado 293 entrevistas postparto, el 49,8% acude con su pareja. El 83,6% habían acudido a la entrevista parto y el 70,6% habían participado en el trabajo grupal parto. El 63,15 de los partos fueron eutócicos. El 11,3% se derivó a trabajo social, el 2,4% a salud mental, el 45,1% a planificación familiar y el 12,3% a atención en niño en situación social de riesgo. Al 57% se les ofreció trabajo grupal, asisten el 79%, acuden con su pareja el 46,1%.

En el año 2012 se han realizado 27 grupos parto en los que han participado 274 personas y 10 grupos postparto con la participación de 92 personas.

**Conclusiones:**

La promoción de la salud infantil es necesario iniciarla desde el embarazo para facilitar a los padres competencias y habilidades de forma que tengan suficientes apoyos para cumplir con sus responsabilidades en la educación de sus hijos e hijas.

Se deben plantear estrategias que faciliten la implicación de las parejas tanto en el pre como en el postparto.

La actividad es muy bien valorada por las usuarias, se observa una adherencia a la actividad alta, ya que el porcentaje de mujeres que acuden en el postparto y habían realizado la entrevista parto es elevado.

La detección de situaciones de riesgo, en esta etapa, y su derivación es fundamental en la prevención de futuros problemas que puedan afectar al adecuado desarrollo del bebé.

La proporción de partos eutócicos es similar al encontrado a nivel nacional.

**Título: ¿QUIÉN CUIDA DE NUESTROS HIJOS?**

**Autores: Carmen Vázquez García, Blanca Sánchez Casas, Noelia Caballero Encinar.**  
C.S. Sector III. Getafe. Comunidad de Madrid  
[jcvazquez.gapm@salud.madrid.org](mailto:jcvazquez.gapm@salud.madrid.org)

**Introducción:**

Durante toda la historia la mujer ha sido la cuidadora principal de la familia, el hombre asumía un rol de cuidador secundario o de colaboración. Hasta los años 90 no aparece ningún estudio sobre abuelas/os cuidadoras/es. Surge entonces un concepto nuevo definido por la OMS, el "Síndrome de la Abuela esclava", definido como un abuso del rol de abuela.

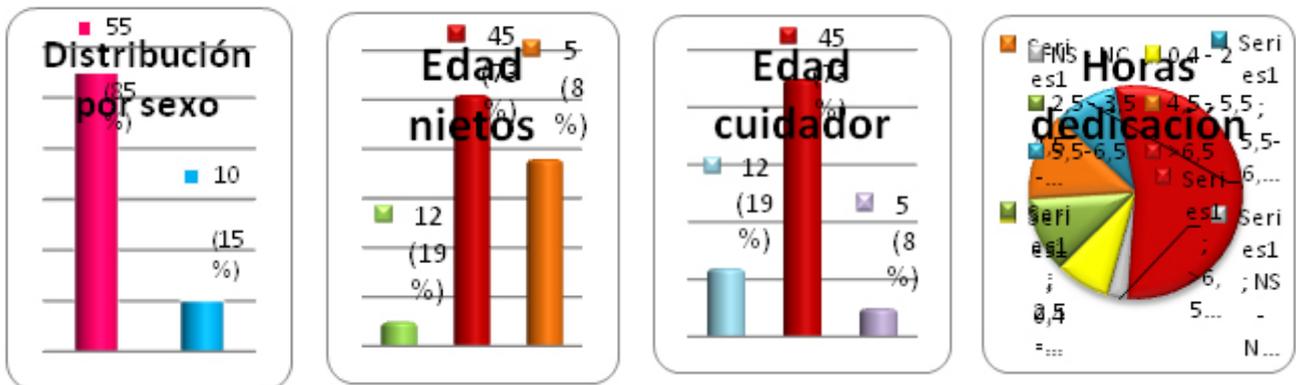
En nuestra sociedad, el papel de los abuelas/os era decisivo para aprender valores socioculturales y afectivos transmitidos de generación en generación. Sin embargo, en los últimos años además de tener esa importante misión, la tendencia creciente es a recurrir más a ellas para que asuman tareas de cuidado, crianza y educación de los nietos/as. Los motivos son múltiples, el aumento de la esperanza de vida de nuestros mayores, los problemas de conciliación familiar-laboral de los padres, los escasos apoyos socio-políticos destinados a la población infantil menor de 3 años y las dificultades económicas son algunos de ellos. Aunque este rol se asume como gratificante en un principio, nos ha hecho reflexionar y cuestionarnos sobre futuros riesgos. La tensión en el cuidador puede conducir a una sobrecarga, ocasionándole una disminución en su calidad de vida.

**Objetivos:**

1. Conocer las características de las abuelas/os de la población de la zona básica sanitaria de Centro de Salud Sector III Getafe de la Comunidad de Madrid.
2. Valorar la necesidad de actividades de apoyo para las abuelas/os cuidadoras/es.

**Material:** Encuesta realizada a una muestra de 65 cuidadores (1/09/2012 - 1/05/2013).

**Método:** Análisis descriptivo de variables.

**Resultados:****Conclusiones:**

- Sigue existiendo gran diferencia según sexo del cuidador, siendo las abuelas fundamentalmente.
- La mayoría de nietos tienen entre 6 meses y 2 años de edad, coincidiendo con importantes cambios en el desarrollo y cuidados del niño.
- La edad mayoritaria de las/os abuelas/os es la edad de jubilación habitual a nivel laboral.
- En más de la mitad de los casos, las horas de dedicación a los nietos superan a una jornada laboral estándar.
- Las abuelas/los tienen buena percepción de su salud.
- Las actividades de apoyo deberán realizarse los fines de semana debido al exceso de horas de cuidado.

**Título:** INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS EN LA COBERTURA VACUNAL

**Autores:** González Rosete, M<sup>a</sup> Luisa; Carbonell Muñoz, Lucía; Bejarano Mateos, Irene; De la Hera Merino, Marta; Jiménez Díaz, Jorge; Fernández Lago, M<sup>a</sup>Rosario; López Megías, Elena  
CS El Soto. Getafe. Comunidad de Madrid  
[mgrosete@gmail.com](mailto:mgrosete@gmail.com)

**Introducción:**

La Atención Primaria de la Salud (APS) integra los problemas de salud-enfermedad tanto del individuo como de la comunidad.

Son funciones específicas de la APS: la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Las vacunas son el mejor ejemplo de prevención primaria cuyo beneficio más importante es la protección contra la enfermedad tanto a nivel personal, como comunitario (inmunidad de grupo). Además, con la vacunación sistemática, se pretende conseguir la erradicación, eliminación y el control de las enfermedades inmunoprevenibles.

Entonces, ¿Cómo es posible que una vez desarrollada una vacuna eficaz contra una enfermedad no alcance a la población que la necesita? Según un informe publicado recientemente por la organización Save The Children, avalado por la OMS, la falta de vacunación infantil está claramente relacionada con las desigualdades inter e intracomunitarias.

El CAV-AEP actualiza anualmente el calendario de vacunaciones, teniendo en cuenta tanto aspectos epidemiológicos, como de seguridad, efectividad y eficiencia de las vacunas y las clasifica en tres grupos:

- *Vacunas sistemáticas.* Son las incluidas en calendario de la CAM a excepción de vacuna antineumocócica retirada en mayo 2012
- *Vacunas Recomendadas,* donde se incluye la vacuna frente al rotavirus.
- *Dirigidas a grupos de riesgo.*

El CAV hace hincapié en la necesidad de que las inmunizaciones sistemáticas alcancen a todos los niños, eliminando las disparidades étnicas, territoriales, sociales y económicas.

**Objetivo:**

Conocer la cobertura vacunal en vacunas financiadas y no financiadas en nuestro centro y factores condicionantes.

**Material y Método:**

Estudio descriptivo, siendo la población de estudio los niños nacidos entre el 10 de mayo de 2012 y el 30 de junio de 2013, asignados al centro de salud "El Soto", Móstoles, realizándose la recogida de datos en la consulta de enfermería pediátrica.

Realizamos análisis descriptivo de las variables, presentándose con su distribución de frecuencias.

Se evaluó la asociación entre las variables cualitativas, mediante el test de X<sup>2</sup>

**Resultado:**

188 fueron los niños asignados en el periodo; 48.4% varones, 20.7% inmigrantes, 50.5% primer hijo.

En el 60,9% de las familias trabajan ambos padres, en el 29,6% uno y en el 9,5% ninguno.

La cobertura vacunal en vacunación sistemática fue del 99,5%, en vacunación antineumocócica 89,4% y del 60,1% en vacunación frente al rotavirus.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la cobertura de vacunación no financiada, siendo mayor en primeros hijos, hijos de padres nacionales y los de padres trabajadores, siendo aun mayor si trabajaban los dos.

**Conclusiones:**

En nuestra población de estudio se ha evidenciado que la cobertura vacunal se encuentra condicionada por factores socio-económicos.

Esta desfinanciación genera situaciones de desigualdad en el acceso a medidas preventivas ya que los niños de las familias más desfavorecidas económicamente quedan "más desprotegidos". Un niño tiene menos posibilidades de ser vacunado cuantos menos ingresos tenga la familia, menor nivel sociocultural tengan los padres... No estar vacunado se asocia con la pobreza y las dificultades para tener servicios de salud adecuados.

Se evidencia la necesidad de un calendario único donde es necesario que las inmunizaciones sistemáticas alcancen a todos los niños de forma homogénea, sin disparidades territoriales ni económicas.

**Título: EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS INMIGRANTES INFANTO-JUVENILES**

**Autores: Isabel María Vázquez Góngora, Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García.**  
Hospital de Poniente (Almería)  
**isabelmv73@hotmail.com**

**Introducción:**

Nos encontramos en el Siglo XXI, tras décadas de mucho trabajo y grandes esfuerzos por crear una conciencia de sexualidad saludable, de naturalizar la sexualidad pero concienciando de los riesgos... en una sociedad en la que la información al respecto está al alcance de todos; información que ni si quiera hay que demandarla, si no que te la tropiezas. Sin embargo, como ya todos sabemos, con la información no basta para promover cambios de comportamiento, pues este comportamiento puede tener raíces muy arraigadas, podemos encontrarnos con conductas construidas por una perspectiva cultural muy sólida como es el caso de los inmigrantes musulmanes que encontramos en nuestro país.

El principal "talón de Aquiles" que nos encontramos a la hora de promover la salud sexual entre los jóvenes inmigrantes es el escaso uso de métodos anticonceptivos de barrera: el preservativo masculino o femenino; Hecho que se ve reforzado y fundamentado por sus normas y "leyes" culturales y religiosas.

**Objetivos:**

- Poner en conocimiento la situación actual y real sobre el uso del preservativo entre la población inmigrante de nuestro país.
- Resaltar la necesidad de abrir una línea de investigación al respecto, así como de crear unas estrategias de actuación a fin de modificar estas conductas insanas entre la población inmigrante musulmana.

**Material:**

Encuesta en ambos idiomas (español y árabe) en formato de papel, programa informático estadístico SPSS, bases de datos de gran repercusión y soporte informático.

**Método:**

Se elabora una batería de preguntas para conocer ciertos aspectos de la educación sexual transmitida de padres a hijos en los inmigrantes musulmanes, entre las cuales se encuentran varias preguntas orientadas a los métodos anticonceptivos, su uso y el motivo por el cual consideran que el método elegido es el más apropiado. Una vez realizadas todas las encuestas, a través del programa informático SPSS se obtiene una base de datos con las respuestas obtenidas, de dónde se extraen los resultados del estudio.

**Resultado:**

Sólo el 33% de la población inmigrante musulmana que ha participado en el estudio considera que el preservativo es el método anticonceptivo más apropiado para los jóvenes; siendo los anticonceptivos orales el método más aceptado.

Un 16% de la población inmigrante musulmana participante en el estudio considera que no es necesario usar ningún tipo de método anticonceptivo.

**Conclusiones:**

A pesar de toda la información y de todos los programas de educación para la salud que se están llevando a cabo, hay que ser conscientes de que no es suficiente, especialmente para ciertos colectivos con mayor riesgo social, como son los inmigrantes, donde es especialmente necesario realizar un concienzudo trabajo a fin de modificar conductas. Se hace preciso elaborar estrategias de actuación orientadas específicamente a esta población donde se trabaje con las conductas y actitudes.

**Título: DOCUMENTO MARCO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA EDAD PEDIÁTRICA. ICS CATALUNYA 2013**

**Autores: Piqué Anguera, C; Peña Ocaña, M; Canet Ponsa, M; Batlle Enrich, C; Florensa Palau, R; Perez Navarro, R;**  
*Trabajadoras Sociales, Institut Català de la Salut*  
***cpique.ileida.ics@gencat.cat***

**Introducción:**

El Documento Marco de Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria i Hospitalaria en Pediatría del Institut Català de la Salut define el marco conceptual y normativo, actualiza los contenidos disciplinares del trabajo social en pediatría, sistematiza toda la intervención de trabajo social sanitario con los pacientes pediátricos y sus familias permitiendo a los profesionales del trabajo social, un abordaje homogéneo de los aspectos sociales de la salud que inciden durante la infancia y la adolescencia.

**Justificación:**

Los niños mantienen una estrecha dependencia del entorno físico i humano en el que se desarrollan y son especialmente vulnerables por su dependencia a la familia y cuidadores. La alteración del funcionamiento social de esta familia o cuidadores puede alterar el desarrollo del niño y puede afectar su salud presente y futura. La detección y estimulación temprana de los factores de protección y prevención, una vinculación emocional segura, acciones que estimulen la autoestima y la autoconfianza, el acceso a una educación de calidad junto con las redes de soporte y de contención social, son elementos claves para poder dar una atención pediátrica integral en el ámbito de la salud.

**Objetivo General:**

Elaboración de un Documento Marco para dar soporte a la atención pediátrica, desde la perspectiva del Trabajo Social, aportado los elementos de la dimensión social de la salud.

**Objetivos Específicos:**

**Preventivos;** Detectar y prevenir situaciones de riesgo para poder trabajar la compensación de déficits de soporte social y de situaciones de vulnerabilidad que puedan afectar la salud del niño y de su familia.

**Protectores:** Actuar ante la detección de situaciones de riesgo social que vulneren los cuidados y pongan en riesgo la salud del niño y su familia.

**POBLACIÓN:**

- Menores de 0 a 14 años y sus familias en la atención primaria de salud.
- Menores de 0 a 18 años y sus familias en la atención hospitalaria.
- Madres gestantes en riesgo social y sus familias (nasciturus)

**EJES DE LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL:**

- El reequilibrio del funcionamiento social en el niño y en la familia
- La protección y acompañamiento del menor
- El soporte social al menor y la familia.

**DEFINICION DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN:**

1. La prevención del riesgo social en el niño sano
2. Atención de las situaciones de riesgo social en los niños con necesidades especiales de salud
3. Atención de las situaciones al riesgo de desamparo y maltrato del menor.

**PROCEDIMIENTOS:** En fase aguda y en fase de continuidad asistencial.

**LINEAS DE TRABAJO:**

- Línea de Trabajo Social directa con el menor y la familia con finalidades preventivas y rehabilitadoras que permitan el restablecimiento de la función social del menor y la familia y traten de disminuir y evitar las posibles alteraciones y connotaciones más graves, el deterioro social y la indiferencia hacia las situaciones de salud del menor con riesgo de abandono de la terapéutica.
- Línea de Trabajo Social coordinado con el equipo de profesionales responsables de la terapéutica del menor.

**METODO:** La elaboración del Documento Marco se ha realizado en sesiones Trabajo en grupo con trabajadores sociales expertos en el ámbito de la pediatría. Consulta bibliográfica ubicada en centros especializados, bibliotecas de UB, instituciones, asociaciones científicas y revistas especializadas. Diseño y selección de los temas por materias para su posterior análisis y su ubicación en el documento. Discusión de grupo. Revisión por profesionales de disciplinas sanitarias y redactado final.

**CONCLUSIONES:** El Documento Marco Disciplinar de Trabajo Social en Pediatría encuadra la actividad del Trabajo Social sanitario en el ámbito pediátrico, define los contenidos disciplinares del trabajo social, permite y diseña la intervención y evaluación de resultados de los diferentes procesos y su registro a través de la historia clínica compartida informatizada, permite la ampliación de nuevas directrices en las guías de práctica clínica y protocolos con nuevas formas de monitorización que complementan los procesos de intervención de trabajo social en pediatría y clarifica la coordinación entre los diferentes profesionales del equipo de pediatría.

**Título: LA EDUCACIÓN SEXUAL FRENTE AL ABUSO SEXUAL Y MALTRATO INFANTIL****Autores: José Antonio López García***Diputación Provincial de Córdoba (Minusválidos Profundos)***montesion6@gmail.com**

**Introducción:** Dice un dicho que "la mejor terapia sexual" consiste en una buena Educación sexual, mas no una educación que se reduzca a informar sobre los aspectos fisiológicos, anticonceptivos, o problemáticas sexuales, sino una Educación integral, dirigida hacia la construcción de unas actitudes positivas del Hecho Sexual Humano.

**Objetivos:**

- a) Plantear los conceptos básicos y epistemológicos de la Sexología como ciencia
- b) Conocer las actitudes negativas hacia la sexualidad
- c) Conocer los conceptos básicos del Hecho sexual Humano: Sexo-Sexualidad-Erótica
- d) Exponer las desviaciones sexuales, centrándonos en el Abuso Sexual y Maltrato infantil
- e) Arquitectura del deseo.

**Método:** Primero una breve introducción y situarnos, para pasar al desarrollo de los contenidos y conductas sexuales, siguiendo un método inductivo, reflexivo, sugerente, etc. que nos lleve a una teorización realista.

**Resultado:** Concebir la sexualidad como Dimensión Humana, fuente de salud y vehículo de comunicación, equilibrio sicoafectivo.

**Conclusiones:** Educar para vivir mejor y sanamente, no relacionar sexualidad y violencia, potenciar en la Educación sexual la ternura, las caricias, el contacto Humano, como comunicación y expresión amorosa. El deseo sexual-amoroso, ¿puede ser controlado?

**Título: AGRESIÓN FÍSICA EN UN SERVICIO SUBURBANO DE URGENCIA PEDIÁTRICA EN LISBOA**

**Autores: Carlos Escobar; Patricia Santos; Filipa Fonseca; Maria Lurdes Torre; Helena Almeida**  
*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Odivelas (Portugal)*  
**carlosgilescobar@gmail.com**

**Introducción:**

Las agresiones físicas en la infancia son un problema relevante en nuestra sociedad y los Servicios de Urgencia de Pediatría son una puerta de entrada frecuente de estas situaciones.

**Objetivos:**

Pretendemos describir el perfil de las agresiones físicas a niños atendidos en una Urgencia Pediátrica de la región de Lisboa (Portugal).

**Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de episodios de urgencia en el año 2012 (12 meses) en una Urgencia Pediátrica de un hospital de nivel II en el área suburbana de Lisboa (población de referencia de 600.000 habitantes). Los episodios se identificaron mediante la utilización del discriminador "agresión" en el sistema de triaje hospitalario de Manchester y/o mediante los diagnósticos médicos al alta de "agresión", "violencia física" o "abuso físico". Se excluyeron los casos en que hubo sospecha de abuso sexual. Se analizaron variables socio demográficas, epidemiológicas e indicadores del episodio de urgencias.

**Resultado:**

Se analizaron 184 episodios de urgencia (0.34% del total de 59181 episodios de ese año y 4.8% de los episodios correspondientes a "Heridas y traumatismos"). La edad mediana era 15 años (min-1, max-17 años), 60.3% de sexo masculino. Se concentraron entre Septiembre y Noviembre el 40.2% de episodios, principalmente en los días laborales de la semana (15.4% por día) y con predominio entre las 18 e 22h (40.7%). La prioridad en la llamada según el sistema de triaje de Manchester fue: poco urgente (verde) - 50.5%, urgente (amarillo) - 27.7%, muy urgente (naranja) - 19.6%. Se avaluó el dolor durante el triaje de la enfermera en 175 niños: sin dolor - 14.3%, ligero - 16.6%, moderado - 49.7%, intenso - 19.2%, máximo - 0.6%. El local de la agresión fue: local público - 38.6%, domicilio - 31%, escuela - 25.5%. El agresor principal fue: compañero de escuela - 26.1%, cuidador principal - 23.4%, desconocido - 23.4%. El mecanismo de la agresión fue: fuerza física - 82.1%, objeto - 9.24%, arma blanca - 6%. El local de las heridas fue: cara - 58.15%, miembro superior - 16.3%, cráneo - 12.5%, espalda - 11.96%, miembro inferior - 11.41%, tórax - 8.15%, abdomen - 7.06%. El destino al alta fue en 85.87% de los casos el domicilio habitual, 10 niños fueron ingresados (7 para protección del niño y 3 por necesidad de cuidados médicos), 6 niños fueron transferidos para otros hospitales para observación por otras especialidades (paidopsiquiatría - 2, otorrinolaringología - 2, cirugía maxilofacial - 1 y oftalmología - 1) y 3 se orientaron para casa de acogida de emergencia. No hubo óbitos.

**Conclusiones:**

Las agresiones físicas son frecuentes, existiendo un caso casi cada dos días en nuestra Urgencia Pediátrica. El hecho de estos episodios ser más frecuentes en otoño se puede explicar por el peso que tienen la agresiones en la escuela (25.5%), lo que puede indiciar casos crecientes de bullying. Aun así, el domicilio del niño es aun un local importante de agresión (31%) y es su cuidador (padre/madre/tutor legal) el alegado agresor en cerca del 23.4% de casos. La agresión física motivó el ingreso en 7% de los casos, principalmente con el objetivo de preservar su protección, indicando así la importancia de los servicios de salud en estas situaciones.

**Título: MALTRATO INFANTIL EN EL ÁREA SUBURBANA DE LISBOA. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS DE UN NÚCLEO DE MALOS TRATOS HOSPITALARIO**

**Autores: Carlos Escobar; Patricia Santos; Filipa Fonseca; Maria Lurdes Torre; Helena Almeida**  
*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Odivelas (Portugal)*  
**carlosgilescobar@gmail.com**

**Introducción:**

Los malos tratos infantiles son un problema global cuyo manejo es complejo y que han aumentado en la última década en Portugal, probablemente por existir una mayor consciencia social y una mejor detección de estas situaciones. En Portugal en 2008 se constituyeron, a nivel hospitalario y de la comunidad, Núcleos de Apoyo al Niño y Joven en Riesgo (NHACJR), formados por equipos pluridisciplinarios.

**Objetivos:**

Pretendemos describir el manejo de las situaciones de malos tratos referenciadas a un NHACJR desde la Urgencia Pediátrica de un hospital suburbano de la región de Lisboa (Portugal).

**Material y métodos:**

Estudio retrospectivo de los casos referenciados al Núcleo de Apoyo al Niño y Joven en Riesgo provenientes del Servicio Urgencia Pediátrica de un hospital de nivel II en el área suburbana de Lisboa, de Julio de 2009 a Junio de 2012 (3 años). Se analizaron variables socio demográficas, epidemiológicas y la actuación en el episodio de urgencia.

**Resultado:**

Se analizaron 347 casos de alegados malos tratos infantiles. La edad mediana era 10 años (min-1, max-17 años), 63.4% de sexo femenino. La mayoría de los casos acudieron a Urgencia debido al maltrato (95.7%) y en 15 casos fue levantada esta sospecha por los profesionales de Urgencias. Por tipologías, la agresión física era el motivo de urgencia en 220 casos (63.4%), el alegado abuso sexual en 114 (32.9%), la negligencia en 25 (7.2%) y el abandono en 2 (0.6%).

En los casos de violencia física, los padres fueron los principales agresores: padre - 34.5%, madre - 24.1%. El padrastro o madrastra fue responsable en 10% y otros familiares en 6.8%. Hubo 4 quejas por violencia por parte del novio de las víctimas. En general, el agresor era cohabitante en 60.9% de los casos y en 8.7% había historia de consumo de alcohol o drogas. Había relato de violencia doméstica en 19.1% de las situaciones. La agresión era crónica en 37.8%. En 60% de los episodios el menor fue para su domicilio habitual después de analizada su situación de riesgo por parte del Servicio Social. En 18.2% tuvieron alta para el domicilio de otro familiar protector y en 21 ocasiones hubo necesidad de retirada emergente del niño para su protección (9.5%).

En la sospecha de abuso sexual, 42% eran adolescentes (>12 años) y 89.5% de sexo femenino. El alegado agresor era en 21.5% un desconocido, 20.2% un conocido de la víctima, 18.4% el padre y en 23.7% otros familiares. En 52.6% de las veces el supuesto abuso ocurrió en las 72h antes de acudir a Urgencias. Hubo intervención del médico forense en 58.8% del total de situaciones. Al alta, 78.1% regresaron a su domicilio habitual, 8.8% con otro familiar protector y en 7 ocasiones para casa de acogida (6.6%).

Los niños fueron referenciados a consulta de Psicología en 52 casos (15%) y de Pediatría en 36 casos (10.4%).

**Conclusiones:**

La Urgencia Pediátrica continua a ser un local frecuente al que acuden los niños con sospecha de ser maltratados y los profesionales del ámbito de la salud tienen que conocer la epidemiología y estar preparados para el manejo de estas situaciones. El domicilio del niño es un local importante de agresión física y es su cuidador (padre/madre/tutor) el alegado agresor en cerca del 68.6% de casos. La evaluación del riesgo para el niño es de vital importancia y fue necesaria la retirada del poder paternal en 21 ocasiones. Por otro lado, el alegado abuso sexual fue más frecuente en la niña adolescente, principalmente perpetrado por alguien de fuera de su núcleo familiar.

Estas situaciones implican siempre la articulación con otros profesionales (médico forense, policía, tribunal), por lo que se debe evitar la victimización secundaria y ofrecer un seguimiento clínico y psicológico en los casos necesarios. Incumbe a los Núcleos de Apoyo al Niño en Riesgo coordinar estos esfuerzos, orientar las situaciones y participar en la formación de los profesionales que se enfrentan a estas realidades.

**Título: MALTRATO INFANTIL: UN PROBLEMA REAL****Autores: Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García, Isabel M<sup>a</sup> Vázquez Góngora.**

VITALAIRE (Almería)

**aliciaabadgarcia@gmail.com****Introducción:**

El Maltrato infantil es uno de los problemas más graves que afecta a niños y niñas en el planeta. La violencia contra los niños y niñas se da en todos los países del mundo, en distintas formas e intensidad y a menudo están arraigadas en prácticas culturales, económicas y sociales. Andalucía por desgracia no es una excepción en cuanto a maltrato infantil, con 2415 casos registrados en el último informe RUMI.

El maltrato infantil es un tema complejo y de difícil estudio. Los niños pequeños son las principales víctimas, pudiendo darse casos incluso en la adolescencia tardía. Las estimaciones sobre su prevalencia son muy variables y dependen del país y del método de investigación utilizado, que se ve influenciado por las definiciones de maltrato infantil empleadas, por el tipo de maltrato estudiado y por la cobertura y la calidad tanto de las estadísticas oficiales como de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.

Muchos accidentes, traumatismos y lesiones de los niños no son fortuitos, sino provocados. Los malos tratos físicos producen una elevada morbilidad, especialmente en los primeros 3 años de vida. Muchos de estos maltratos no se diagnostican en un primer momento, con el riesgo que esto conlleva para el paciente.

**Objetivos:**

Determinar la incidencia de maltrato infantil en Andalucía.

Describir distintas formas de presentación de maltrato infantil.

**Material:**

Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos electrónicas de artículos de salud (pubmed, elsevier, cuiden, medline) y datos de la consejería de bienestar social de la junta de Andalucía.

**Método:**

Revisión de artículos científicos.

**Resultados:**

En el registro se han notificado 2.415 casos de maltrato infantil, de los que un 46,5% se referían a maltrato psíquico (1123), un 36,7% a negligencia (887), un 13,9% de las notificaciones representaban maltrato físico (336) y un 2,9% abusos sexuales (69). Del total de casos de maltrato infantil notificados en el registro se han confirmado un total de 750 casos.

Las notificaciones registradas muestran un mayor porcentaje de referencias a chicos tanto en maltrato físico, negligencia o psíquico, sin embargo en abusos sexuales la mayoría de notificaciones están referidas a chicas. Según el grupo de edad; en menores de 1 año hasta los 3 años se da principalmente el maltrato físico; entre los 4 y 6 años el principal maltrato es el psíquico y la negligencia. Entre los 16-17 años se incrementa el abuso sexual.

Los tipos de maltrato infantil en Andalucía se relacionan con los datos a nivel nacional, distribuyéndose los porcentajes de forma parecida, tanto a nivel andaluz como nacional el tipo de maltrato más común es el psíquico seguido de la negligencia. Es importante también el porcentaje de maltrato físico y en último lugar el abuso sexual. Estos datos pueden variar según la franja de edad estudiada y el sexo, dato que se repite también a nivel nacional.

**Conclusiones:**

El maltrato infantil es por desgracia un problema real en nuestra sociedad, por lo que los profesionales de la salud debemos aprender a identificar los casos entre nuestros pacientes para así poder denunciarlos o evitarlos.

El maltrato físico es uno de los tipos de maltrato infantil más frecuente manifestado por numerosas patologías que en ocasiones pueden confundirse con otras enfermedades, por lo que debemos estar atentos a la hora de identificarlo.

**Título: MALTRATO INFANTIL POR NEGLIGENCIA****Autores: Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García, Isabel M<sup>a</sup> Vázquez Góngora.**

VITALAIRE (Almería)

aliciaabadgarcia@gmail.com

**Introducción:**

Diversas estadísticas mundiales señalan la negligencia como la forma de maltrato más común; sin embargo, las investigaciones en el área de ciencias de la salud y sociales no reflejan el interés creciente en la prevalencia e implicaciones que tiene esta forma de maltrato al menor, situación que es factible atribuir a la falta de consenso en su definición, clasificación y medición. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la negligencia es un abuso similar al abuso físico, sexual o psicológico. Entre las diversas propuestas para conceptualizar esta variedad de maltrato infantil se menciona que es "la incapacidad que tiene un cuidador de procurar al niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que debería ser capaz de proporcionar"; se destaca que sólo puede hablarse de negligencia, cuando la familia o quienes son responsables del niño, no le ofrecen los recursos de los que disponen.

**Objetivos:**

Establecer los indicadores diagnósticos para considerar maltrato por negligencia.

**Material:**

Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos electrónicas de artículos de salud (pubmed, elsevier, cuiden, medline, )

**Métodos:**

Revisión de artículos científicos.

**Resultados:**

Se han identificado como indicadores de esta posibilidad diagnóstica las siguientes características:

**En cuanto al niño/a:**

Físicas (Hambre permanente, apariencia desaliñada, falta de higiene, vestidos inapropiados, carencia de supervisión constante, problemas físicos desatendidos, necesidades médicas ignoradas).

Abandono (De conducta y emocionales, fatiga, apatía o somnolencia frecuentes, roba o pide comida, no acude o llega tarde a la escuela, permanencia prolongada en lugares públicos o en la escuela).

**En cuanto a la familia:**

Abuso de alcohol o drogas, historia de haber sufrido maltrato en su infancia, historia de enfermedades crónicas, indiferencia.

**Conclusiones:**

El maltrato por negligencia es el tipo de maltrato más frecuente a nivel mundial aun cuando a veces pasa desapercibido por los profesionales de la salud o no es fácilmente identificable.

Existen numerosos motivos por los que considerar maltrato por negligencia (no se proporciona al menor la alimentación adecuada a su edad, se descuidan sus necesidades en el vestido y en el calzado, no se atienden sus necesidades sanitarias, se descuidan las necesidades educativas, absentismo escolar, descuido en la higiene, largos periodos sin supervisión del menor por los padres o tutores, repetidos accidentes domésticos), aunque debemos ser cautos a la hora de valorar cada caso prestando atención a las características socioculturales y económicas de cada familia.

**Título: VISIBILIZACIÓN DE LOS MENORES EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Autores: AR. Sánchez Vázquez, MD. López Barranco, L. Rodríguez, G. Benavides. A. Martínez-Angulo, R. Martínez,**

*Agencia Empresarial Pública, Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)*

**anarosasanchezvazquez@gmail.com**

**Introducción:**

Cada vez más estudios indican los graves efectos que la violencia de género (VG) deja en los hijos e hijas de las mujeres víctimas, efectos a corto y largo plazo y que ocurren tanto en los hijos e hijas que sufren la violencia directa, como en aquellos que son testigos de la misma. La exposición a la VG se incluye dentro del maltrato infantil en la tipología de maltrato psicológico y físico (si además existen agresiones directas). Las consecuencias de la exposición a la violencia afecta a todos los ámbitos de la persona e incluyen secuelas en el ámbito emocional, conductual, de competencia social, académicas y físicas. A largo plazo estas secuelas se relacionan con la transmisión intergeneracional y la perpetuación de la violencia. En los partes judiciales que se emiten cuando hay lesiones como consecuencia de la VG, se incluye un apartado que permite constatar la presencia de otras víctimas.

**Objetivo general:** Hacer visibles a las otras víctimas de la VG, como son los niños y niñas que sufren la violencia de forma directa o indirecta.

**Objetivos Específicos:**

- a) Ver la presencia de menores en las situaciones de VG detectadas en nuestro hospital.
- b) Analizar los datos obtenidos de los partes al juzgado por VG en 2012.
- c) Difundir los datos y sensibilizar a los profesionales.
- d) Propuesta de un grupo de trabajo para incorporar a los menores en el protocolo de actuación frente a la VG.

**Metodología:**

**DISEÑO:** Estudio descriptivo retrospectivo. **ÁMBITO DE ESTUDIO:** Distrito sanitario Poniente. **SUJETOS DE ESTUDIO:** Casos de VG detectados en nuestro hospital en 2012 e identificación de los menores a cargo. **FUENTES DE INFORMACIÓN:** Partes al juzgado, Aurora, Ariadna e Historias obstétricas. **VARIABLES:** Socio-demográficas, tipo de violencia, análisis de la presencia de menores en las fuentes de detección para valorar su visibilización.

**Resultados:** En nuestro hospital en 2012 se identificaron un total de 23 menores víctimas de VG (el 47,8% de los mismos se identifican en los partes al juzgado (11 menores)). El total de casos de VG con partes al juzgado ha sido 114; 2 de los partes se hicieron a menores por ser víctimas directas de la violencia. Usando otras fuentes se identifican en realidad 57 casos de menores involucrados, esto significa que solo se detectan el 20,4% del total de menores expuestos. La edad media de las mujeres se sitúa con más frecuencia entre los 23-32 años, se trata por tanto de mujeres en edad fértil, llama la atención 1 caso de una menor que sufrió agresión al intentar separar a sus padres, no se detectan VG entre adolescentes, el 65% de los casos detectados eran de Marruecos. El tipo de VG fue las lesiones físicas solo en 2 casos se cumplimentaron partes por violencia psicológica y en 3 casos violencia sexual.

**Conclusiones:**

- 1.- En nuestro estudio, se pone de manifiesto que los profesionales frecuentemente olvidamos las otras víctimas de la violencia de género.
- 2.- Es necesaria la sensibilización y formación de los profesionales en VG, incluyendo a los menores como víctimas de esta violencia.
- 3.- Es fundamental la incorporación en los protocolos de actuación frente a VG a los menores presentes en los casos detectados.
- 4.- La visibilización de los menores en este tipo de violencia lleva implícita la necesidad de incorporar programas preventivos y de intervención en los niños y niñas víctimas.
- 5.- Consideramos necesario ampliar los recursos para los hijos/as de las mujeres víctimas de VG, actualmente insuficientes, ya que están orientados sólo a los menores cuyas madres interponen denuncias (30%), a la franja etaria 6-17 años, y a las mujeres adolescentes que sufren VG, quedando un gran número de niños/as y adolescentes fuera de estos recursos.

**Título: PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS****Autores: Fernández Sobrino, Laura; Martín Romero, Irene; Morugán Castellanos, Esther; Nieva Feito, Gema María.***Residentes de Enfermería Pediátrica Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid (2013-2015)*  
**irenemr\_90@hotmail.com**

**Introducción:** El Síndrome de Munchausen por poderes es una forma de maltrato infantil que implica la simulación reiterada e intencionada de sintomatología en un niño por parte de un adulto por el deseo de éste de asumir el rol de paciente. Su detección y actuación precoz es esencial para la protección y cuidado del niño de forma que pueda crecer con salud y dignidad, y así contribuir a satisfacer sus necesidades.

**Objetivos:** Elaborar un protocolo de detección y actuación ante el Síndrome de Munchausen en el paciente pediátrico con el fin de:

- Reconocer y defender los derechos del menor para un crecimiento y desarrollo adecuado.
- Implantar y difundir este protocolo en los distintos centros sanitarios a nivel nacional.
- Coordinar a los equipos multidisciplinares de estos centros con el resto de agentes sociales del entorno del niño.
- Guiar la actuación de los equipos sanitarios para mejorar la calidad asistencial.
- Sensibilizar a la sociedad sobre la protección del menor.

**Material y método:** El fundamento de realizar este protocolo es dirigir la actuación de los profesionales sanitarios ante la sospecha de un caso de Síndrome de Munchausen.

Se observó una falta de producción científica en relación con guías de actuación sanitaria sobre este tema. Para llegar a una estandarización sobre la intervención ante un Síndrome de Munchausen, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED, SCIELO, MEDLINE, CUIDEN; a la vez que se revisó la inexistencia de un protocolo de actuación ante este síndrome en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Dada la complejidad de la situación se ha considerado adecuado realizar un diagrama de flujo por ser un formato sencillo y clarificador.

**Resultado:** La observación y detección de este trastorno se basa en una serie de datos sugestivos que configurarían el cuadro clínico:

- Visitas reiteradas al médico por sintomatología inexplicada en el niño.
- Datos objetivos compatibles con enfermedad inducida.
- Clínica que desaparece en ausencia del cuidador principal.
- Vitalidad del niño incompatible con los datos del laboratorio.
- El cuidador principal es el único testigo del comienzo de los síntomas.
- El niño no responde ante ningún tipo de tratamiento.
- Indiferencia del cuidador ante el pronóstico del niño.
- Aceptación de buen grado de exámenes complementarios por invasivos y dolorosos que sean.
- Ansiedad en el cuidador principal si el niño mejora.
- Conocimientos médicos o de Enfermería en el cuidador.
- Colaboración e implicación del cuidador principal en los cuidados y tratamiento del niño.
- Hermanos o familiares con enfermedades sin causa conocida.

(Más un diagrama de flujo explicando el protocolo).

**Conclusiones:** Dada la necesidad de guiar la intervención de los profesionales sanitarios ante una situación tan compleja como es el síndrome de Munchausen, se decidió realizar un protocolo de actuación con el fin de difundirlo por los diferentes centros sanitarios nacionales, en colaboración con el resto de agentes sociales del entorno del niño garantizando así, la protección del menor.

**Título: PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE MENORES 'CASA DE LOS NIÑOS'****Autores: Marta Quesada Cozas, M<sup>a</sup> Luisa Martínez Gallego, Ángel Cortes Lozano***R."Casa de los Niños". Comunidad de Madrid****angel.cortes.lozano@madrid.org*****Introducción:**

Los menores con medida de protección presentan mayor incidencia de problemas de salud por las situaciones socio familiares en las que han vivido. El objetivo de este estudio es analizar las necesidades sanitarias de los menores ingresados en la residencia "Casa de los niños" desde el 2008 hasta septiembre del 2013, y el papel del profesional de enfermería en la atención de estas necesidades.

La R."Casa de los niños" es una residencia de 40 plazas, que atiende a menores de edades comprendidas entre 0 y 6 años, que pueden presentar o no necesidades sanitarias especiales, requiriendo éstas una atención sanitaria permanente, beneficiándose además de una atención educativa y una vida cotidiana "normalizada".

Durante el periodo de estudio hubo un total de **161** ingresos, el **74%** fueron tutelas. El **62%** de los padres eran extranjeros(29,6% Europa del Este, 29,6% África, 34% América y 6,5% Asia).

Es difícil señalar una sola causa de la medida, pues las circunstancias que rodean al menor son complicadas, siendo la falta de recursos y la renuncia los motivos principales. En la R."Casa de los niños" se suma la enfermedad como factor desencadenante.

El **30,5% de los ingresos padecían patologías de cierta complejidad**, entre las que destacaron: prematuridad y sus complicaciones, cromosopatías y malformaciones cardíacas e intestinales congénitas. Síndrome de Edward, Síndrome de Enmanuel, Síndrome de Acardi, inmunodeficiencia combinada severa, hipoplasia renal severa... son algunos de los ejemplos. El control de éstas, generó una media anual de **389 interconsultas hospitalarias**, requiriendo una media anual de **713 sesiones terapéuticas de rehabilitación/estimulación**. Se produjeron 8 defunciones relacionadas con la patología de base.

Para la atención de ciertas necesidades sanitarias, el equipo de enfermería precisó de formación especializada en: **Diálisis peritoneal, manejo y cuidado de catéter central y alimentación parenteral**. Además de la realización de otras técnicas, como nutriciones enterales con bomba de alimentación, cuidado de gastrostomías y sondas nasogástricas, administración de oxígeno y su monitorización, etc.

Estos casos hacen necesaria una estrecha relación y coordinación con los centros hospitalarios, para el suministro de material y continuidad de los tratamientos.

**Conclusiones:**

- ✓ La inmigración sigue teniendo un papel importante en los antecedentes sociosanitarios de los menores protegidos.
- ✓ Las necesidades sanitarias son un motivo de ingreso en los centros de protección.
- ✓ En ocasiones estas necesidades son complejas, precisando centros especializados para su atención como la residencia "Casa de los Niños".

**Título: MALTRATO PRENATAL; A PROPÓSITO DE UN CASO: ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR ANTE EL RIESGO SOCIAL POR CONSUMO DE COCAÍNA DE LA MADRE**

**Autores: Isabel María Vázquez Góngora, Sergio Morillo Rodríguez, Alicia Abad García, Mahmoud Mohmed Ahmed Mohmed Ali**  
*Hospital de Poniente (Almería)*  
**isabelmv73@hotmail.com**

**Introducción:**

Maltrato prenatal es cualquier acto que de manera intencional o negligente puede lesionar al embrión o al feto, como los embarazos no controlados, inducción al aborto, maltrato físico a la embarazada, o tal y como veremos en este caso, consumo de drogas legales o ilegales durante la gestación. Todas estas situaciones llevan asociadas un importante riesgo social.

Las consecuencias del consumo de cocaína durante el embarazo en el feto pueden ser: retraso en el crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas (cardíacas, renales, cerebrales...), alteraciones neurológicas, muerte fetal, muerte súbita o síndrome de abstinencia.

En este caso en concreto se detecta el maltrato prenatal al encontrarnos ante un parto, cuyo embarazo no ha sido controlado y ante el cual los padres nos ofrecen contradictorias y alarmantes explicaciones al respecto. Tras la intervención de pediatras, enfermeras y trabajador social, se concluye que el maltrato prenatal no acaba en la falta de control del embarazo, sino que, además, la madre ha consumido cocaína durante la gestación, obteniéndose un resultado positivo a cocaína en el triage a tóxicos en la orina del RN, por lo que se inicia el procedimiento de actuación ante un menor en situación de riesgo según el SIMIA. A partir de este momento, el trabajo del equipo multidisciplinar se dirige principalmente a descartar la existencia de posibles malformaciones secundarias a los efectos de la cocaína, así como de otros efectos secundarios, y llevar a cabo los cuidados oportunos con el fin de minimizar las consecuencias para el RN.

**Objetivos:**

- Concienciar a los profesionales de la salud de que el maltrato prenatal por consumo de drogas es una realidad relativamente frecuente, por lo que hay que estar alerta para poder detectarlo lo más precozmente posible.
- Ofrecer pautas de actuación a la hora de llevar a cabo las intervenciones oportunas a fin de minimizar las consecuencias para el RN.

**Material:** Bases de datos, historia clínica, test finnegan y soporte informático.

**Método:** Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de bases de datos de gran repercusión social, así como una revisión del caso de estudio.

**Resultado:**

El RN tras la realización de todas las pruebas complementarias no presenta ninguna lesión ni complicación secundaria objetivable hasta el momento como consecuencia del consumo materno de cocaína.

Asuntos sociales retira la custodia del RN a los padres temporalmente, otorgándosela a los abuelos paternos. Esta situación es reversible siempre y cuando asuntos sociales lo considere oportuno.

**Conclusiones:**

Son graves las consecuencias que pueden derivarse del consumo de drogas durante la gestación, por lo que es importante saber captar las señales de alarma que te hacen sospechar que nos encontramos ante un caso de estas características, así como llevar a cabo las actuaciones oportunas con la mayor celeridad posible, con el fin de garantizar la salud y seguridad del RN.

**Título: INTERVENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA: CUIDAR CON CORAZÓN**

**Autores: A. Galera García, M. Calvo Martín; R. Oyonarte Martín, M. Cano Arias, M.D. Godoy Ibañez, F. López González, S. Rubia Ortega, N. García Acosta, A.R. Sánchez Vázquez.**

*Agencia Empresarial Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.*

**nursingal0402@hotmail.com**

**Introducción:**

La hospitalización es para los pacientes, un acontecimiento vital que es vivido de forma estresante, la pérdida de la salud, junto con la interrupción y desajuste de la actividad rutinaria, interfiere en la vida familiar, laboral e impacta a nivel emocional, de forma que a la enfermedad se añaden otra serie de factores psicosociales que pueden interferir en la recuperación de la misma. Además durante la hospitalización se pueden poner de manifiesto ciertas actitudes individuales o familiares que añaden morbilidad al proceso que el enfermo ingresado padece. Concienciados de la importancia de atender estos aspectos, se forma un grupo de trabajo multidisciplinar para la mejora de la atención integral del paciente hospitalizado que está desarrollando un proyecto denominado "Cuidar con corazón".

**Objetivo General:**

Mejorar la atención integral de los niños y niñas durante la hospitalización y Detectar precozmente situaciones de riesgo. Objetivos específicos: 1.- Sensibilizar al personal sanitario en la necesidad de detectar y atender los aspectos psico-sociales que se pueden poner de manifiesto durante la hospitalización. 2.- Destacar la importancia de los profesionales de enfermería en la prevención y detección del maltrato infantil en el entorno hospitalario 3.- Promover el buen trato durante la hospitalización y Apoyar a las familias en las satisfacción de las necesidades básicas de sus hijos e hijas.

**Metodología:**

1.- En una primera fase se revisan las necesidades básicas de Virginia Henderson que están incluidas en la valoración enfermera que se hace al ingreso hospitalario. 2.- Se seleccionan aquellos indicadores que permiten la detección precoz de situaciones de riesgo de maltrato infantil. 3.- Se Sensibiliza a los profesionales sanitarios del área de pediatría. 4.- Se diseña una estrategia educativa y preventiva con las familias. 5.- Se propone un protocolo de actuación de enfermería para la detección precoz menores en situaciones de riesgo.

**Resultados:**

Se ha elaborado material educativo (trípticos para las familias). Incorporando actividades educativas y de promoción del buen trato dentro de la actividad asistencial de enfermería. Se realizan sesiones de sensibilización para la detección precoz de situaciones de riesgo durante el ingreso hospitalario. Se propone un protocolo de actuación de enfermería frente a situaciones de riesgo social o sospecha de malos tratos.

**Conclusiones:**

La evaluación integral y del riesgo social es un objetivo primordial que entra dentro de las competencias de enfermería. El ingreso hospitalario es una oportunidad para detectar riesgos, evaluar habilidades parentales y realizar intervenciones educativas que promuevan el buen trato, satisfagan las necesidades básicas de los niños y niñas y eviten la cronificación de situaciones de riesgo.

**Título: EL PERFIL DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR MADRILEÑA. IMPLANTACIÓN E HISTORIA****Autores: García Marina, MC \*, González García, N.\*\*, López Langa, N. \*\*\****\*DUE CPEE Joan Miró, Madrid.**\*DUE CEIP Antonio Machado, Leganés.**\*\*\*Supervisora Enfermería CPEE María Soriano, Madrid  
natividad.lpezlanga@gmail.com***Introducción:**

La Enfermera Escolar es el profesional que, dentro del ámbito del Centro Educativo y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud.

**Objetivos:**

La presencia de personal de enfermería en los Centros Educativos, tanto de educación especial, integración u ordinarios, se hace necesaria para el desarrollo de los objetivos educativos de los alumnos, no sólo como personal imprescindible para aportar la asistencia y asesoramiento con respecto al alumnado con necesidades sanitarias específicas, sino también, como perfil más adecuado para dirigir y desarrollar programas de Educación para la Salud.

**Competencias:**

El personal de enfermería dentro de los Centros Educativos, desarrollamos una serie de actuaciones que se pueden agrupar en varios niveles de intervención:

1. Con respecto al Centro: participando de manera activa en el PEC.
2. Con respecto a los Alumnos: desarrollando una actividad terapéutica-asistencial y de educación y promoción para la salud.
3. Con respecto a las Familias: intervención de carácter educativo, asesoramiento y orientación
4. Con respecto a los Tutores: intervención de carácter educativo, asesoramiento y orientación
5. Con respecto a los Órganos y Personal del Centro: dependiendo de las características del Centro Educativo (ordinario, integración o educación especial, público o privado), tendremos diferencias en cuanto a personal y organigrama.
6. Con respecto a los Servicios Sanitarios Externos: el personal de enfermería será el encargado de establecer contactos con Instituciones y especialistas del ámbito sanitario para la mejora del desarrollo educativo y personal del alumnado
7. Función Administrativa: organización y manejo de la información sanitaria, organización de la dotación y material del departamento de enfermería
8. Función Investigadora: constituye una de las dimensiones esenciales del desarrollo profesional de la Enfermería. Tiene por objeto el perfeccionamiento del ejercicio profesional de la enfermería y el desarrollo de la atención en el ámbito de la Salud.

**Conclusiones:**

La enfermería escolar, en una comunidad como la de Madrid, en la que se está logrando un nivel de implantación cada vez mayor, se ha convertido en un valor en alza para el sistema educativo y un recurso humano que se convierte en un profesional imprescindible tanto para la comunidad educativa como para las familias de los alumnos.

**Título: ¿ACTUAMOS ADECUADAMENTE CON LOS RN HIJOS DE MADRES CON CONSUMO DE TÓXICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD NEONATAL?**

**Autores: López Sureda, Mar. Castellano, Anna. Ferrer, Mariona. Escobar, Aina. Vidal, Carmen**  
*Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca)*  
**marlopezss@hotmail.com**

**Introducción:** En los hijos de madres consumidoras de tóxicos (drogas y psicofármacos) durante el embarazo están descritos problemas obstétricos, neonatales... son muchas las posibles complicaciones derivadas de su consumo como es el desprendimiento de placenta, la prematuridad, el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), malformaciones fetales, síndrome de abstinencia, etc. y puede ser considerado, en caso de drogas, como una forma de maltrato prenatal, por ello, aún sin la aparición de los posibles problemas clínicos se debe activar el circuito para proteger al menor.

**Objetivos:** Describir las posibles repercusiones clínicas en los niños y las medidas sociales realizadas en los hijos de madres consumidoras de tóxicos ingresados en nuestra unidad neonatal.

**Material:** Base de datos de todos los ingresos en la unidad neonatal de nuestro hospital.

**Método:** Estudio descriptivo retrospectivo desde enero 2010 hasta septiembre 2013 de los pacientes que han ingresado en nuestra unidad neonatal por exposición durante el embarazo a sustancias que pueden provocar síndrome de abstinencia o de retirada. Se ha realizado el análisis de resultados con Microsoft Office Excel ®

**Resultados:** Se recogieron 104 pacientes, 51 (49%) expuestos a fármacos y 53 (51%) a drogas de abuso. Esto representa el 6'5% de todos los ingresos en la unidad neonatal (1581) en el periodo de tiempo estudiado. En el grupo de fármacos las madres consumían ISRS 27 (53%) y benzodiazepinas 20 (39%). En el grupo de drogas consumían cannabis 32 (60%), cocaína 4 (7.5%), alcohol 2 (3.7%), heroína 3 (5.6%) y metadona 11 (25%). Eran fumadoras 62 (59%) de las que tomaban drogas 44 (84%) y de consumidoras de fármacos 18 (35%). Las madres consumidoras de metadona, 12 (92.3%) eran fumadoras, 3 (23%) consumían cannabis, 2 (15%) cocaína y 2 (15%) heroína.

La nacionalidad era española 85 (80%), europea 12 (11%) y de centro/sur América 4 (3'8%). Ninguna de las madres era menor de edad. Habían controlado deficientemente el embarazo 36 (34'6%), un 77,7% de madres consumidoras de drogas; 4 (3%) de las madres eran VIH positivo, 3 (2,8%) VHB positivo, 9 (8,5%) VHC positivo, la mayoría del grupo de consumidoras de drogas. Habían sufrido algún aborto previo 52 (50%) mujeres. En la mayoría de los casos IVEs.

Presentaron síndrome de abstinencia 24 (23%) niños, de los que 21 (87%) eran hijos de madres consumidoras de drogas que se trató con sulfato de morfina 8 niños (33%) y con fenobarbital 8 más (33%), el resto se resolvieron con aislamiento sensorial. Se alimentaron con lactancia materna el 35,5% y lactancia artificial un 64%. En 5 familias había antecedentes de retirada de algún hijo previo, y 2 madres habían sufrido maltrato físico reconocido por parte de su pareja.

De los hijos de madres consumidoras de drogas, presentaron bajo peso al nacimiento 4 (7'5%) y RCIU de tipo simétrico 4 (7'5%), 6 (11%) fueron pre-término, todos expuestos a cannabis y 4 (66%) a cannabis y cocaína. En el 90% de los casos se realizó interconsulta a trabajo social de los que 23 (47%) se realizó comunicado al servicio de menores con resolución de retirada de la custodia en 12 (50%), la mitad con familia canguro y la otra mitad con familia extensa.

De hijos de madres consumidoras de fármacos, presentó bajo peso al nacimiento 1 (2%), 3 (6%) RCIU simétrico, 5(10%) fueron pre-término, de los que en 4 (80%) las madres consumían ISRS. En el 15% de los casos se realizó interconsulta a trabajo social, 2 (25%) se comunicó a menores y hubo 1 retirada con familia extensa.

**Conclusiones:** Se han encontrado pocos registros del consumo de alcohol, no podemos saber si negaban el consumo o si no se realizó una anamnesis correcta.

En la mayoría de casos de consumo de drogas era por cannabis.

Tampoco se ha reflejado en la historia del recién nacido del consumo de sustancias de abuso por parte de los padres.

El porcentaje de consultas con trabajo social es elevado en el caso de las madres que consumían drogas aunque no llega a ser en todos los casos. El 50% de los casos se ha realizado comunicación al sistema de protección del menor, y de estos hasta el 50% se han retirado la custodia, la mitad a familia extensa y la otra mitad a familia canguro.

No se ha encontrado relación entre consumo de tóxicos y nacimiento pre-término, bajo peso o malformaciones neonatales.

**Título:** LA LACTANCIA MATERNA EN ADOLESCENTES, BÚSQUEDA DE LITERATURA DESDE 2007 A AGOSTO DEL 2013

**Autores:** *María Fernanda Rebellon Aldana*<sup>1</sup>

*Diana Briceño, Viviana Cantor, Erika Lozano, Kelly Manrique, Laura Mora, Natalia Pino y Karen Vaquén.*

*Universidad de la Sabana: Semillero de Investigación USEFI (Pediatría y Envejecimiento Activo).*

*Línea Fisioterapia y Salud Pública.*

*<sup>1</sup> Profesora del Semillero*

*[mariara@unisabana.edu.co](mailto:mariara@unisabana.edu.co)*

**Introducción:** El incremento del embarazo en las adolescentes se evidencia en la actualidad, lo sigue la morbilidad y mortalidad infantil relacionados con el abandono temprano de la lactancia materna.

**Objetivos:** Realizar una búsqueda de literatura sobre la lactancia en madres adolescentes en un período comprendido entre los años de 2007 y 2013.

**Método:**



**Resultado:** La lactancia materna en madres adolescentes es un proceso importante para el adecuado crecimiento, desarrollo e inmunización del lactante.

Amamantar ayuda a prevenir el cáncer de mama y un beneficio adicional para el bebé es, que la lactancia disminuye la mortalidad y morbilidad infantil.

Forma lazos afectivos con la madre, lo que constituye la base de la seguridad e independencia futura del niño. Es importante capacitar a la madre, a la familia y al padre acerca de las prácticas correctas de la alimentación materna.

El amamantamiento en las madres adolescentes se va a ver afectado por factores biológicos, psicológicos, socioculturales y los ambientales.

**Conclusiones:** Se constituye en prioridad proponer una estrategia de trabajo para madres adolescentes. La búsqueda de literatura no encontró una ley o decreto que regule y especifique la lactancia materna en adolescentes.

Una buena educación en salud específica para las madres adolescentes de niñas y niños podría contribuir a mejorar también la calidad de vida.

Los factores biológicos, psicológicos y sociales se ven afectados positivamente por el vínculo creado entre la madre y su hija o hijo y en el reconocimiento de la maternidad.

**Título:** ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO SOBRE EL ESTADO DE LAS INVESTIGACIONES DE FISIOTERAPIA EN LA ADOLESCENCIA

**Autores:** Cristina Torres Pascual. Josep Cornellà Canals.

*Escola Universitària de la Salut i l'Esport. EUSES. Salt, Girona. España.*

***cornella@comg.cat***

**Introducción:** Las miradas sociosanitarias deben dirigirse hacia la adolescencia por ser un grupo de riesgo a sufrir problemas de salud. Sin embargo, la fisioterapia está menos vinculada con los trastornos de los jóvenes.

**Objetivos:** Situar el marco científico actual de las investigaciones sobre fisioterapia en la adolescencia.

**Material y Métodos:** El estudio es un análisis bibliométrico de las publicaciones indexadas en PEDro, base de datos de excelencia en fisioterapia, entre 2008 y 2012. Para el análisis de las revistas se usó *Journal Citation Report 2012*. La búsqueda se realizó a través del campo "abstract & title", "problem" y "therapy" aplicando *adolescenc\**. Las variables estudiadas son: indicadores de producción, dispersión de Bradford y factor de impacto.

**Resultados:** PEDro indexa 192 trabajos (2,1%) entre 2008 y 2012 publicados en 134 revistas. Las temáticas con mayor producción son: sobrepeso/obesidad (32,23%), trastornos mentales (10,52%), tolerancia al ejercicio reducida (11,45%), dolor (11%), actividad física (68,87%) y educación (36,97%). El país más productivo es Estados Unidos (21,35%). Las principales instituciones responsables son las universidades (73,68%), entre ellas University of Newcastle (Australia). Las revistas relevantes son: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Journal of Adolescent Health*, *BMJ*, *Obesity Reviews*, *American Journal of Preventive Medicine*, *Clinical Rehabilitation* y *Medicine and Science in Sports and Exercise*.

**Conclusiones:** Las investigaciones siguen los ámbitos de atención marcados por la OMS, aunque no se atiende: la discapacidad, VIH/sida, depresión y embarazo. La incursión de la fisioterapia en la adolescencia está en sus inicios, por ello es necesario incrementar las investigaciones al respecto.

**Título: BENEFICIOS DE LA MEDITACIÓN INTEGRADA EN LA ESCUELA****Autores: Cristina Torres Pascual. Josep Cornellà Canals.***Escola Universitària de la Salut i l'Esport. EUSES. Salt, Girona. España.****jcornella@euses.cat*****Introducción:**

La meditación está siendo objeto de múltiples estudios al observarse los cambios que produce en la neurofisiología cerebral, conllevando un mantenimiento o mejora de los estados de salud.

**Objetivos:**

El objetivo del trabajo es revisar los beneficios de la meditación aplicada desde la escuela en niños y adolescentes.

**Material:** Para el estudio se han consultado las bases de datos PubMed, PEDro y The Cochrane Library.

**Método:** El trabajo se basa en una revisión bibliográfica de los trabajos indexados en las bases de datos anteriormente citadas para un periodo de 10 años (2002-2012). Para la búsqueda se han utilizado los términos meditat\* AND school, con las limitaciones "título y abstract" y edades de "0 a 18 años". Una vez obtenidos los resultados se han eliminado aquellos que no corresponden a meditación.

**Resultado:** La población final a analizar es de 9 artículos de los cuales ocho son ensayos clínicos y uno es una revisión sistemática.

La muestra de los estudios oscila entre 10 y 166 individuos de edades comprendidas entre 11 y 19 años. Las técnicas de meditación utilizadas han sido meditación MAUM (11,11%), BAM (22,22%), mindfulness (22,22%), transcendental (22,22%) y visualizaciones (11,11%). El 66,66% de los estudios aplican la meditación entre 10' y 15' durante 12 semanas. Los grupos control de los estudios han sido: lista de espera o educación sanitaria. De los estudios se desprende que la meditación tiene unos efectos positivos en: la autoestima, autocontrol, autorealización, rendimiento académico, adaptación al medio, así como en el control de la presión arterial y frecuencia cardiaca disminuyendo el riesgo de enfermedades cardiovasculares, del mismo modo influye positivamente sobre el estrés post-traumático.

**Conclusiones:**

La atención generada con la meditación conduce al cerebro a modificaciones estructurales, como incremento del grosor cortical de áreas implicadas en la atención, y cambios neuroendocrinos, como disminución de cortisol o incremento de serotonina entre otros. Así, la meditación integrada en los planes de estudio, puede tener influencia positiva en el desarrollo del niño.

Los estudios presentan un elevado riesgo de sesgo por lo que es necesario llevar a cabo más estudios.

**Título: Evolución de la incidencia de los trastornos mentales en un Centro de Acogida**

**Autores: Sánchez Zamora, Enrique J. (D.E.), Zahonero Coba, Mercedes (Médico)**  
 Centro de Acogida ICE  
 enrique.juan.sanchez.zamora@madrid.org

**Introducción:**

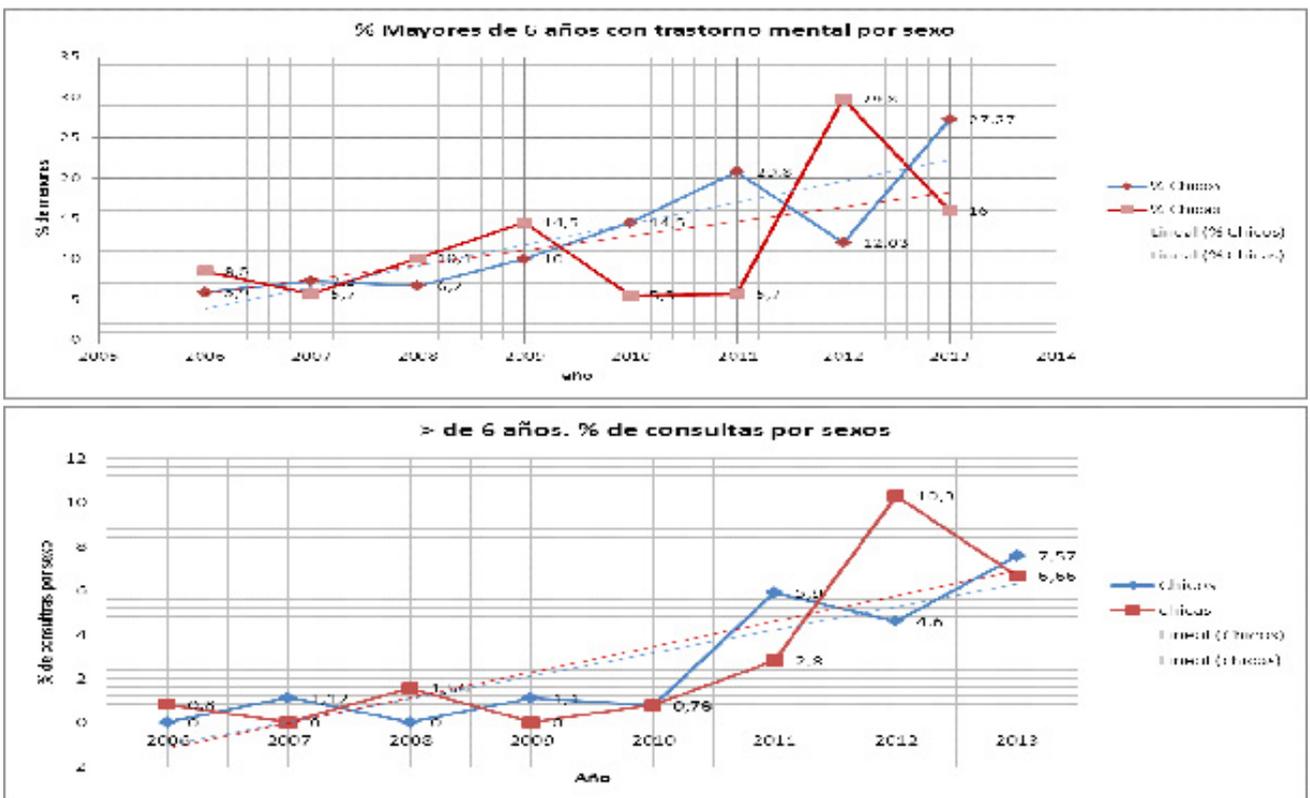
En un centro de primera Acogida, centro de urgencia social para menores, se ha observado a lo largo del tiempo, de una manera totalmente subjetiva, que la incidencia de los trastornos de Salud Mental han aumentado en las niñas, por encima de los niños.

**Objetivos:** Observar si a lo largo del tiempo la incidencia de trastornos mentales es superior en el sexo femenino frente al masculino.

**Material:** Registro Sanitario de los menores ingresados en el Centro der Primera Acogida ICE desde el año 2006 hasta Septiembre de 2013. Programa informático Microsoft Excel.

**Método:** Se ha estudiado la totalidad de los menores ingresados mayores de 6 años. De estos se seleccionaron aquellos que se les realizó el reconocimiento sanitario (estancia superior a 1 día). A partir de la muestra obtenida se revisaron los menores que presentaron algún tipo de trastorno mental previo al ingreso o durante su estancia en el centro y los que requirieron consulta especializada.

**Resultado:** Con los datos obtenidos se rechaza la hipótesis planteada.



**Conclusiones :**

- Se observa un aumento de la incidencia de los trastornos mentales a lo largo del tiempo, sin grandes diferencias por sexo, ya que se mantiene una mayor incidencia, de la que se partía, en el sexo masculino.
- Habría que continuar estudiando las causas reales que conducen a este aumento de la incidencia de los trastornos psíquicos en nuestra población.
- Sería interesante ahondar en el estudio de los picos de baja incidencia ocurridos en el sexo femenino en los años 2010 y 2011 comparándolos con el gran despegue del año 2012. Esto ha podido ser la causa del planteamiento de nuestra hipótesis inicial.
- Se comprueba que las patologías que requieren consultas especializadas se mantienen estables en su progresión.
- Habría que estudiar idoneidad de los centros de primera acogida para la atención a este tipo de menores con necesidades específicas de salud mental.

## **Título: Intentos Autolíticos por Ingesta Farmacológica en Adolescentes Atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátricas**

**Autores: Mazagatos Angulo, Diana; Delgado Puebla, Rosalía; Gancedo Baranda, Antonio;**  
*Hospital Universitario Fundación Alcorcón*  
**dmazagatos@fhacorcon.es**

### **INTRODUCCIÓN:**

El suicidio en adolescentes se ha convertido en un serio problema de salud pública. Según la OMS a nivel mundial, la tasa de suicidio entre los jóvenes de 15 a 24 años, es la tercera causa de muerte más frecuente. España pese a tener una de las tasas de suicidio más bajas de Europa, presenta actualmente una evolución ascendente global, con una prevalencia de 4.5 suicidios por cada 100.000 habitantes (adultos y niños). Las Urgencias Pediátricas son un elemento clave en la atención inicial al adolescente con intento autolítico.

### **OBJETIVOS:**

Reflejar la situación actual de los intentos de suicidio en niños y adolescentes atendidos en nuestro servicio de Urgencias, así como identificar distintos factores que pueden contribuir a ello.

### **MATERIAL:**

Datos obtenidos de la Historia Clínica Electrónica recogida en la Urgencia Pediátrica de un Hospital de Área, con un volumen de aproximadamente 25.000 urgencias pediátricas atendidas anualmente.

### **MÉTODO:**

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, de las Urgencias Pediátricas atendidas por tentativas suicidas, mediante ingestión de fármacos, en pacientes con edades entre los 11 y 17 años, en el período comprendido entre Septiembre de 2005 y Septiembre de 2013. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Edad, sexo, nacionalidad, visitas previas a Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, intentos autolíticos anteriores, fármaco utilizado, motivación, cronología, acompañante, valoración por psiquiatría durante su estancia en la urgencia, Cuestionario Sad Person ( valoración de riesgo suicida) y derivación al alta.

### **RESULTADO:**

Se analizaron 40 pacientes, de los cuales 85% eran mujeres. La edad más frecuente a la que se llevan a cabo estas conductas fue entre los 14-16 años, con pico a los 15 años. Uno de los 40 pacientes tenía 11 años. El 55 % de los pacientes eran españoles, seguidos de un 30%, procedentes de distintos países de América del Sur. Se ha observado también que el 25 % había sido ya visto en el CSMIJ, y un 32.5% habían llevado a cabo intentos autolíticos previos. Respecto al SAD PERSON, los valores 2 y 3 fueron los más prevalentes correspondiendo a poco riesgo o la necesidad de Seguimiento por parte de Salud Mental. Los analgésicos fueron los fármacos más utilizados, con un 40 %. La principal motivación fueron los conflictos familiares (52.5%). El paciente fue acompañado en el 57.5% de los casos por la madre. Se registraron mayor número de casos en el turno de noche (47.5%) y los Martes (27.5%). El 30% precisaron ingreso hospitalario y un 45% fueron derivados al CSMIJ. Sin embargo, 9 de los 40 adolescentes (22.5%) fueron dados de alta del Hospital sin seguimiento posterior.

### **CONCLUSIONES:**

Los fármacos que se utilizaron en primer lugar fueron los analgésicos con un pico de edad en los 15 años. Los problemas familiares suponen la motivación primaria. No se produjo ningún éxito.

### **DISCUSIÓN:**

La atención al intento autolítico en el niño y adolescente en la Urgencia Pediátrica, supone afrontar una situación potencialmente peligrosa donde confluyen factores médicos, familiares y socioculturales que precisan de una protocolización adecuada, de una correcta comunicación interprofesional y de una mejora en la asistencia médica.

# XXI Congreso Español de Pediatría Social



*"Trabajando Junto con ..."*

Madrid, 22 y 23 de Noviembre 2013