

XXII CONGRESO NACIONAL I INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE PEDIATRÍA SOCIAL

Almería 7, 8 y 9 de Mayo de 2015

Dirigido a profesionales
implicados con la infancia

"Con abrazos... con..."

SEDE

Palacio de Congresos
Cabo de Gata-Almería

ORGANIZA



PATROCINAN



CEP de Almería, Cuevas-Olula y El Ejido
Delegación Territorial de Almería
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE



Índice del Especial:

XXII Congreso Español de Pediatría Social

7 a 9 de Mayo 2015

Almería

Ñ1 Editorial. Jesús García Pérez , presidente SEPS.....	Pág. 4
Ñ1 Comités del XXII Congreso.....	Pág. 5
Ñ1 Manifiesto y Conclusiones del XXII Congreso. Ana Rosa Sánchez Vázquez , Presidenta del C. O.....	Pág. 6

JUEVES 7.- LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

MESA REDONDA: ESTADO ACTUAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Ñ1 La infancia en España. Derechos, Garantías y Políticas Públicas. Javier Cuenca Villén . Save The Children Andalucía.....	Pág. 9
--	--------

FORO: PROMOCIÓN DE LA SALUD INFANTIL, LAS RIQUEZAS Y LOS ACTIVOS DE LAS COMUNIDADES

Ñ1 Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos? Rafael Cofiño (et al). Dirección General de Salud Pública. Principado de Asturias.....	Pág. 12
---	---------

FORO: LA ADOLESCENCIA Y LAS TICs

Ñ1 Riesgos de las TIC para la población infanto-juvenil: ciberacoso, acoso sexual y violencia de género. Carlos Igual Garrido . Capitan de la Guardia Civil. Grupo de Menores y Explotación Sexual. Madrid.....	Pág. 15
Ñ1 Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. María Salmeron Ruiz . Pediatra de la Unidad de Medicina de la Adolescencia del Hospital Universitario La Paz.....	Pág. 16
Ñ1 Ciudadanía Digital Ética: el protagonismo del alumnado. Proyecto de Alumnos/as ayudantes TIC. José Antonio Luengo . Psicólogo y Asesor Técnico Docente en la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.....	Pág. 18
Ñ1 "El reto generacional de los padres 2.0: la educación de los menores en Internet". Albert Gimeno Garijo , Director y cofundador de Padres 2.0. Valencia	Pág. 20

FORO: DESIGUALDAD ECONÓMICA Y POBREZA: IMPACTO DE LA CRISIS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Ñ1 Consecuencias a corto y largo plazo de la situación actual de crisis en la infancia y adolescencia. Carmen Vidal Palacios . Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital son Llatzer. Palma de Mallorca.....	Pág. 22
Ñ1 Valoración de la Situación Actual de la infancia frente a la pobreza y la desigualdad económica. Francisco Alaminos Romero, Ainhoa Rodríguez de Cortázar . Observatorio de la Infancia de Andalucía.....	Pág. 25
Ñ1 Comedores Escolares y Crisis. Leandro Castro . Médico escolar. Presidente de la Federación Andaluza de Medicina Escolar	Pág. 29

MESA EXPERIENCIAS: ATENCIÓN A LA INFANCIA EN PAÍSES EN DESARROLLO

Ñ1 Atención Pediátrica en distintos escenarios de Cooperación Internacional. Raquel Angulo González de Lara . FEA Pediatría. APES Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.....	Pág. 31
---	---------

VIERNES 8.- HABLANDO DEL BUEN TRATO EN EL ENTORNO DEL MENOR

MESA REDONDA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL BUEN TRATO A LA INFANCIA

Ñ1 Promoción de Hábitos Saludables en la Infancia y Adolescencia. Sagrario Mateu Sanchís . Jefa del Servicio de Salud de la mujer y de la infancia. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSSSI.....	Pág. 33
Ñ1 La Promoción de la Parentalidad desde el Contexto Sanitario. Mª Victoria Hidalgo García . Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad de Sevilla.....	Pág. 35

MESA REDONDA: INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN EN PEDIATRÍA SOCIAL: PRESENTE Y FUTURO

Ñ1 Investigación en España: Marco Institucional y papel de la Pediatría Social. José Uberos Fernández . Responsable de la UCIN del Hospital Clínico San Cecilio. Granada.....	Pág. 38
Ñ1 Realidad Virtual y Cáncer en la Infancia. Inmaculada Gómez Becerra (et al) . Universidad de Almería.....	Pág. 39
Ñ1 Formación en Investigación en Pediatría Social: programa de formación para expertos. Carlos Redondo Figuero . Pediatra. Profesor Asociado de la Universidad de Cantabria.	Pág. 41

MESA REDONDA: Apego y parentalidad. Una mirada desde los Servicios Sanitarios.

Ñ1 Evaluación del apego. Escala ADBB y su aplicación en las consultas de pediatría. Nahir Bonifacino . Psicóloga. ADBB Uruguay.	Pág. 44
Ñ1 Mejorando los vínculos tempranos en familias de riesgo psico-social. Amaia Halty Barrutieta (et al) . Psicóloga. Investigadora. Universidad de Comillas, Madrid	Pág. 47

MESA REDONDA: Violencia en el entorno del menor: dónde estamos y hacia dónde debemos ir.

- ÑI Proyectos de ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia como instrumentos de prevención y protección frente a la violencia. **Salomé Adroher Biosca**. Dtra. Gral. de Servicios para la Familia e Infancia. MSSSI.....Pág. 50
- ÑI Aspectos innovadores en la atención al maltrato infantil. **Juan Gil Arrones**. Pediatra EBAP. Centro de Salud "Santa Ana"Pág. 53
- ÑI Actuaciones de prevención y tratamiento de la violencia en el entorno familiar. **Pilar Hidalgo Figueroa**. Jefa del Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias. Junta de Andalucía.....Pág. 57

Prevención de Riesgos y Promoción de Hábitos saludables

- ÑI Formación intersectorial en la prevención de la Obesidad y Activos en salud. **Begoña Gil Barcenilla (et al)**. Pediatra. Directora Plan Integral Obesidad Infantil. Junta de Andalucía.....Pág. 61
- ÑI Educación Física, Educación Integral. **Juan Antonio López Leal**. Maestro de Enseñanza Primaria. Colegio Virgen de la Paz. Vícar. AlmeríaPág. 63
- ÑI Experiencia Forma Joven. **Margarita del Pino Berenguel**. Enfermera de Atención Familiar y Comunitaria. UGC Almería-Centro. Distrito Sanitario Almería.....Pág. 65
- ÑI Experiencia en Educación Para la Salud en Población Inmigrante. **Alicia Galera García**. Enfermera APES. Hospital de Poniente. El Ejido, Almería.....Pág. 67

FORO: ATENCIÓN INTEGRAL Y BUEN TRATO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**Controversias en el Abordaje Integral del TDAH**

- ÑI Adaptación y sistemas de integración a nivel escolar en niños y niñas diagnosticados de TDAH. **Lidia Cobos Sánchez**. Orientadora escolar. Delegación Territorial de Educación, Cultura y Deporte de Almería.....Pág. 69

Consecuencias de las Medidas de Protección de la Infancia en Riesgo

- ÑI Acogimientos y Adopciones en niños y niñas con necesidades especiales. **Ángel Cortés Lozano**. Pediatra. Residencia Casa de los Niños. Agencia Madrileña de Atención SocialPág. 72
- ÑI El Acogimiento como alternativa familiar. **Maria García Cara**. Jefa del Servicio de Protección. Delegación Territorial de Almería de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.....Pág. 74

Procurando el Bienestar de la infancia

- ÑI Activos Individuales y Valores en Salud. **Carlos Belda Grindley**. Observatorio de la Infancia de Andalucía.....Pág. 77
- ÑI El Modelo de la Recuperación aplicado al Maltrato Infantil. **Carmen de Manuel Vicente**. Psicóloga Clínica USMI. Cádiz.Pág. 79

SABADO 9.- ESCENARIO DE ACOMPAÑAMIENTO EN LA ADVERSIDAD**Mesa Redonda: La Experiencia del Acompañamiento en la Enfermedad**

- ÑI Profesionales de la salud ante las Enfermedades Raras. **Gema Esteban Bueno**. Medico de Familia. UGC Garrucha. AGSNA Almería. Presidenta de la Asociación Española para la Investigación y Ayuda al Síndrome de Wolfram.....Pág. 82

Mesa Redonda: La experiencia de Acompañamiento en la Fase Terminal

- ÑI Acogida y Acompañamiento. Experiencia Al lado. **Rafael Muriel Fernández (et al)**. Enfermero. Pediatra. Asesor Técnico. Servicio de Atención Socio-sanitaria. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de AndalucíaPág. 83

Anexo

- ÑI Resumen de la "Guía de Sensibilización de Enfermedades Poco Frecuentes". **Equipo del Colegio La Salle - Virgen del Mar (Almería)**.....Pág. 90

Esta publicación cuenta con
International Standard Serial
Number ISSN 1989-9793

CONSEJO EDITORIAL:

Director: Antonio Gancedo
Baranda

Coordinador: Víctor Ruiz

Equipo Editorial:

Jesús García Pérez
Ángel Cortés Lozano
Virginia Carranza Parejo
Mercedes Rivera Cuello
Juan Gil Arrones
Laura Marín López
Ana Rosa Sánchez Vázquez
Carmen Vidal Palacios

Edita:

Sociedad Española
de Pediatría Social
c/ Capitán Haya, 60
28008 Madrid

Contacto con la redacción:
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.

EDITORIAL

Tras el exitoso Congreso de Pediatría Social celebrado recientemente en Almería (7-9 de Mayo), dedicamos este Número 21 a publicar la mayoría de las ponencias que integraron la oferta científica de dicho encuentro, que logró reunir a más de **250 profesionales** relacionados con la pediatría social, sin contar los casi **200 adolescentes y niños**, escolares de la región, que participaron en sesiones y talleres. Además, contamos con nutrida presencia de especialistas internacionales, lo que permitió que esta edición fuera también el **I Congreso Internacional Iberoamericano de Pediatría Social**.



Esta edición "Especial Congreso 2015", se inicia con las conclusiones de la artífice de este memorable congreso, la Dra. Ana Rosa Sánchez Vázquez, presidenta del Comité Organizador y vocal de la Junta Directiva de la SEPS. Ella supo involucrar a decenas de personas que trabajaron desde Almería durante más de medio año en la preparación del encuentro. Desde el principio, éste contó con una serie de apoyos institucionales, como la presidencia de Honor de **S.A.R la Reina Doña Letizia**, y económicos como la **Dirección General de Servicios para la Familia e Infancia**, la **Dirección General de Salud Pública, Calidad e innovación**, y el **Ayuntamiento de Almería**, además de muchas otras colaboraciones, presentes en el cartel del Congreso. La labor de todos ellos, la mayoría de cuyos nombres figuran en el Comité Científico y Comité Organizador, ha dado como resultado una actividad que bien puede ser tomada como modelo de lo que somos capaces de hacer y, dato a tener en cuenta, dentro de nuestro presupuesto, incluso mejorándolo.

En el anterior número ya anticipábamos nuestros planes de darle una mayor dimensión a esta revista. Fieles a esa vocación Iberoamericana, continuamos con el proyecto que, esperamos que en breve, convierta esta revista en **Cuadernos Iberoamericanos de Pediatría Social**, una plataforma científica más abierta y dinámica, en la que participen profesionales dedicados al cuidado de la infancia de países del continente americano. Esperamos que este proyecto sirva actualizada y dignamente a la causa de la pediatría social.

Sigamos adelante,

Jesús García Pérez
Presidente SEPS



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

COMITÉ DE HONOR
Presidencia de Honor
S.M. La Reina Doña Letizia



COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta del Comité Organizador

Ana Rosa Sánchez Vázquez

F.E.A de Pediatría. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

Pilar Barroso García

Jefa del Servicio de Salud y Participación de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Almería.

Ángel Cortés Lozano

Pediatra. Residencia Casa de los Niños. Instituto Madrileño de la Familia y el Menor. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.

Alicia Galera García

Enfermera de Pediatría y Neonatología. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

Antonio Gancedo Baranda

Pediatra. Consulta de Pediatría Social. Unidad de Pediatría y Neonatología. H.U. Fundación Alcorcón. Madrid. Secretario de la Sociedad Española de Pediatría Social.

Jesús García Pérez

Pediatra. Presidente de la Asociación Madrileña para la Prevención del Maltrato Infantil (APIMM). Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS).

Antonio Muñoz Hoyos

Catedrático de Pediatría. Universidad de Granada. Director de la UGC de Pediatría Hospital Clínico Granada.

Isabel Ortiz López

Pediatra. UGC Vícar. DSAP Poniente de Almería.

Víctor Ruiz Díaz

Periodista. Secretario Administrativo de la SEPS.

Isabel Hernández Corral

Enfermera de Pediatría y Neonatología. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

M^a Ángeles López Valverde

Enfermera. UGC Ejido Norte. Distrito Sanitario Poniente. Almería.

Lucía Túnez Rodríguez

Enfermera. UGC Alcazaba. DS Almería.



COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente del Comité Científico

Ignacio Gómez de Terreros

Pediatra. Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Sevilla.

Salome Adroher Biosca

Directora General de Familia e Infancia. MSSSI.

María Álvarez Segura

F.E.A de Psiquiatría. Hospital de Día de Salud Mental. APES Hospital de Poniente.

Rosa Benítez Martínez

Maestra. Aula Hospitalaria. APES Hospital de Poniente.

Ana Calcerrada Labrador

Psicóloga Clínica. Hospital de Día de Salud Mental. APES Hospital de Poniente.

Virginia Carranza Parejo

Pediatra. Centro de Acogida Inmediata de la Consejería de Salud, Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía

José Javier Castrodeza Sanz Director General de Salud Pública, Calidad e Innovación. MSSSI.

Carmen de Manuel Vicente

Psicóloga. Clínica USMI Cádiz. UGC Salud Mental Hospital Universitario Puerta del Mar.

Juan Gil Arrones

Pediatra E.B.A.P. Centro de Salud "Santa Ana", UGC Las Portadas-Santa Ana. Dos Hermanas, Sevilla.

M^a Dolores López Barranco

Unidad de Trabajo Social. APES Hospital de Poniente.

Laura Marín López

F.E.A de Pediatría. Hospital de Baza.

Luís Martín Álvarez

Pediatra. Miembro Junta Directiva ISSOP (International Society for Social Paediatrics).

Encarnación Martín Medina

Pediatra. UGC Ejido Sur. DSAP Poniente de Almería.

Rafael Montoya Muñoz

Unidad de Trabajo Social. APES Hospital de Poniente.

Rafael Muriel Fernández

Pediatra Asesor Técnico de Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud.

Mercedes Rivera Cuello

Pediatra. Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Neonatología. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía.

Carmen Vidal Palacios

Jefa de Servicio de Pediatría, Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca.



MANIFIESTO Y CONCLUSIONES DEL XXII CONGRESO NACIONAL DE LA SEPS Y 1º IBEROAMERICANO DE PEDIATRÍA SOCIAL

Los niños/as y jóvenes, junto con los profesionales, de los ámbitos sanitario, social y educativo, participantes en el XXII Congreso Español de Pediatría Social con el lema "Con.Abrazos.con" ,

Queremos manifestar:

Que la participación de los niños/as y jóvenes, en todo aquello que condiciona su salud y bienestar y en todos los espacios de su vida y desarrollo (asistenciales, educativos, sociales):

- *Constituye un derecho inalienable junto con el derecho a la provisión de servicios adecuados a sus necesidades y a la protección frente a la violencia*

Que después de la experiencia de **intersectorialidad** y **participación** vivida en este congreso, se pone de manifiesto que la coordinación y cooperación entre las instituciones y el trabajo en red de los profesionales, es imprescindible para proporcionar una atención integral a los problemas de la Infancia--Adolescencia y a sus familias:

- *Los niños/as y jóvenes y su familia deben ser el centro en la atención a la salud y el bienestar y en la intervención sobre los determinantes de la salud y los problemas emergentes que afectan al desarrollo físico, psíquico o social en esta etapa de la vida.*

Además queremos transmitir a la sociedad civil y profesional las conclusiones que hemos elaborado con respecto a diferentes temáticas tratadas durante el mismo:

CON RESPECTO A LA SITUACIÓN DE DESIGUALDAD Y POBREZA

1. Es urgente la atención social y el interés político por la precariedad y pobreza en la que se encuentra actualmente gran parte de la población infantil y juvenil en nuestro país:
 - *No hacerlo significa hipotecar el presente y futuro de los niños y **perpetuar las desigualdades y la falta de equidad en la salud y el bienestar***
 - *Actuaciones concretas en el ámbito comunitario, local, sanitario y escolar, **aunque sean pequeñas representan "una posibilidad" y "un comienzo". La formación de comisiones locales que incluyan todos los agentes incluidos los niños y niñas, pueden hacer propuestas factibles que posibiliten el cambio.***

2. La desigualdad y la falta de equidad frente a la adversidad social en la que vive una gran parte de la Infancia-Juventud, es una vulneración de sus derechos, un maltrato por la falta de atención a sus necesidades y un riesgo para su *crecimiento* y desarrollo emocional, cognitivo y social

- Esta vulneración es especialmente dañina cuando, junto a la adversidad social, se sufre un adversidad en la salud (*problema de salud*) o una discapacidad.
- Hay que prestar especial apoyo a las personas que además de falta de recursos pasan por complejas situaciones de salud.

CON RESPECTO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

Las estrategias de promoción de la salud más potentes son aquellas que combinan aspectos de empoderamiento individual y comunitario, que toman como punto de partida la Salud Positiva de una comunidad y de las personas que la integran, una forma de hacerlo es trabajar con la metodología de activos para la salud.

- Esta perspectiva puede tener un gran impacto en salud, especialmente en etapas cruciales del desarrollo como la infancia y adolescencia, y en sus familias.
- Como actuaciones concretas se propone:
 - i. Fomentar programas comunitarios en el que participen todos los agentes (intersectorialidad) para fomentar hábitos de vida saludables,
 - ii. Diseñar actividades, concursos que busquen prevenir diferentes riesgos para la salud contando con los **protagonistas de la prevención**, "los y las adolescentes",
 - iii. Identificar activos de salud comunitarios e individuales para generar salud y contribuir a equilibrar desigualdades en salud.

CON RESPECTO AL BUEN TRATO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1. Consideramos que valorar e intervenir en los patrones de apego en edades tempranas debería ser una de las funciones de los equipo de salud de Atención Primaria.
2. Es necesario que desde los Servicios Sanitarios se realicen actividades para Fomentar el afecto y el apego como base de una buena salud mental.
3. Se proponen como actividades concretas:
 - Formación de los profesionales en la detección precoz de problemas de Apego: escala ADBB en los primeros años de vida, valoración de competencias parentales...
 - Incluir actividades de promoción de parentalidad positiva en los programas de salud infantil, Procesos asistenciales, etc.
 - Diseño de programas de intervención interdisciplinares y talleres para prevenir los trastornos de apego detectados.
4. La detección precoz de la violencia en el entorno del menor es la forma de disminuir las secuelas de un maltrato. Todos los profesionales (salud, educación, servicios sociales...) debemos conocer los protocolos de actuación ante situaciones de riesgo o sospecha de maltrato.

CON RESPECTO A OTROS PROBLEMAS EMERGENTES

Es *imprescindible* establecer medidas urgentes para que las *niños/as y jóvenes y sus familias* puedan superar las dificultades concretas por las que atraviesan en relación a diferentes problemáticas emergentes que interfieren con su salud.

- Se deben mantener y poner en marcha servicios que den una respuesta, preventiva y asistencial, a los trastornos de conducta, de aprendizaje y de exclusión social por los que pasan algunos niños/as y jóvenes en nuestra sociedad.

- Es necesario establecer programas educativos y preventivos sobre el uso adecuado. Las TIC, contando con la colaboración del alumnado para la sensibilización de los más pequeños y para la detección e intervención ante situaciones de acoso/ciberacoso.
- Con respecto a la violencia de género en la población adolescente consideramos imprescindible la incorporación de propuestas educativas y comunitarias que aseguren el aprendizaje de formas igualitarias de relación en la etapa de la adolescencia.

CON RESPECTO AL ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES DE ADVERSIDAD

Proponemos usar el concepto de acompañamiento para expresar que la atención en situaciones de adversidad va más allá de la pura asistencia, es necesario incorporar los aspectos relacionales que orienten hacia una atención como compartida

- En la atención compartida deben participar servicios y movimientos asociativos y afectados, para que entre todos los agentes se construya un itinerario de atención que incluya los aspectos biológicos de la enfermedad y las vivencias y repercusiones psicoemocionales y sociales que estas situaciones conllevan.
- Se deben identificar propuestas de mejora en relación a la reducción del sufrimiento considerando la opinión de los afectados y su entorno cuidador próximo.
- Desde las instituciones y en el contexto educativo se pueden fomentar el conocimiento y la sensibilización frente a enfermedades raras, crónicas, terminales, con objeto de visibilizar su realidad y contribuir en la mejora de la misma.

Es imprescindible la puesta en marcha de estrategias e intervenciones que permitan la recuperación del proyecto de vida de los niños, niñas y jóvenes que a pesar de estar pasando por diferentes situaciones (desde malos tratos, pobreza, enfermedad...), les posibilite vislumbrar un futuro interesante incluso en la alta adversidad.

La dimensión de la persona (mayor o menor de edad) no es completa si se niega la parte psico-emocional, origen y consecuencia de mucho sufrimiento, este aspecto ha estado presente a lo largo de todo este congreso y ha permitido un acercamiento a la realidad por la que pasan muchos niños/as y sus familias.

**Palacio de Exposiciones y Congresos - Ayuntamiento de Almería
XXII Congreso Español de Pediatría Social / 7 - 9 Mayo 2015**



La Infancia en España. Derechos, Garantías y Políticas Públicas

Javier Cuenca Villén

Responsable en Andalucía de Save the Children

En la invitación a este congreso nos animaron a describir la situación actual de la infancia y la adolescencia en España, los avances que se han logrado hasta ahora y los retos que en materia de infancia quedan por alcanzar.

He querido estructurar de algún modo mi presentación, abordando una idea fundamental al inicio de la misma, idea de la que emanará la descripción de qué le está sucediendo a la infancia de nuestro país. Evidentemente, es una mirada muy general y habrá muchos detalles en los que no podemos entrar, pero espero que sirva para hacernos una idea de qué aspectos actuales que afectan a la infancia deben ser tomados en cuenta de manera muy seria y urgente.

Para introducir esta idea, quisiera contar una anécdota personal. En el colegio de mi hija, un colegio público de la ciudad de Sevilla, tienen desde este curso la buena costumbre de lanzarnos cada trimestre un cuestionario de evaluación a las familias, preguntando por varios aspectos relacionados con la marcha del centro. En el primero, que nos enviaron antes de navidad, dejé como sugerencia si sería posible que este mismo cuestionario, o uno adaptado a una versión amigable, se les pasara a los niños, que realmente son los que pasan más horas en el colegio, los protagonistas, pues lo viven en primera persona, del proceso educativo y los que disfrutan o padecen los modelos de trabajo, las infraestructuras, los métodos y el sistema educativo, en suma, la política educativa, articulada en el último eslabón por el trabajo que los profesionales de la educación realizan a diario en el centro. Nadie me contestó a la sugerencia, por lo que opté por no rellenar el segundo cuestionario, sino hacerlo con mi hija, y que fuera ella, ciertamente con algo de ayuda en la interpretación de las preguntas, que no en las respuestas, la que rellenara el cuestionario.

Esta anécdota es una entre probablemente millones de anécdotas que se suceden a diario alrededor de más de 8 millones de personas en este país, los niños y niñas, de los cuales 1.600.000 están en Andalucía. Con esto quiero resaltar el primer punto de mi presentación, y es la **concepción adultocéntrica** de cuestiones que afectan directamente a los niños y niñas, y la falta de incorporación real de las opiniones de los niños a la vida pública.

En relación con esto, la Convención sobre los Derechos del Niño otorga la responsabilidad del cumplimiento y vigilancia de los Derechos del Niño a los estados, en nuestro caso también a las CCAA, al estar muchas competencias descentralizadas, con lo cual la coordinación Estado Central- CCAA es clave. En todo caso, se observa una clara ausencia en la asunción por parte de los poderes públicos de la infancia como colectivo con derechos propios, sujeto de derechos, no sólo objeto de protección. Sinceramente puedo decirles que no creo que haya políticas, normativas, leyes, planes o estrategias en materia de infancia que sean realmente atrevidas y avanzadas, y que reconozcan al niño como un agente de su propio cambio.

Por supuesto existen leyes y normativas, que intentan dar sentido y desarrollo a la Convención, y extraño es el docu-



mento que no aluda a ella. En Europa, la Carta de los derechos fundamentales de la UE se refiere en su artículo 24 explícitamente a la Convención. En España, la ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, o en Andalucía, la Ley 1/1998, de los derechos y la *atención al menor* hacen referencia a la Convención y al niño como sujeto de derechos. Sin embargo, algo falla, pues posteriormente ese espíritu no se ve reflejado en prácticas reales y efectivas.

Quizás un indicador de la prioridad política que se le otorga a ciertos asuntos puede ser observar qué lugar ocupa ese asunto en la agenda política, en las instituciones o en el diseño de la arquitectura institucional. Quizás en España, y por extensión en Andalucía, con una rápida mirada, podemos adivinar el lugar que ocupa la infancia.

¿Por qué no hablar de un Ministerio de Infancia a nivel estatal, como en Irlanda, o aquí en Andalucía, de una Consejería de la Infancia?, o en todo caso, contar de manera imprescindible con Planes específicos de Infancia, del que Andalucía, por ejemplo, carece desde 2007, aunque estemos en el proceso de elaboración del II Plan desde hace varios meses, o años.

Políticas públicas, en resumen, que contengan el espíritu y el desarrollo normativo y político de esos 54 artículos que comprenden la Convención de los Derechos del Niño, además de sus protocolos facultativos y observaciones generales, que complementan y ponen el acento en preocupaciones concretas.

Contribuyendo a esto, a la aplicabilidad de la Convención, desde Save the Children tenemos siempre presente el principio de participación política y social de los niños y niñas, fomentado por lo que llamamos *Child Rights Governance*, la

Gobernanza de los Derechos de la Infancia

La *Gobernanza de los Derechos de la Infancia* trata de apoyar a los tomadores de decisiones en temas relacionados con niños y niñas y, llegado el caso, se dedica a presionar o influir en ellos para que puedan adecuar las políticas y legislaciones de manera que permitan que los derechos de los niños se hagan realidad, y que además faciliten una sociedad civil (niños/as incluidos) muy activa, que sea capaz de poder reclamar sus derechos ante el Estado, y sobre todo cuando éste no está cumpliendo con su deber de garantizar el cumplimiento de la Convención.

Porque, ¿Cómo es posible que los niños y niñas sean los más vulnerables ante la crisis, el grupo de edad específico que registra más altas tasas de pobreza, y que además por sus circunstancias específicas (ser personas en proceso de

desarrollo) necesitan de protección específica (frente a la violencia, por ejemplo), y que no se contemplen medidas de manera absolutamente prioritaria no tenga aún medidas específicas de por ejemplo lucha contra la pobreza.

En esta línea, podría atreverme a decir, y no soy el primero, que sería interesante ver qué pasaría con la infancia en las políticas públicas si a los niños por ejemplo, a partir de 14 años, se les permitiera votar. Sería quizás una valiente decisión para además promover y reforzar su participación en la vida pública.

Dicho esto, abordaremos las cuestiones que más nos preocupan desde Save the Children en relación con la situación de la infancia en España:

¶ Aumento de la **pobreza infantil**, en especial niños en **pobreza severa**

¶ Desigualdad en el acceso a los **procesos de educación**

¶ Discriminación en el acceso a **servicios asequibles y de calidad** (salud, vivienda etc.)

¶ **Participación real y efectiva** en la vida social y política
Violencia contra la infancia y entre iguales

¶ Desprotección de la **niñez en movimiento**

Aumento de los niños en situación de pobreza severa

Desde que comenzó el período de crisis socioeconómica la pobreza infantil ha ido en aumento. La distinción en la definición de pobreza infantil frente a pobreza genérica es importante dado que la primera está relacionada con la vulneración de los Derechos de los niños y es consecuencia directa de la segunda.

Desde 2009 ha crecido el número de personas en situación de pobreza o exclusión social de 24,7% al 27,3 %. En el 2013 la pobreza afecta más a los niños y niñas y adolescentes (32,6%). Las transferencias sociales reducen en 7 p.p. la pobreza infantil. Esta reducción de la movilidad social incrementa la desigualdad (Gini actual 0.33). Las niñas y los niños con mayores necesidades de apoyo y cobertura social (discapacidad, niños migrantes etc.) serán los más perjudicados por un lado debido a la reducción del gasto social en torno al 14.6% ¹ y por otro lado debido a la debilidad de la recuperación del Estado Social.

Los datos más actualizados que tenemos dan las siguientes cifras, sin extenderme mucho, de manera general: **8.800.703** niños/as en España, de los cuales **2.306.000 (27.5%) viven bajo el umbral de la pobreza relativa** (renta inferior al 60% de la renta mediana). **En Andalucía hablamos del 38.8%, 636.743;** que viven **en riesgo de pobreza y exclusión social el 32.6% en España (2.735.000), en Andalucía el 45.3% (743.414).**

Huelga por tanto decir la necesidad absoluta de establecer mediadas claras y objetivos de reducción de pobreza.

Desigualdad de acceso a los procesos de educación

Estamos identificando una tendencia a la reducción del gasto en educación de casi el 11% entre 2007-2013, o la reducción del número de beneficiarios de ayudas al estudio en 500.000 alumnas/os entre el 2009-2014.

La educación está consagrada como un derecho universal y gratuito pero en la práctica no garantiza la igualdad de oportunidades porque deben pagarse los apoyos extraescolares, los libros, el equipamiento escolar o la atención a primera infancia. La reducción del gasto en educación está afectando a muchos niños y niñas. Las consecuencias inmediatas son el abandono escolar, que afecta alrededor del 24% de los jóvenes, las tasas de idoneidad, o el absentismo no justificado. Todos estos hechos que acaecen en la edad escolar obligatoria proyectan dificultades tras concluir la misma. Se incrementan los problemas de empleabilidad, teniendo a cerca del 50% de jóvenes que no desarrollan actividad laboral alguna.

Discriminación en el acceso a servicios asequibles y de calidad (salud, vivienda etc.)

La **reducción del gasto social**, en torno al 14.6% ² afecta especialmente a los 2,7 millones de niños en situación de pobreza infantil generando desigualdades en el acceso a servicios básicos como la salud o la vivienda. El informe de Observaciones Finales del Comité de Derechos del Niño a España de 2010, mostraba preocupación por la discriminación "de facto" que afecta o puede afectar a sectores de la población infantil en base al sexo, la edad, el origen étnico, la nacionalidad o la situación de discapacidad. Es también destacable la observación en este sentido a España del Comité PIDESC 2012 sobre la reducción de la protección por las medidas de austeridad. En este sentido, el último informe de la *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (Sespas) advierte además del grave daño que la privación y la desigualdad social dejará en la salud de los niños a lo largo de su vida.

Participación real y efectiva en la vida social y política

Hemos avanzado un poco al principio de la intervención sobre la necesidad de comprometer la voluntad política para facilitar espacios de participación y toma de decisiones públicas. Hasta la fecha, los **mecanismos de participación** establecidos son ineficientes y están atomizados, no se orientan hacia la promoción de cambios reales. Además de esto, se orienta excesivamente el foco de las políticas de infancia hacia sus entornos (familia, escuela, etc.).

La ausencia de un **sistema de justicia** adaptado a la infancia es también otra preocupación destacable. Faltan protocolos específicos de aplicación del interés superior del menor en los procesos y decisiones judiciales (Recomendación Final a España del Comité CDN 2010).

De manera general, falta una conciencia clara de que la infancia en nuestro país tiene capacidad para reclamar sus propios derechos. En este sentido, hasta la propia Convención otorga a los Estados la competencia de defender los derechos de los niños, ni siquiera ellos son un colectivo que pueda defender sus propios derechos, ya que éstos pueden ser o son, en la mayoría de las ocasiones, interpretados por los adultos.

Violencia contra la infancia y entre iguales

La violencia contra la infancia es una de nuestras grandes preocupaciones, ya que estimamos que sólo conocemos la punta del iceberg de un fenómeno que supone una gravísima

vulneración de los derechos de la infancia. Existe una **persistencia de la violencia contra la infancia** y un aumento de la violencia entre iguales, además de la aparición de nuevas formas de violencia vinculada a las TIC y a la globalización. En el 2013: 76.990 niños y niñas fueron víctima de infracciones penales. Identificamos además un incremento de la violencia institucional originada por la discriminación en el ejercicio de derechos de la infancia en situación de pobreza y exclusión social. El progresivo debilitamiento de los servicios sociales comunitarios y de proximidad con capacidad para prevenir y detectar situaciones de violencia impulsado por la Ley 27/2013 de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la administración local, que limita competencias municipales en políticas sociales, es otro de los problemas que consideramos puede afectar a los niños y niñas víctimas de violencia.

Niñez en movimiento (Children on the Move)

Los niños y niñas migrantes en situación de vulnerabilidad comprende un grupo cuyos derechos son sistemáticamente vulnerados con una intensidad demoledora. Si bien España es la segunda puerta de entrada a Europa de estos niños tras Italia, no podemos decir que las cifras sean tan altas como en este país, pero sí son destacables. Este fenómeno se consolida y mantiene en España: 4.648 MENAS y 21 NNA víctimas de trata (2012). En 2013 había 716.010 NNA procedentes de otros países, el 8% del total. Se trata de población en riesgo de desprotección y exclusión en destino por varios motivos: desconocimiento de sus derechos básicos (ej. solicitud protección internacional), del idioma, falta de información adecuada a su edad, debilidad del sistema de determinación de edad además de ausencia de un sistema coordinado de identificación y registro. Entre estos niños encontramos a víctimas de trata de personas, MENAS (Menores No Acompañados), en situación de calle, raptados, en situación de refugio / asilo y nómadas, entre otros. Forzados a migrar por razones como la pobreza, la violencia, las persecuciones y los desastres.

¿Qué nos queda por hacer? Retos para la infancia en nuestro país

Tras haber revisado las preocupaciones fundamentales en materia de infancia, hemos de decir también que se ha recorrido un camino importante desde que España ratificara en 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño. Sin embargo, 25 años después de dicha ratificación, la situación de la infancia se ha visto desestabilizada, desde luego, por la situación de crisis socioeconómica, además de otros factores ya comentados.

No podemos nada más que adivinar grandes retos para superar esta situación actual, siendo una de las medidas fundamentales para poder revertir la situación la inversión en infancia.

No hay nada inventado, todo o casi todo está escrito actualmente en cuanto a guías o directrices que seguir para poder hacer frente a la situación tan grave que está condenando a un gran número de niños a no disfrutar de su niñez y a convertirse adultos pobres, sin las mismas oportunidades que el resto de la sociedad.

Tanto la Comisión Europea, en su Recomendación **Invertir en Infancia: Romper el ciclo de las desventajas** como el Consejo de *Derechos Humanos de Naciones Unidas* en su documento *Derechos del niño. Avance hacia una mejor inversión en los derechos del niño* ponen el acento sobre cuestiones fundamentales como son la responsabilidad de los

estados en el cumplimiento, defensa y promoción de los derechos del niño, poner énfasis en apoyar a los más desfavorecidos, invertir en infancia de manera continuada como estrategia para sacar de la pobreza a millones de niños y tener siempre en cuenta y en primer lugar el interés superior del niño.

Desde Save the Children, en nuestro documento titulado *Pacto de Estado por la Infancia* planteamos a su vez medidas específicas para combatir la pobreza infantil, así como las medidas que el grupo de trabajo Invertir en Infancia presentó al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la confección del II PENIA (Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016) y el PENAIN (Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016).

Si no se cuenta con voluntad política clara, que impulse cambios y medidas reales en relación con los niños y niñas de nuestro país, se adivina una perspectiva poco halagüeña ya que la tendencia es a que crezca la brecha de desigualdad y las tasas de pobreza infantil aumenten •

Bibliografía

Ciudadanía y Derechos de Participación de los Niños. Lourdes Gaitán, Manfred Liebel. Universidad Pontificia Comillas - Ed. Síntesis, 2011.

Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los derechos del Niño, Naciones Unidas, 1989.
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

2.826.549 razones. La protección de la infancia frente a la pobreza: un derecho, una obligación y una inversión. Save the Children, 2014.
http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=179

Pacto de Estado por la Infancia. Save the Children, 2014.
http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=201

Iluminando el futuro. Invertir en educación es luchar contra la pobreza infantil.
http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=211

Pobreza y exclusión social en Europa. Save the Children, 2014
http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=187

Cifras y datos nº 11: Pobreza infantil y desigualdad económica. Observatorio de la Infancia en Andalucía. 2014.
http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4408

La infancia en España 2014. El valor social de los niños: hacia un pacto de estado por la infancia. UNICEF, 2014
http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infancia-espana/unicef_informe_la_infancia_en_espana_2014.pdf

Observaciones Generales a España. Comité de los Derechos del Niño 2010.
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/ESP/CO/3-4&Lang=Sp

Observación General nº12 del Comité de los Derechos del Niño. El derecho del niño a ser escuchado. 2009.
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f12&Lang=en

Derechos del niño: avance hacia una mejor inversión en los derechos del niño. Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Marzo de 2015.
<http://www.inversioneinfancia.org/wp-content/uploads/2015/03/Resoluci%C3%B3n-Consejo-DDHH-Hacia-una-mejor-inversi%C3%B3n.pdf>

Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2012). Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto Observaciones Finales España. Doc. de la ONU: E/C.12/ESP/CO/5, de 18 de mayo de 2012.

Recomendación de la Comisión, de 20 de febrero de 2013, Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas.
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=DOUE-L-2013-80405

Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos?

Oscar Suárez (1), Marcial Arguelles (1), Lucía Alquézar (7), Dory Aviño (4), Blanca Botello (13), Sara Calderón (7), Rafael Cofiño (1), Jara Cubillo (10), Rosa Duro (8), Javier Gállego (16), Elisa García (14), Atanasio García (8), Amelia González (1), José Ramón Hevia (1), Soledad Iglesias (3), Dolors Juvinya (12), Luis M. López (1), Sonia López (3), Alba Martínez (18), José Ramón Martínez-Riera (9), Lara Menéndez (17), Antony Morgan (15), Sergio Palacio (6), Joan J. Paredes-Carbonell (4), María Teresa Ruiz Cantero (5), Marian Suárez (3), José Tato (1), Ana Tobarra (11), Blanca Valls Pérez (14), Mariano Hernán (2)

(1) Dirección General de Salud Pública Asturias, (2) Escuela Andaluza de Salud Pública, (3) Dinamización proyecto eRESATER. Federación Asturiana de Concejo, (4) Centre de Salut Pblica de Valencia - FISABIO - Universitat de Valencia, (5) Grupo de Investigación de Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, (6) Asociación Partycipa, (7) Centro Salud Cartuja Granada, (8) Centro de Salud Coll d'enRebassa. UBS El Molinar, (9) Proyecto Universidad Saludable Universidad de Alicante, (10) Centro de Salud Leganés Norte, Madrid. Mapeando Carabanchel Alto, (11) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, (12) Cátedra de Promoción de la Salud. Universidad de Girona, (13) Distrito Atención Primaria en Salud Condado Campiña. Servicio Andaluz de Salud, (14) Centro Salud Albaycín, Granada, (15) Glasgow Caledonian University. UK, (16) Dirección General de Salud Pública. Aragón, (17) Centro de Salud El Coto. Asturias, (18) Centro de Salud Arriondas. Asturias.

Mirando el vaso medio lleno

Ante cualquier situación la valoración de elementos positivos es un buen punto de arranque para comenzar a actuar. Probablemente es tan artificial fijarse sólo en lo negativo como en lo positivo, aunque, en líneas generales, siempre es más fácil argumentar sobre los problemas y los déficits, que sobre las riquezas y los elementos positivos.

Esta visión no es extraña en algunas actuaciones en el ámbito educativo. Por ejemplo desde el modelo de aprendizaje significativo es importante arrancar de los saberes del alumnado, de sus experiencias previas -sus riquezas, por tanto- para construir conocimiento compartido. Lo mismo ocurre en el encuentro clínico y terapéutico donde la propia entrevista clínica y motivacional parten de aspectos propios, de los elementos que el o la paciente consideran favorables, para, una vez establecido un balance decisional con el énfasis en los aspectos positivos y superando con sus recursos los negativos, poder empezar a construir o recuperar salud.

El modelo de activos para la salud tiene relaciones íntimas con el paradigma de la Promoción de la Salud, de modelos de Desarrollo Comunitario o de la Teoría Salutogénica de Antonovsky, siendo su punto de partida la Salud Positiva de una comunidad y de las personas que la integran (1, 2, 3). Específicamente el modelo tiene su desarrollo desde el *Asset Based Community Development* de John McKnight y John Kretzmann. En la **Tabla 1** pueden observarse algunos de los principios globales de este modelo tal como aparecen resumidos en un manual de referencia sobre salutogénesis y activos para la salud editado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Desde un punto de vista operativo para lo que desarrollaremos a continuación consideramos un activo para la salud "cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y conservar la salud y el bienestar así como para ayudar a reducir las desigualdades en salud" (Morgan y Ziglio). Esta identificación de activos para la salud puede tener tres "capas": a nivel de la persona, a nivel de la comunidad o a nivel de la organización e institución. Potenciar los activos en cada uno de los tres niveles tienen acciones diferentes pero muy complementarias desde una perspectiva de promoción de la salud. Es decir, empoderar a nivel individual para generar conductas es mucho más fácil si a nivel comunitario e institucional se fomentan y desarrollan entornos y políticas saludables y las estrategias de promoción de la salud más potentes son aquellas que combinan aspectos de empoderamiento individual y comunita-

rio con generación de entornos y políticas facilitadoras de salud. Esta perspectiva puede tener un gran impacto en salud poblacional de forma global y una gran utilidad en etapas cruciales del desarrollo como la infancia y adolescencia, así como con sus familias (4).

¿Para qué conocer los activos para la salud de nuestra comunidad?

Antes de comenzar a realizar la identificación de activos para la salud en un entorno determinado es muy importante contestar a la pregunta de por qué y para qué deseamos conocer los activos (5). Parece algo obvio pero no lo es, y a veces es un error frecuente generar un enorme catálogo/inventario de recursos, colgarlo en una página web y no vincularlos con ninguna intervención en salud.

Contextualizar esta identificación de activos dentro de un proyecto determinado es muy importante. En una nota metodológica publicada hace unos años

Tabla 1. Principios globales del Modelo de Activos para la Salud (A)

- ¶ Se centra en los factores de protección y promoción de la salud positiva para la creación de salud más allá de la prevención de la enfermedad.
- ¶ Ayuda a reconstruir el conocimiento existente y a reunir nuevo conocimiento para facilitar la promoción de enfoques para la salud positiva, el bienestar y el desarrollo.
- ¶ Promueve un enfoque del curso vital para comprender los activos clave en cada fase clave de la vida.
- ¶ Se centra en la necesidad de implicar a jóvenes y comunidades en todos los aspectos del proceso del desarrollo de la salud.
- ¶ Reconoce que muchos de los activos clave para generar salud se encuentra en los contextos sociales de las vidas de las personas y por tanto cuenta con la oportunidad de contribuir a equilibrar las desigualdades en salud.

(A) Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2014 [cited 2013 Oct 3]. Disponible:

http://www.easp.es/es/system/files/easp_formacion_en_salutogenesis_activos__1.pdf

en Gaceta Sanitaria ya señalábamos una propuesta metodológica sobre la identificación de activos (3). En la **Tabla 2** se presenta una metodología mejorada teniendo en cuenta no sólo la identificación de los activos para la salud, sino la conexión de los mismos para generar actuaciones en salud. Esa propuesta parte de diferentes experiencias significativas que se están realizando en nuestro contexto. Por citar algunas: Proyecto RIU en Valencia, Escuela Andaluza de Salud Pública, Proyecto de Universidades Saludables, Proyecto FIS para el mapa de activos de la ciudad de Alicante, o la Red de actividades comunitarias y activos para la salud del Observatorio de Salud en Asturias.

Trabajar con los activos para la salud desde dentro y fuera de la consulta

Para trabajar con la metodología de activos para la salud desde dentro de nuestro sistema sanitario es fundamental, en primer lugar, que nuestros servicios de salud trabajen con orientación comunitaria, así como con una visión de salud en positivo (6). Desde una perspectiva muy sencilla (y pedagógica) vamos a definir dos entornos para entender qué supone esto: desde dentro de la consulta y desde fuera de la consulta; pero teniendo en cuenta que estas aproximaciones son complementarias y se fortalecen mutuamente.

La primera aproximación supone "trabajar desde la consulta mirando la calle" y recogería muchas de las metodologías que desde hace tiempo han definido Turabián y Pérez Franco en diferentes publicaciones bajo modelos de abordaje biopsicosocial o de abordaje contextualizado comunitario (7). En esta orientación trabajar con el mapa de activos supone conocer las riquezas personales, familiares y sociales de la persona que tenemos en la consulta y también conocer qué riquezas/activos tiene la comunidad para poder desplegar una información terapéutica que vaya más allá de una indicación vaga de posibilidades no farmacológicas (ese cajón de sastre donde incluimos las medidas higiénico-dietéticas) y que permita especificar una "prescripción social" que vincule el problema del paciente con un recurso/activo de la comunidad que le pueda ayudar. Desde esta perspectiva se han comenzado a pilotar diferentes experiencias (Asturias, Baleares) que llevan a la práctica la prescripción de activos para la salud en consulta (8, 9).

La segunda aproximación supone el

<p>Tabla 2. Metodología para la identificación de activos en una comunidad (B)</p> <p>Ñ1 Fase de preparación y contextualización</p> <p>Ñ1 Recogida de la información</p> <p>Ñ1 Análisis de la información</p> <p>Ñ1 Visibilización de los activos</p> <p>Ñ1 Dinamización de los activos y generar intervenciones</p>

(B) Dory Aviñó, Joan Paredes, Rafa Cofiño. Metodología para la identificación de activos de salud en una comunidad. Seminario sobre Activos para la Salud en la Universidad de Alicante. Enero, 2014. Modificado de Growing Communities from the Inside Out - JSNAs in the Wakefield District - get_file [Internet]. [cited 2014 Jan 7]. Available from: http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=679e8e67-6d41-49a9-a8e1-452959f4f564&groupId=10180

desarrollo de la salud comunitaria desde fuera de la consulta. En esta aproximación los recursos sanitarios tienen un menor protagonismo y el acento de la intervención ha de estar en otros recursos que, desde la comunidad, tienen una función importante en la salud poblacional (ayuntamientos, educación, asociaciones, movimiento ciudadano, servicios sociales). Trabajar en salud comunitaria, en palabras de Gofin, sería realizar de forma precisa una apreciación-diagnóstico del estado de salud/bienestar de una comunidad y emprender acciones de intervención para toda la comunidad (10). En este plano existen varios requisitos operativos de trabajo, por reseñar algunos de los más importantes: la "orientación comunitaria" de los equipos sanitarios asistenciales y directivos y el compromiso de los centros a incluir las actividades comunitarias como tareas de los equipos; vincular de forma explícita a personal sanitario que haga de enlace con el resto de agentes de la comunidad; establecer indicadores de evaluación de base poblacional y de monitorización de determinantes de la salud más allá de indicadores de gestión clínica; la generación de espacios de trabajos intersectoriales orientados a trabajar con objetivos comunes en salud donde se trabaje con metodologías participativas y se fortalezca la capacidad de trabajar de manera conjunta; establecer alianzas en el territorio entre las personas que trabajan en salud pública, atención primaria y salud comunitaria; incorporar la perspectiva de equidad en las intervenciones desarrolladas. En este segundo nivel, desde fuera de la consulta, el mapa de activos para la salud es una gran herramienta para: a) conocer los recursos que facilitan salud, b) conectarlos, c) visibilizarlos a la comunidad, a los/as profesionales y al entorno político para poder, d) en base a lo anterior, generar intervenciones a partir de las riquezas conocidas e influenciar en la generación de más activos para la salud (si estos son insuficientes).

Es fundamental no olvidar que la comunidad tiene un papel clave en la identificación de activos. La diferencia entre un recurso que no genera salud y un recurso que sí genera salud (activo) es que la comunidad lo señale y lo defina como un elemento que mejora el bienestar a nivel individual, grupal o social. Por ello todas las metodologías de trabajo con esta orientación han de realizarse desde procesos de participación y de Investigación acción Participativa, en las que se trabaje juntos y con una visión compartida. En líneas generales, existe una falta de apoyo real de las Administraciones que considera la participación comunitaria como un principio fundamental en cualquier texto legislativo y como un *leitmotiv* destacado en las intervenciones de todos sus representantes, con independencia del signo político que los sustente, mientras que apenas hay medidas concretas y apoyo institucional real que permita su desarrollo en sus propuestas eminentemente economicistas y gerencialistas. Por su parte, la población, contaminada por la asistencia paternalista recibida durante décadas, raramente identifica la participación comunitaria en salud como un derecho o un deber en la construcción de su destino. Y cuando la identifican, se limitan a conceptualizarla como un acto voluntario de cooperación y nunca como formar parte, en el sentido de pertenecer, ser integrante, tener parte en el desempeño de acciones adaptativas, y tomar parte, entendido como influir a partir de la acción. La participación, por tanto, se mantiene como un hecho circunstancial, que a pesar de lo que pueda parecer es prácticamente nula en lo que respecta a la toma de decisiones sobre políticas de salud, las prioridades, los programas de salud y los servicios de atención, quedando reducida a una pseudoparticipación circunscrita a las acciones, que además es utilizada como referente de participación por parte de los responsables de los servicios de salud en su "puesta en escena".

Futuros vasos medio llenos

El trabajo con la metodología de activos para la salud se encuentra en plena efervescencia adolescente en nuestro contexto. Los nombres y apellidos de las personas que firman este artículo y unas cuantas personas más que no están ahí pero que están detrás de muchos proyectos son la prueba de esta efervescencia.

Lo importante en sí no está en mapear activos para la salud, sino en la revitalización de esta visión en la cultura de la promoción de la salud y en la salud comunitaria. Así mismo, la propia experiencia de utilizar esta metodología genera un aprendizaje: la necesidad de conectar diferentes personas y colectivos que, desde ámbitos diversos y a veces demasiado separados, trabajamos con una orientación similar en mejorar la salud poblacional •

Agradecimientos:

A todas las personas que faltan en la firma de este artículo y que están trabajando en nuestro contexto desde modelos de salud positiva y de la promoción de la salud.

Bibliografía:

1. Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2014 [cited 2013 Oct 3]. Disponible en: <http://www.easp.es/?wpdmact=process&id=Mt5ob3RsaW5r>
2. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *PromotEduc*. 2007;Suppl 2:17-22.
3. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*. 2013 Mar;27(2):180-3.
4. Pan RJ, Littlefield D, Valladolid SG, Tapping PJ, West DC. Building healthier communities for children and families: applying asset-based community development to community pediatrics. *Pediatrics*. 2005 Apr;115(4 Suppl):1185-7
5. Growing Communities from the Inside Out - JSNAs in the Wakefield District - get_file [Internet]. [cited 2014 Jan 7]. Disponible en: http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=679e8e67-6d41-49a9-a8e1-452959f4f564&groupId=10180
6. Cofiño R. Equipos asistenciales y directivos de Atención Primaria con orientación a la Atención Comunitaria y la Salud Comunitaria. Disponible en: <https://unitat-documentficleidaics.files.wordpress.com/2015/02/escrit-de-rafa-cofic3b1o.pdf>
7. Turabián J, Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* [Internet]. [cited 2011 Feb 12]; Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>
8. Scottish Development Centre for Mental Health. Developing Social Prescribing and Community Referrals for Mental Health in Scotland [Internet]. Scottish Government; 2007 [cited 2013 Jul 31]. Available from: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0054752.pdf>
9. Prescribir actividades sociales, prescribir arte. <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2013/02/17/prescribir-actividades-sociales-prescribir-arte/>
10. Gofin J. Planning the teaching of Community Health (COPC) in an MPH program. *PublicHealthReviews* 2002;30 (1-4):293-301

RIESGOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL: CIBERACOSO, ACOSO SEXUAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Carlos Igual Garrido

Capitán del Grupo de Delitos contra Menores de la Unidad Técnica de Policía Judicial de la Guardia Civil

El rápido crecimiento de internet, las redes sociales y la mensajería instantánea y su popularización entre los menores de edad están propiciando un auge de nuevas amenazas hacia su seguridad, realizadas mediante la utilización de las llamadas nuevas tecnologías.

Estos avances tecnológicos permite una comunicación inmediata, anónima y sin fronteras a un coste muy bajo, lo que hace que puedan ser utilizadas por quienes desean llevar a cabo actividades delictivas contra menores con la impunidad que ofrece la distancia y el anonimato.

Las principales amenazas que suponen las nuevas tecnologías para los menores son:

- ¶ La explotación sexual infantil y su producto: la pornografía infantil.
- ¶ El acoso sexual a menores o grooming.
- ¶ La difusión de contenidos claramente perjudiciales para los menores como las páginas de apología de la anorexia, bulimia, autolesiones o del suicidio.
- ¶ La violencia de género a través de las nuevas tecnologías.

La "pornografía infantil" es un término extendido en España que se refiere a las imágenes de abusos y agresiones sexuales a niños y niñas, y que en el ámbito de la U.E. se conoce, de una forma más apropiada, como **Imágenes de Abuso Sexual Infantil**, que refleja de una forma más real la gravedad de este material y de las conductas que sufren las víctimas para su obtención.

La explotación sexual infantil online resulta por un lado un reto para los países "consumidores" de este tipo de imágenes, entre los que se encuentra España. Pese a que la mayoría de los abusos sexuales sobre niños que han originado estas imágenes se realizan en otros países, nuestro deber es contribuir a erradicar estos delitos mediante distintas medidas:

Por un lado perseguir a quienes en nuestro país, mediante la compra, distribución o simplemente su visionado contribuyen a mantener este círculo de consumidores, distribuidores y productores, fomentado por redes internacionales de pedofilia.

Por otro lado mediante la colaboración internacional para llegar a identificar a las víctimas y a los autores de estos delitos e impedir que continúen los abusos.

El acoso sexual a menores o grooming, representa una de las principales amenazas a la seguridad de los menores en su uso de las redes sociales y aplicaciones de comunicación online. La vulnerabilidad de los niños y niñas a estos delitos, puede explicarse por su baja percepción del riesgo al establecer relaciones en internet con personas a las que no conocen, la facilidad con que pueden ser engañados por adultos con mayor experiencia que ellos, y en ciertos casos a situaciones adicionales de vulnerabilidad de los niños como problemas familiares, personales o emocionales que son

aprovechados por los abusadores para ganarse su confianza, ofreciéndose como un apoyo o un salvador ante esos niños o adolescentes deseosos de alguien en quien confiar.

El mayor reto que presentan estos casos, desde el punto de vista policial, es su detección. El acoso se produce en un entorno privado, donde ni los padres, profesores o amigos suelen conocer el problema que está teniendo el menor, únicamente cuando la situación ha generado graves problemas físicos o psicológicos o en los peores casos tentativas de suicidio, su entorno es consciente de la situación que sufre el menor.

Una dificultad añadida para la investigación de estos casos de acoso es que cada vez más frecuentemente se realizan desde otros países, habitualmente desde los de habla hispana, por la similitud del idioma. Este hecho complica de forma notable la investigación de estos hechos por las diferentes legislaciones, procedimientos y recursos a la hora de perseguir estos delitos.

Internet permite el acceso a todo tipo de contenidos, algunos claramente perjudiciales para la integridad de los menores, como páginas web, blogs o foros donde se realiza una apología de la anorexia o bulimia, del selfinjuring o automutilación, del suicidio y de la pedofilia. Estas páginas son especialmente peligrosas para los menores que en busca de respuestas a sus problemas pueden encontrar consejos peligrosos para su integridad física o psicológica.

Las distintas legislaciones de los países donde se alojan estas páginas hace muy difícil, cuando no imposible, su cierre o bloqueo, lo que hace que la concienciación de los menores sea la solución más eficaz.

Por último la violencia de género es un problema cada vez con mayor incidencia entre los jóvenes, y las nuevas tecnologías han facilitado formas de control de las parejas que atentan contra la libertad de las mujeres, especialmente cuando se utilizan para acosarlas, amenazarlas u hostigarlas.

Frente a estas amenazas se hace necesaria más que nunca una actuación coordinada de todos los profesionales relacionados con la infancia, no cabe esperar a la denuncia de la víctima, ya que entonces el daño ya está hecho, la víctima ya ha sufrido el acoso, ha enviado imágenes íntimas que circularán por la red por tiempo indefinido y las secuelas serán de por vida. Por todo ello, la prevención debe ser la primera opción, y en esta línea se debe trabajar para concienciar a los menores sobre conductas que pueden ponerles en riesgo en internet y ofrecerles recursos a los que acudir cuando se sientan amenazados.

En la detección de estas situaciones, además de la policía, existen otros profesionales que pueden conocer que un niño está siendo víctima de situaciones de acoso en internet: educadores, personal sanitario y asistentes sociales, principalmente. La coordinación entre estos recursos exige el establecimiento de protocolos de actuación que permitan que una víctima sea atendida de forma conjunta, cada profesional en su ámbito y compartiendo la información necesaria para ofrecer a este menor la mejor atención posible. ●

Guía Clínica de Ciberacoso para Profesionales de la Salud

M^a Angustias Salmerón Ruiz

Pediatra adjunto de la Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Universitario La Paz. Coordinadora del Grupo de TIC de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Coordinadora y autora de la "Guía clínica sobre ciberacoso"

1. Introducción

La "Guía clínica sobre ciberacoso para profesionales de la salud" fue publicada en febrero de 2015, como fruto de la colaboración de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA), el Hospital Universitario La Paz y el Ministerio de Industria, Energía y Turismo a través de Red.es.

La guía ha sido realizada por un total de tres coordinadores y de once autores de diversas disciplinas: pediatras, psicólogos, psiquiatras, una abogada especialista en evidencias electrónicas y técnicos expertos en la seguridad de los menores en internet.

El objetivo de la guía es que los profesionales de la salud, principalmente médicos pediatras, médicos de familia o especialistas y personal de enfermería que atiendan a la población infanto-juvenil, dispongan de una guía completa para prevenir, diagnosticar y tratar el ciberacoso, tanto para la víctima como para el acosador y los observadores, abordando la problemática desde un punto de vista multidisciplinar y eminentemente práctico.

2. ¿Es el único riesgo que los menores pueden encontrar en internet?

Internet es una herramienta llena de oportunidades que ha avanzado enormemente en la última década, provocando que muchos adultos y profesionales de diferentes ámbitos que son responsables de educar y enseñar a los menores no tengan los conocimientos suficientes para garantizar un uso responsable y adecuado de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación).

Las TIC también tienen riesgos y es importante conocerlos para poder protegerse adecuadamente de ellos y es necesario que sean conocidos por los profesionales de la salud porque muchos de ellos impactan directamente y de forma negativa sobre el niño, su bienestar físico y mental. Para entender los riesgos de las TIC hay que diferenciar dos etapas diferentes:

¶1 En los menores de dos años. Es una etapa crucial en el desarrollo psicoevolutivo: el establecimiento del apego y el desarrollo del vínculo, el desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa junto con el establecimiento del lenguaje son imprescindibles en esta edad. Por otro lado el aprendizaje del control de las frustraciones y los tiempos es otro elemento básico. Se sabe que el uso de pantallas en esta edad de forma habitual interfiere directamente en el desarrollo y en el sueño, por tanto el mensaje es limitar su uso lo máximo posible.¹⁻⁵

¶1 En los preadolescentes y adolescentes. El riesgo más frecuente es el acceso a información inadecuada para la edad y el que entraña mayor riesgo es el ciberacoso por la alta probabilidad de depresión grave y suicidio. Pero no son los únicos: el uso adecuado de la identidad digital, adicciones a pan-



tallas y problemas relacionados con el sueño y la atención.⁶

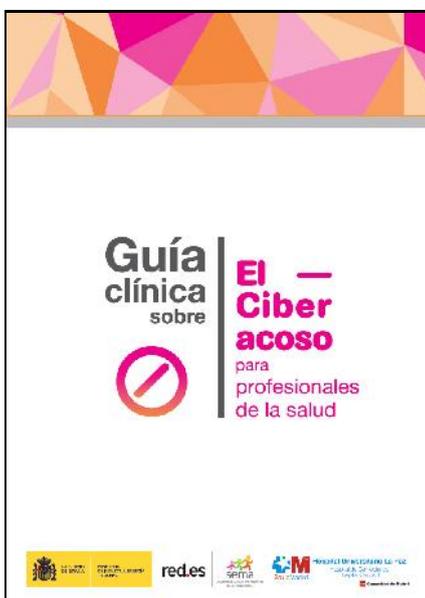
3. ¿Qué es el ciberacoso?

El ciberacoso es el acoso ejercido de forma reiterada a través de internet con la intencionalidad de provocar un daño.

Cuando el acosador y la víctima son menores y no existe un fin sexual se denomina ciberacoso escolar o cyberbullying. Si el acosador es un adulto o hay diferencia de edad entre el acosador y la víctima y existe un fin sexual, se denomina grooming.

4. ¿Por qué es importante que los profesionales de la salud conozcan el ciberacoso?

Es importante que los pediatras lo conozcan porque en múltiples ocasiones son los primeros profesionales consultados por algún tipo de patología psicósomática, como cefalea, dolor abdominal o insomnio, los cuales esconden detrás un caso de ciberacoso. Evidentemente, si no se sospecha, no se pregunta y por tanto, no se diagnostica. Ante dicha clínica hay que preguntar acerca del uso que el menor hace de las TIC. El principal riesgo del ciberacoso es la depresión grave y el suicidio. La Sociedad Americana de Psiquiatría en 2013⁸ y la OMS en 2014⁹ pusieron de manifiesto la necesidad de que los pediatras estén formados y en EEUU desde el año 2014 el ciberacoso está considerado un problema de salud pública y se pone de relevancia el papel del personal sanitario en su conjunto.



Por otro lado, el ciberacoso, al igual que el acoso escolar, es un tipo de maltrato y es labor de todos los adultos y en especial de los profesionales que trabajan con los menores, como el caso del pediatra, proteger los derechos del niño.

5. ¿Cuál es la función de los profesionales de la salud ante el ciberacoso?

¶1 Prevención primaria. Deben incluirse en los exámenes en salud aspectos preventivos sobre el uso, las oportunidades y los riesgos de las TIC en los menores, al igual que se hace en otros aspectos, como la educación vial o la prevención de los accidentes infantiles en el hogar. Por otra parte, deberían integrarse preguntas acerca de las TIC ante cualquier demanda de salud en edad adolescente.

¶1 Prevención secundaria. Diagnosticar precozmente los casos de ciberacoso. Ante cualquier síntoma sin causa aparente que persista en el tiempo hay que interrogar sobre la familia, la convivencia escolar, la red social y las TIC.

¶1 Prevención terciaria. Evitar las comorbilidades, la depresión grave y el suicidio.

¶1 La coordinación con otros profesionales como profesores, abogados, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y la familia es otra labor fundamental del pediatra.

6. ¿Cómo surgió la necesidad de una Guía de ciberacoso dirigida a los profesionales de la salud?

El primer caso diagnosticado en la Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Universitario La Paz fue en 2012. Era una patología nueva, de las que no se tenían referencias previas y la búsqueda de bibliografía era compleja, sobre todo en la terminología, la parte técnica y la legal.

Al aumentar el número de casos vistos en la Unidad, se detectó que síntomas frecuentes como el dolor de cabeza, dolor abdominal o problemas de sueño escondían un ciberacoso. Muchos de estos pacientes habían acudido a múltiples especialistas y se les habían realizado infinidad de pruebas diagnósticas, como el TAC craneal o la endoscopia

digestiva, sin haberse llegado al diagnóstico.

La dificultad en encontrar información, la gravedad del problema y la importancia de que los profesionales de la salud, en especial los pediatras, conozcan en profundidad el ciberacoso fue lo que impulsó a hacer una guía que abordara el ciberacoso en su conjunto.

7. ¿Qué dimensiones aborda la Guía?

La Guía aborda el ciberacoso en todas sus dimensiones, dirigida a los profesionales de la salud y enfocada a la prevención, diagnóstico y tratamiento, e incluye a todos los perfiles implicados: la víctima, el acosador y los observadores.

La guía aborda todos los aspectos que un pediatra debe conocer: la definición y los subtipos de ciberacoso, la epidemiología, características de los perfiles implicados, prácticas de riesgo asociadas, síntomas clínicos, historia clínica, actuación en consulta, tratamiento, proceso judicial y prevención.

Por otro lado, contiene dos anexos:

¶1 Herramientas en consulta: son fichas independientes para poder dar información en consulta a padres y pacientes que, por su interés, han sido separadas de la guía principal para su fácil manejo en la práctica clínica diaria.

¶1 Información para padres: Riesgos en Internet (educación en TIC).

¶1 Información para menores: Riesgos en Internet (educación en TIC).

¶1 Coordinación con centros educativos: ciberacoso escolar.

¶1 Información de cómo actuar ante el ciberacoso (padres).

¶1 Información de cómo actuar ante el ciberacoso para menores (víctima).

¶1 Información de cómo actuar ante el ciberacoso para menores (espectador).

¶1 Información de cómo actuar ante el ciberacoso para menores (acosador).

¶1 Un resumen de la legislación relacionada.

La guía se puede descargar en la página de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA), en el siguiente enlace: <http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=423>

y en www.chaval.es

<http://www.chaval.es/chavales/catalogoderecursos/nueva-gu%C3%AD-de-cl%C3%ADnica-sobre-el-ciberacoso-para-profesionales-de-la-salud>

Bibliografía

1. Byeon H, Hong S. Relationship between Television Viewing and Language Delay in Toddlers: Evidence from a Korea National Cross-Sectional Survey. *PLoS One*. 2015; 10(3):e0120663.
2. Radesky JS, Silverstein M, Zuckerman B, Christakis DA. Infant self-regulation and early childhood media exposure. *Pediatrics*. 2014;133(5):1172-8.
3. Anand V, Downs SM, Bauer NS, Carroll AE. Prevalence of infant television viewing and maternal depression symptoms. *J Dev Behav Pediatr*. 2014;35(3):216-24.
4. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Harrington A. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *J Behav Nutr Phys Act*. 2013;23:10:102.
5. Vanderloo LM. Screen-viewing among preschoolers in childcare: a systematic review. *BMC Pediatr*. 2014;16(14):1-16.
6. Salmerón Ruiz M.A. Grupo de Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA). *Adolescere*. 2015; III(1): 3-6.
7. Vanderloo LM, Kindrick K. Bullying, cyberbullying, and teen suicide: results from the 2011 youth risk behavior survey. Poster presented at: 166th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 18-22, 2013; San Francisco, CA. NR7-18
8. Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015.
9. WHO. Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. 2014. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>.

Ciudadanía Digital Ética: el Protagonismo del Alumnado

Proyecto de alumnos/as ayudantes TIC

José Antonio Luengo Latorre
Psicólogo y Asesor Técnico Docente en la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. Profesor de la Universidad Camilo Jose Cela



El desarrollo de las TIC y el uso (en ocasiones, abuso) que de ellas hacen nuestros chicos, chicas y adolescentes, supone un reto de envergadura en la definición de patrones de intervención por parte del mundo adulto y, en particular, de los centros educativos. El desarrollo de dos competencias básicas como el tratamiento de la información y competencia digital, y la competencia social y ciudadana representa, por definición y recorrido, un ámbito de trabajo esencial de las comunidades educativas en la búsqueda de protocolos y fórmulas que permitan ahondar en la mejor manera de llegar y profundizar en los formatos de educación y sensibilización en torno al uso de las TIC y la prevención de riesgos indeseables.

No hay nada como no asustar...

No hay día que no se hable de cómo las Tecnologías de la Información y la Comunicación (en adelante TIC) influyen de manera notable en la vida cotidiana de las personas. Una vez para bien, y, en otras ocasiones, como elemento de desarreglo de pautas esenciales en el desarrollo de procesos de vida íntima y, de modo singular, en el contexto de las relaciones humanas. Las TIC se han convertido en el *pegamento* que todo lo une. Para bien, o para mal. Todo parece pasar por ellas. Todo es explicable según sus parámetros de recorrido y alcance. Niños, niñas y adolescentes (aunque no sólo, claro) llevan las TIC en las venas. Casi desde que *nacen*. Regular su vida, sus contactos y relaciones, lo que saben de otros y, a veces, hasta de sí mismos. Son, casi por naturaleza, elementos activos de su ADN más social. Y, por supuesto, los adultos que somos su referencia, perdidos en un mar de dudas, incertidumbres, miedos y más miedos sobre lo que hacen, dicen, ven, leen, capturan e interpretan.

Miedos y más miedos sobre lo que hacen y dicen y con quién

lo hacen y dicen. Un miedo que hace mirar hacia otro lado, que asusta y paraliza. Un miedo que distrae de lo importante, de lo pertinente. Que traslada a los menores de edad toda la responsabilidad de lo que pasa. Como si nosotros, sus referentes próximos, padres madres y educadores, pudiésemos pasar de puntillas en el proceso. Sin más tarea que verles pasar, hacer. Y decir. Al final, como casi siempre, la culpa es de ellos. Que no saben, que no escuchan, que no se dejan aconsejar. O que se creen que lo saben todo. Los adultos, por decirlo de alguna manera, llevamos tiempo haciendo cosas, no obstante, intentando atajar terreno, evitar peligros y riesgos. Pero no parece que estemos acertando. Ni en las cosas que hacemos, ni en cómo lo hacemos. Los mensajes de los chicos y las chicas son claros. Los sermones sirven para lo que sirven, cuando sirven. La mera trasmisión de los riesgos, como quien avisa de los pozos insondables que nos encontraremos en nuestra vida, no parecen ser suficientes. Ni atinados. Y transferir miedos... tampoco funciona mucho, la verdad.

Hemos de caminar por otros senderos. Si nos preocupa qué hacen, pero sobre todo, qué van a hacer nuestros chicos y adolescentes en el mundo digital, hemos de afrontar el asunto como un reto educativo. Porque no es otra cosa. Porque se trata de educar. Y educar para la vida. La personal, la que forma parte de nuestros pensamientos y esencias emocionales. La que vive en lo íntimo que hay en mí. En lo privado. En todas esas cosas que forman parte de mi yo más nuclear. Y educar, también, como no puede ser de otra manera, para la vida con los demás. En el contexto de mis relaciones, de mi manera de percibir a los que me rodean, de mi concepto y experiencia de amistad, o interacción. Educar en la ética de las relaciones. En el respeto como corazón de un tejido tan vivo como un cuerpo humano.

El proyecto de ayudantes en TIC en la zona sur de Madrid¹

El proyecto de ayudantes en TIC² se inició en la zona sur de Madrid el pasado curso escolar, 2012-13. Nace en el marco de trabajo de las Mesas de salud locales, con la participación del Servicio de Unidad de Programas de la Dirección de Área Territorial Madrid Sur de la Consejería de Educación. Y se inicia con una experiencia concreta de relación entre el IES Prado de Santo Domingo y el CEIP Fernando de los Ríos de Alcorcón. Una experiencia³ definida a partir de un proyecto que concreta sus parámetros esenciales en los siguientes puntos:

¹ http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=503&Itemid=509

² En esta referencia pueden encontrarse los materiales que sirven de matriz al mismo, a saber, el propio proyecto, los materiales utilizados en las sesiones didácticas desarrolladas por los chicos y chicas de ESO en el tercer ciclo de educación primaria, documentos de evaluación y referencias teórico-prácticas de interés.

<http://blogluengo.blogspot.com.es/2013/02/proyecto-de-alumnos-ayudantes-en-tic.html>
<http://ayudantesticsur.blogspot.com/es/>

³ En la fecha de publicación de este artículo, el proyecto se está llevado a la práctica con la participación de 17 centros educativos y de más de 120 voluntarios de ESO como alumnos ayudantes.

- Ñ La idea de trabajo en el marco de y para el diseño y desarrollo de buenas prácticas, recogiendo la amplia trayectoria que, en materia de promoción de la convivencia, vienen desarrollando un buen número de centros educativos, singularmente IES, en el ámbito de la enseñanza pública, y no pocos centros concertados.
- Ñ La experiencia planteada incorpora, asimismo, las iniciativas puestas en práctica en materia de formación de alumnos ayudantes en los contenidos antes citados, trasladando el modelo de formación y ayuda en cascada al ámbito de las TIC y su uso por parte de niños y adolescentes.
- Ñ El objetivo, la configuración de equipos estables de apoyo que desarrollen actividades específicas de sensibilización e información en centros de educación primaria, concretamente en unidades de tercer ciclo de la etapa, sobre los usos y abusos de determinadas herramientas tecnológicas y, de modo específico, de promoción de sana ciudadanía digital y prevención de comportamientos inadecuados.
- Ñ El trabajo se desarrolla hablando *de* y trabajando *con* valores. No es a otro sitio al que se pretende ir. Primero, pensando en la intimidad, lo que es nuestro, lo privado, lo que forma parte de nuestra esencia, de nuestros sueños, nuestras ideas más propias. Nuestra imagen. Y reflexionar sobre nuestra exposición. Lo que decimos de nosotros, lo que mostramos, lo que nos mostramos. Datos, pensamientos, imágenes, anhelos, actividades. Y pensar, claro, en quiénes queremos ser en la red. Nuestra identidad en ella. Nuestras reservas y opciones de exposición. A los demás. A los conocidos y no conocidos. A unos amigos y *otros*.
- Ñ Segundo, adentrándonos en el respeto a los otros, a aquellos que comparten, de una u otra manera, nuestra vida. Alimentar la capacidad para pensar en los sentimientos de los demás, en sus pensamientos, en sus creencias. En lo que son y quieren ser. Y nutrir la competencia personal de ponerse en su lugar. La dignidad, insisto, en la base. La nuestra, la de los demás.
- Ñ La alfabetización digital, incluida la prevención de riesgos de mal uso, debe empezar pronto, y, de modo singular, en la educación primaria. Es en este contexto donde más oportunidades podemos encontrar para sembrar buenas prácticas, para dimensionar adecuadamente los riesgos de determinadas acciones.
- Ñ La prevención de los malos usos y de los abusos empieza, también, por abordar la tarea con los más pequeños. Es frecuente escuchar en los centros de educación infantil y primaria que no suele aparecer este tipo de problemas.
- Ñ La experiencia de formar a adolescentes para que ayuden a los más pequeños. Dar protagonismo a los chicos y las chicas, enseñarles a ayudar, a estar presentes y activos en situaciones en que el apoyo, el respeto y la solidaridad entre iguales es imprescindible. Las posibil-

idades de penetración que tienen las ideas cuando son expuestas por chicos como ellos, pero con más edad y más experiencia (sobre todo en cómo afrontar los riesgos y salir de situaciones embarazosas, o no meterse en ellas), son inagotables. Los pequeños escuchan, leen la realidad que les es explicada, con propias experiencias, en su lenguaje, con sus palabras, por quien es casi como ellos, está *casi* a su altura; por quien ha querido colaborar, ayudar, estar con ellos, aportándoles su experiencia, su interpretación de las cosas. Su discurso no suena a miedo; ni a lección, o reproche. Ni siquiera a consejo. Es un diálogo entre iguales.

Objetivos generales del proyecto

- Ñ Favorecer el análisis, reflexión y debate en los centros educativos sobre el uso saludable de las TIC, sus riesgos e inconvenientes.
- Ñ Analizar diferentes situaciones en las que el uso de las TIC se convierte en elemento de riesgo en el ámbito del comportamiento individual, las relaciones y la convivencia.
- Ñ Favorecer el desarrollo de actitudes y hábitos saludables de respeto, empatía y comportamiento *prosocial* entre el alumnado.
- Ñ Potenciar en la comunidad educativa la capacidad de interpretar y atender los procesos de interacción del alumnado en el entorno virtual.
- Ñ Desarrollar procesos de información y sensibilización en grupos de diferente edad. Actuar cuanto antes (en la educación primaria), con el protagonismo de los alumnos (utilizando la capacidad y experiencia de los alumnos ayudantes de ESO), y propiciando la colaboración entre centros diferentes.
- Ñ Desarrollar acciones educativas para la selección y formación de alumnos ayudantes en TIC de segundo ciclo de ESO y formación en contenidos y valores relacionados con el uso y abuso de las TIC por menores de edad.
- Ñ Implementar sesiones de información y sensibilización con alumnado de tercer ciclo de educación primaria con la participación expresa de alumnado ayudante de ESO como protagonistas activos del proceso.
- Ñ Elaborar materiales para la información, formación y sensibilización sobre los contenidos abordados para el desarrollo de posteriores propuestas formativas con alumnado de menor edad, padres y profesorado.
- Ñ Definir y elaborar el proyecto de intervención en el marco del desarrollo de buenas prácticas para su divulgación y extensión en red •

EL RETO GENERACIONAL DE LOS PADRES 2.0: LA EDUCACION DE LOS MENORES EN INTERNET

Albert Gimeno Garijo

Director de la ONG Padres 2.0

LA FAMILIA: AGENTE PREVENTIVO

Dentro de las funciones institucionales básicas de la familia, destaca su **función protectora**, donde ofrece seguridad contra los riesgos de la existencia, así como el cuidado de los hijos y ancianos, y su **función educativa**, con la transmisión de valores éticos, sociales y religiosos. Pero la familia también cumple una **función afectiva y emocional**: sólo en ella se da el "amor incondicional", que no espera nada a cambio lo que representa un activo social, a proteger y fomentar.

Por otra parte, están las **funciones humanizadoras** de la familia, entre las que se pueden destacar la personalización, donde el individuo encuentra en la familia la institución ideal para su desarrollo como persona; y la socialización: que donde el ser humano adquiere la experiencia de interrelacionarse con los demás, adquiriendo en dicha experiencia aptitudes y conocimientos para desenvolverse en sociedad.

Así pues, las madres y los padres se convierten en **agentes preventivos naturales** y pueden hacer una labor de prevención con sus hijos desde edades bien tempranas, continuada en el tiempo, e imprescindible para la prevención de conductas de riesgo, también en el entorno digital.

LAS TIC EN LA FAMILIA

Las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación), las llamadas "nuevas tecnologías", forman parte de nuestra vida y han cambiado la manera en que nos relacionamos con nuestro entorno próximo e, incluso, con personas ajenas al mismo con las que, de otro modo, la comunicación sería prácticamente imposible, y que entran a formar parte de nuestros círculos de interés.

El modo en el que las TIC han

irrupido en los hogares, marcando el ritmo de las relaciones familiares, hace necesario que las madres y padres de hoy asuman el liderazgo en la educación tecnológica de sus hijos y se conviertan en mediadores para recuperar el control sobre la convivencia familiar. Los niños están habituados a las TIC porque han nacido con ellas: son "nativos tecnológicos", pero ello no significa que también tengan asumidas las normas que han de seguir para hacer un buen uso de la tecnología, que les pueda evitar serios problemas en el futuro. Nada, por otra parte, diferente a la educación que, como padres, damos a nuestros hijos en otros ámbitos de la vida.

La educación TIC es un reto inevitable que han de asumir las madres y padres, con un doble papel: como primeros **agentes de protección** frente a los riesgos inherentes de Internet y como guías de uso seguro y saludable.

En ese proceso educativo, han de tener claro que van a surgir dificultades y nadie les puede asegurar al 100% que, el uso de Internet, esté exento de sufrir un accidente: por mucha pericia en el manejo de la tecnología que tengan, aunque conozcan los entresijos y el lenguaje de Internet al dedillo, por más cantidad de sistemas de seguridad activa y pasiva de que dispongan, siempre habrá un elemento externo, terceras personas navegando en la Red, que no podremos controlar.

LA EDUCACIÓN TIC EN LA FAMILIA

Dado que en España no contamos con una asignatura específica de educación TIC (petición que realizó Padres 2.0 en la Comisión sobre Redes Sociales en el Congreso de los Diputados) ni se trata ésta de manera transversal en la educación básica obligatoria (Primaria o Secundaria) nos corresponde a las madres y padres hacernos cargo de la misma.



Foto: Roberto Roca

Para ello, debemos actuar en diversos ejes:

a) Conocer la naturaleza y el lenguaje de Internet

Internet es inabarcable: lo que se comparte se hace de forma instantánea, se pierde el control de lo que se sube, todo lo digital se acelera, se amplifica y además se intensifican sus efectos.

b) Normalizar el uso de Internet en nuestra familia

Las TIC han de ser una herramienta más a nuestro servicio y su uso no ha de ser un fin en sí mismo. La tecnología ha de sernos útil y no causarnos conflictos. Cuando adoptemos una nueva tecnología o introduzcamos en nuestro hogar un nuevo dispositivo, hemos de establecer unas reglas de uso que faciliten el proceso de integración de los mismos en el día a día de nuestra familia.

c) Conocer el rol a desempeñar según la edad de nuestros hijos

A cada edad, nos corresponde un papel:

- En edades tempranas, hasta los 9 años, nos corresponde marcar el camino, libre 100% de peligros, por donde van a navegar. Descubrirán Internet a través tuyo y no harán

falta filtros parentales: el mejor control parental, eres tú.

- En la preadolescencia, de 10 a 13 años, seguiremos controlando y supervisando su navegación, dándoles autonomía solamente en sitios 100% confiables. Siempre darán cuenta de lo que ven y de lo que hacen en Internet, como síntoma de normalidad en la comunicación padres-hijos. Implantaremos las primeras normas de uso (horarios y contenidos) y corregiremos si se salen de la ruta trazada.

- En la adolescencia, de 14 a 17 años, hemos de demostrarles la confianza que depositamos en ellos dándoles mayor libertad en el uso de Internet, pero siempre estando receptivos y accesibles por si necesitan ayuda ante cualquier situación que no sepan resolver por sí mismos. Es el momento de transmitirles y enseñarles la importancia de cuidar su privacidad y reputación online.

d) Trabajar las 5 áreas principales en la educación tecnológica

1. Uso responsable

El uso responsable nos obliga a dar ejemplo y a establecer unas normas de uso de cada dispositivo tecnológico en casa. Estas normas se ajustarán a nuestros valores y principios haciéndoles entender a nuestros hijos del sentido y la necesidad de las mismas. Esas normas deberán ser sensibles a las necesidades evolutivas y concretas de nuestros hijos y abiertas al consenso.

2. Autoprotección

Consiste en saber transmitir a los hijos pautas que les ayuden a cuidar de su integridad online, a reconocer actitudes hostiles de terceros y a no dejarse amedrentar ni ceder a los chantajes ni amenazas.

3. Respeto a la privacidad propia y de terceros

Nuestro papel como padres implica enseñarles que la privacidad es necesaria para que podamos mantener relaciones variadas, y por tanto, que necesitamos tener control sobre las facetas que nosotros mismos enseñamos a cada persona.

4. Prevención de la salud

Diversos estudios relacionan el abuso de las TIC en los menores con problemas físicos como dolores musculares, cefaleas, sedentarismo, obesidad, sequedad ocular, trastornos del sueño...

Es necesario, por tanto, que los padres fomenten hábitos de vida saludables alejados de las pantallas, promoviendo actividades lúdicas y deportivas.

5. Prevención de los delitos en Internet

Amenazas, injurias, descarga de contenidos con derecho de autor, difundir fotos o vídeos de delitos, tenencia de pornografía infantil... Como dice el famoso principio de Derecho "*Ignorantia juris non excusat*": la ignorancia no exime del cumplimiento de la ley, por lo que los padres han de hacer saber a sus hijos de la importancia del respeto a la Ley, también en el mundo digital

e) Conocer y prevenir los riesgos más importantes para cada edad

Desde contenidos inapropiados, cyberbullying, sexting, adicción a Internet o a juegos online, acoso por parte de un adulto... es de vital importancia conocer a qué riesgos se exponen nuestros hijos cuando navegan por Internet, para poder realizar una prevención efectiva, minimizar los riesgos y tomar el control en caso de encontrarnos con una situación de este tipo.

LÍNEA DE AYUDA A LA INFANCIA FRENTE A LOS RIESGOS DE INTERNET

La ONG Padres 2.0 ha creado la **única Línea de Ayuda para la infancia en España** que atiende de manera integral y específica los conflictos generados por el uso de las TIC: ciberacoso, adicciones, acoso por parte de un adulto, suplantación de identidad, etc. ofreciendo **asistencia pedagógica**, mediación, **asistencia psicológica**, y **asistencia jurídica**.

Para combatir la problemática específica de Internet, esta Línea de Ayuda se organiza y actúa de la misma forma que Internet: una serie de nodos conectados entre sí pero independientes donde la falta de

uno de ellos no impide la comunicación del resto ni interrumpe el trabajo en red.

Un equipo de psicólogos, psicopedagogos, sexólogos, mediadores, trabajadores sociales, educadores en TIC, informáticos y especialistas en seguridad cibernética, atiende y resuelve las consultas que llegan a la Línea (<http://www.padres20.org/la-nina-de-la-tablet/>) por diversos canales: teléfono, email, formulario web, o Redes Sociales.

Además, cuenta con el apoyo de la Red de Expertos TIC de Padres 2.0 que atiende de forma presencial aquellos casos que así lo requieren. **Esta Red está operativa en 13 comunidades autónomas:** Comunitat Valenciana, Comunidad de Madrid, Catalunya, Euskadi, Navarra, Galicia, Andalucía, Canarias, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cantabria y Murcia.

Desde principios de 2015, atendemos también los casos que nos derivan desde el área de pediatría del **Hospital La Paz** en la Comunidad de Madrid.

Nuestra Línea de Ayuda recibe el nombre de "**La Niña de la Tablet**" (LNDLT) por la imagen que la identifica. Este elemento gráfico nos ayuda a "humanizar" y dotar de personalidad a la Línea lo que la hace más cercana y empática. Dispone de su propia cuenta de Twitter: <http://www.padres20.org/la-nina-de-la-tablet>

La Línea de Ayuda a la Infancia de Padres 2.0 cuenta con el patrocinio de Orange, el asesoramiento técnico del Colegio Oficial de la Psicología de Castilla-La Mancha, así como la colaboración de la web HABBO, la Fundación SEUR, Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana (Metrovalencia) y la Universitat Politècnica de València.

Esta Línea de Ayuda a la Infancia se nutre de la experiencia y del talento de sus voluntarios y colaboradores. Hacemos un llamamiento desde estas páginas a participar en ella a los profesionales de la salud para ayudar a niños y adolescentes: info@padres20.org

CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE CRISIS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Carmen Vidal Palacios.

Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.

El impacto de las crisis económicas en los diferentes países depende de la situación social y económica de partida antes de la crisis, de las desigualdades sociales previas, de los mecanismos de protección individuales, familiares y colectivos, y de las políticas públicas para combatirlos. En el 2007, previa al inicio de la crisis, el 16% de la población española ya estaba en situación de exclusión social.

La población infantil constituye uno de los grupos más vulnerables de la población en la actual crisis económica a pesar de que, no ha tenido ninguna participación en las causas que la generaron.

La austeridad presupuestaria en forma de recortes en el gasto público que la mayoría de los gobiernos de la Unión Europea ha realizado como respuesta a la crisis, no solo no reduce la pobreza, sino que crea más desigualdad tanto de forma directa, por el recorte de prestaciones y servicios básicos, como indirecta, relacionada con la caída de la producción y el empleo. España es el país de la Unión Europea donde más han aumentado las desigualdades sociales con la crisis.

Se sabe que 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.

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

Según la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas (CDN), que todos los países europeos han firmado y ratificado, todos los niños tienen derecho a desarrollar todo su potencial social,

emocional, cognitivo y físico, y a un nivel de vida adecuado, independientemente de las circunstancias de sus familias. La CDN les garantiza específicamente el derecho a la educación, a servicios de salud, a un hogar y a protección, a participar en las decisiones que les afectan, a jugar y tener tiempo libre, a una dieta equilibrada y a recibir cuidados en un entorno familiar. Además, en todas las acciones que afecten a los niños y las niñas, *el interés superior del menor* será la primera consideración.

PRINCIPALES RECORTES EN EL GASTO PÚBLICO DESDE EL INICIO DE LA CRISIS QUE PUEDEN TENER EFECTOS EN LA INFANCIA

■ **Reducción en los Presupuestos Generales del Estado:** Del 2011 y 2015 el gasto destinado a Educación descendió un 21,20%, el destinado a Cultura un 31,10%, Sanidad un 9,10%, a Servicios Sociales un 12,60%, etc.

■ **Sanidad:** Reducción de las prestaciones, copago farmacéutico, medicamentos retirados de la financiación pública, incremento alarmante 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, un calendario vacunal infantil unificado a la baja, etc.

■ **Educación:** Reducción del 36,5% y del 28,9% en los presupuestos de Educación Infantil y Primaria, recorte de 30-50% en becas comedor que han provocado una reducción de 100.000 comensales de Educación Primaria en solo dos cursos escolares, recorte en becas para libros y otro tipo de ayudas sociales para los niños de hogares más vulnerables, desaparición de las transferencias del Estado a las Comunidades Autónomas de 100 millones € como dotación del fondo para creación de plazas de educación infantil, etc.



■ **Social:** reducción del 43% de las transferencias de la Administración Central a las Comunidades en Servicios Sociales, reducción presupuesto en ayudas a las familias con hijos, reducción de 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 (2.500 €), reducción de un 42,5% de la atención a la familia y a la infancia, recorte de ayudas a la dependencia, etc.

■ **Aumento de Impuestos.** Encarecimiento de productos básicos.

TODAS ESTAS MEDIDAS DE AUSTRERIDAD, COMO TODOS OBSERVAMOS, INCREMENTAN LA DESIGUALDAD SOCIAL ¿QUÉ IMPACTO HAN TENIDO YA SOBRE LA INFANCIA?

EMPLEO

■ En España se han eliminado más de 3.5 millones de puestos de trabajo. La tasa de paro en 2013 (26,1%), 2014 (24%) de la población activa

■ Tras la reforma laboral 2012 el número de beneficiarios de prestaciones por desempleo que rozaba el 80% (2010), se ha reducido al 60% (2013)

■ Los hogares en los que todos sus miembros activos están en paro (2014) 1.793.600. 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

- El desempleo y el subempleo juvenil han alcanzado niveles alarmantes un 25,4% de los/as jóvenes entre 16 y 34 años no se encontraban estudiando en el curso académico 2012-2013 y tampoco tenían un empleo (2,6 millones de jóvenes)

- Precariedad del mercado laboral con elevada incidencia del empleo temporal y baja intensidad de empleo

INCREMENTO DE LA POBREZA

DATOS: La pobreza infantil ya era un grave problema estructural en España en los años de bonanza económica.

- 32,6% (2013) niños (de 0 a 17 años) en riesgo de pobreza o exclusión social (ARPE):

- 27,5% (2013) 2.306.000 niños en riesgo de pobreza relativa (que viven en hogares con una renta por debajo del 60% de la mediana nacional

- 8,3% (2013) <> 5,5% (2008) niños que viven en hogares con privación material severa:

- 13,8% (2012) <> 4,2% (2008) niños que viven en hogares con muy baja intensidad de trabajo

- 18,7% (2012) <> 17,1% (2008) niños que viven en hogares que sufren pobreza crónica

- 50,9% (2013) <> 44,1% (2009) hogares con niños de 0 a 17 años que no pueden permitirse una semana de vacaciones al año (fuera del hogar habitual)

- 46,9% (2013) <> 39,4% (2009) hogares con niños de 0 a 17 años que no pueden afrontar gastos imprevistos

- 77,3% (2013) niños en riesgo de pobreza en hogares con muy baja intensidad de trabajo:

- 13,6% (2013) hogares con niños, con adultos activos ocupados y en riesgo de pobreza

- 46% (2012) en riesgo de pobreza o exclusión social (ARPE) en la

población extranjera no comunitaria, >16 años

- 11,7 millones de personas (3,8 millones de hogares) están afectadas en España por distintos procesos de exclusión social, lo que supone 4,4 millones más que en 2007

- El 44% de las personas en exclusión social tiene menos de 29 años

- 6,4% de la población (2012) <> 3,5% (2007) sufre pobreza severa (viven < 307 € al mes)

- Diferente distribución de la pobreza según a Comunidad Autónoma, de cada 100 niños en riesgo de pobreza, 25 se encuentran en Andalucía, 15 en Cataluña, 10 en Valencia y 10 más en Madrid y el resto en las otras Comunidades Autónomas

- La pobreza energética se aprecia (2013) (21,5%) de los hogares entrevistados. Se estiman que un 70% de los incendios domésticos tiene como causa la pobreza

- Los desahucios, los impagos y las ejecuciones hipotecarias se han disparado en España (incremento 7,4%) en 2014

- Aumento muy acusado de la desigualdad en la distribución de la renta. En 2012, el 20% de la población con mayores rentas tenía unas rentas 7,2 veces más altas que el 20% de la población con rentas más bajas 5,7% (2008).

- Las dificultades para cubrir las necesidades alimentarias se han disparado a raíz de la crisis. La Federación de Bancos de Alimentos calcula haber repartido en 2012 unos 120 millones de kilos de comida, un 20% más que el año anterior

INE, ECV 2013. EUROSTAT, publicados 2014

SERVICIOS SANITARIOS

Los servicios sanitarios en España teóricamente tienen un papel amortiguador de los efectos negativos de las desigualdades sociales, dada su condición de universalidad y accesibilidad desde la Ley General de Sanidad de 1986. Sin embargo,

desde la aprobación del Real Decreto 16/1 2012 se ha cambiado el paradigma del sistema, volviendo a un sistema de asegurados y beneficiarios donde al menos 873.000 personas en España perdieron el derecho a la asistencia sanitaria en estos dos años de la entrada en vigor de dicho decreto.

Con el incremento de población que no puede comprar medicamentos debido a sus bajos ingresos y el incremento del copago, cabe prever el efecto negativo que este abandono de la medicación pueda tener en el medio o largo plazo en la salud de quienes necesitan estos medicamentos.

SALUD

- La crisis aumenta la inseguridad alimentaria, asociada a casos de subnutrición (insuficiente ingesta de alimentos para satisfacer las necesidades de energía alimentaria), de malnutrición (desequilibrio por deficiencia o exceso de energía y nutrientes ingeridos) e incluso de desnutrición (como consecuencia de la falta de ingesta de proteínas, calorías, energía y micronutrientes

- Los ciudadanos han cambiado sus hábitos de consumo para recortar gastos. Una de las consecuencias inmediatas es el cambio de pautas de alimentación, que puede llevar, paradójicamente, a la obesidad a las familias empobrecidas del primer mundo

- La crisis favorece la compra de productos menos nutritivos, altamente procesados y ricos en calorías, lo que contribuye a fomentar una alimentación poco saludable. Aumento de niñas y niños que no pueden acceder a la ingesta de carne, pollo, pescado o su equivalente vegetal al menos cada dos días

- Las condiciones de pobreza o estrés aumentan los casos de violencia, y en este caso, en gran medida contra los niños

- Uno de cada cinco hogares con exclusión hay problemas de salud mental. Hay un aumento consumo de antidepresivos, un 10% (2009-2012), con el incremento de la demanda por problemas de salud mental. Existe evidencia de que la crisis económica

puede aumentar la mortalidad por suicidios y los intentos de suicidio

■ Problemas de salud mental en los niños y adolescentes: ansiedad, consumo más prematuro de alcohol en adolescentes, como forma de escape a sus problemas

■ Los niños y las niñas nacidos en una situación pobreza tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas y una mala salud puede llevar a la transmisión de la pobreza a través de las generaciones, menos oportunidades y recursos para beneficiarse de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud incluso si el acceso universal a los servicios de salud está garantizado por ley

EDUCACIÓN

La educación es uno de los derechos de los niños y niñas que más capacidad tiene para romper el círculo de la pobreza y la exclusión social. Altos niveles de fracaso escolar (23,1% de los alumnos acaban ESO sin obtener la titulación), de abandono educativo temprano (el 23,5% no continúan los estudios)

CONCLUSIONES

Los niños acusan especialmente las carencias en los ingresos familiares. El aumento de la desigualdad es una de las amenazas más graves de las posibles secuelas de la crisis al largo plazo.

En la crisis económica actual disponemos, de momento, de pocos datos sobre las repercusiones en la salud infantil. Los efectos pueden demorarse incluso décadas en aparecer, como así se ha observado en las personas expuestas durante sus primeros años de vida a condiciones económicas adversas, como las que se dan en los periodos de crisis.

Es necesario desarrollar indicadores específicos para monitorizar el efecto de la crisis actual en la salud de la población general, y más específicamente de la población infantil.

La infancia debe ser, más que ningún otro periodo en la vida, una época de igualdad de oportunidades, que no debe depender sólo de los ingresos o las capacidades de los padres. No existe en España una política específica para abordar la pobreza infantil. Crecer en la pobreza, crecer sin las mismas oportunidades de acceso a la salud, o a una educación de calidad que otros niños implica un riesgo mucho mayor de tener unos resultados inferiores en los estudios, peor salud, menores ingresos, y de trasladar esas desventajas a la siguiente generación.

Instar a la puesta en marcha de una manera eficaz del *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) 2013-2016*, *Plan Estratégico Nacional de Inclusión Social (2013-2016)*, *el Plan contra la Pobreza Infantil y el Plan de Apoyo a las Familias*.

BIBLIOGRAFIA:

1. Los niños de la recesión. El impacto de la crisis económica en el bienestar infantil en los países ricos *El Report Card n.º 12 de Innocenti* ha sido escrito por Gonzalo Fanjul octubre de 2014

2. Informe SESPAS 2014. Crisis económica y salud .Gaceta sanitaria . Junio 2014; 8.(suppl. 1):1-146 <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-suplemento/sespas/S021391114X0004X>

3. Rajmil L. La crisis económica afecta la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras? *An pediatr (Barc)*. 2013; 79(4):205-207

4. González-Bueno G, Bello A. La Infancia en España 2014.- El valor social de los niños: hacia un Pacto de Estado por la Infancia. UNICEF. <http://www.unicef.es/pactoinfancia>

5. 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

6. La infancia en los presupuestos. Estimación de la inversión en políticas relacionadas con la infancia en España y su evolución entre 2007 y 2013, Cuadernos para el Debate nº 4, UNICEF Comité Español, Huygens Editorial.2015

7. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (PNAIN) del Reino de España 2013-2016 Ministerio de Sanidad 2014

8. Niñas y niños, los más vulnerables en todas las comunidades autónomas EL BIENESTAR DE LA INFANCIA EN ESPAÑA 2014 EDUCO

9. 2.826.549 razones la protección de la infancia frente a la pobreza: un derecho, una obligación y una inversión . Save the Children 2013

10. Pobreza infantil y exclusión social en Europa. Una cuestión de derechos. Save the Children 2014

11. II PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2013 - 2016 (II PENIA) http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf

12. Pobreza y exclusión social de la infancia en España. Instituto UAM-UNICEF de Necesidades y Derechos de la Infancia y la Adolescencia (IUNDIA) INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009 Ministerio de Sanidad y Política Social

12. Gentile A., Sanmartín Ortí A., Hernández Cordero A L. La sombra de la crisis. La sociedad española en el horizonte de 2018. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y juventud FAD, 2014. 67p., 24 cm. ISBN:978-84-92454-23-5

Valoración de la Situación Actual de la Infancia frente a la Pobreza y Desigualdad Económica

Francisco Jesús Alaminos Romero y Ainhoa Rodríguez de Cortázar

Observatorio de la Infancia en Andalucía. (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Numerosos estudios concluyen que la relación entre el bienestar infantil y la pobreza o desigualdad económica es de carácter multidimensional y exponen que estos niños y niñas que han sufrido la pobreza en sus familias suelen tener mayores desventajas que sus iguales sin problemas económicos, desventajas que se reflejan en aspectos principales relacionados con la salud, la calidad de la crianza, la seguridad y estabilidad, la calidad del entorno, la educación, etc. Estas desventajas les generan un impacto negativo que les perjudica notablemente, en el presente y en el futuro, condicionando su desarrollo, sus expectativas vitales, su salud física y mental o su esperanza de vida (EURONET, 2002). En estas edades, y especialmente en los primeros años de vida, son muy vulnerables a las consecuencias de la pobreza y exclusión social, ya que están en pleno crecimiento sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas (Brooks-Gunn y Duncan, 1997; Combs-Orme & Cains, 2006; Flores et al., 2014).

Para medir las situaciones de pobreza de los niños y niñas o de sus familias se utilizan indicadores basados en el nivel de renta de las familias obtenidos a partir de cuestionarios y registros administrativos, en España principalmente la adaptación de la *European Statistic on Income and Living Conditions* (EU-SILC), denominada Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)¹. UNICEF, en su estudio de 2007, evidenció que existe una estrecha relación entre el bienestar infantil declarado por los propios niños y niñas (índice de bienestar infantil) y los indicadores usuales utilizados por los países para medir la pobreza relativa (tasa de pobreza relativa, etc). De esta forma, países con mayores índices de bienestar infantil eran los países con menor tasa de pobreza y viceversa.

Pobreza Infantil y Desigualdad económica en Andalucía, España y Unión Europea

Los datos publicados en estadísticas oficiales sobre pobreza infantil muestran que en España la pobreza presenta una mayor incidencia en las personas menores de edad que en la población adulta en cualquiera de sus tasas. Así, el *riesgo de pobreza* o *tasa de pobreza relativa* es mayor entre los niños, niñas y jóvenes que en el resto



de grupos de edad. En Andalucía el 26% de las personas menores de 16 años (386.115 niños y niñas) y el 25% de las personas de 16 a 25 años se encuentran en riesgo de pobreza en 2013². Esta tasa es en 2013 siete puntos porcentuales más elevada que para la población general tanto en Andalucía como en España (Rodríguez, 2014).

Otros indicadores tratan de medir la exclusión social, la pobreza más intensa o más persistente. En 2013 el 35% de las personas menores de 16 años de Andalucía (medido bajo el umbral de Andalucía) y el 32% de las de España se encuentran *en riesgo de pobreza o exclusión social* (Tasa AROPE)³. El *riesgo de pobreza grave*⁴ en la infancia y adolescencia es más del doble en España que en la Unión Europea. El 14% de las personas menores de 18 años de España y el 7% de las de la UE están en riesgo de pobreza grave en 2013. En España hay más de un millón de menores en riesgo de pobreza grave en dicho año. En *riesgo de pobreza persistente o crónica* se encuentra casi una quinta parte de los niños, niñas y adolescentes de España en 2013. En 2012 el 19% de las personas menores de 18 años en España y el 14% de las y los menores de la UE han vivido por debajo del umbral de la pobreza durante al menos 3 años de los últimos 4 años (Rodríguez y Alaminos, 2014).

Además, en 2013 la mitad de los niños y niñas que están en riesgo de pobreza viven en hogares con ingresos son inferiores al 62% del umbral de pobreza de Andalucía, es decir menos de 4.055 al año por unidad de consumo

¹ Pertenece al conjunto de estadísticas armonizadas para los países de la Unión Europea

² Medición realizada bajo el umbral de Andalucía

³ La tasa AROPE es el porcentaje de personas que se encuentra en al menos una de las situaciones siguientes: 1) Vive en hogares sin empleo o con intensidad muy baja, donde sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia 2) se encuentran en riesgo de pobreza (en situación de pobreza relativa) 3) Se encuentran en privación material grave, es decir cumplen 4 o más de las situaciones siguientes: no pueden pagar el alquiler y facturas, calentar la vivienda, hacer frente a gastos imprevistos, comer carne, pescado o proteínas equivalentes al menos en días alternos, pasar una semana de vacaciones fuera del hogar, disponer de coche, disponer de lavadora, disponer de tv color, disponer de tlf fijo o móvil.

⁴ Hogares con ingresos por debajo del 40% de la renta mediana equivalente.

(1.217€ anuales por cada menor de 14 años y 2.028€ anuales para otras personas de 14 o más años) (Rodríguez y Alaminos, 2014).

Las *transferencias o prestaciones sociales* constituyen un importante pilar del sistema de protección social y contribuyen sin duda a reducir las desigualdades extremas. Sin transferencias sociales el riesgo de pobreza alcanzaría en 2013 al 43% de las personas menores de 16 años de Andalucía, es decir, la tasa de pobreza relativa sería 17 puntos porcentuales más alta que lo es actualmente. En España, el efecto de estas transferencias parece haber sido menor, contribuyendo tan sólo a reducir en 7 puntos porcentuales la tasa de pobreza relativa en menores de 16 años en 2012 y en 8 puntos porcentuales la tasa de pobreza infantil grave. En la Unión Europea reducen en 14 puntos porcentuales la tasa de pobreza infantil relativa y también en 14 puntos la tasa de pobreza grave (Rodríguez y Alaminos, 2014).

Hay que destacar que países como Dinamarca, Noruega, Finlandia, Estonia o Alemania presentan en 2012 no sólo tasas de pobreza infantil considerablemente más bajas que las obtenidas en España sino que además son mayores en la población general que en la infancia (Rodríguez, 2014).

Situaciones donde la pobreza tiene un mayor efecto

Algunas situaciones familiares parecen actuar como un factor de riesgo para ser niño o niña pobre o ser familia pobre y las tasas de pobreza son mayores en familias con estas características:

¶ *Hogares con hijos e hijas*: El riesgo de pobreza es mayor en hogares con hijos e hijas dependientes que en hogares sin ellos. Los hogares con hijos e hijas menores de 25 años inactivos económicamente presentan una tasa de pobreza relativa en Andalucía (24%) 11 puntos porcentuales superior a la de los hogares sin hijos e hijas (13%). Los hogares monoparentales con hijos e hijas dependientes son los que presentan mayor riesgo de pobreza persistente tanto en España como en la UE. En España el 29% de los mismos se encuentra en esta situación en 2012. También se encuentra en esta situación de riesgo de pobreza o exclusión social la mitad (50%) de los hogares monoparentales con hijos o hijas dependientes de la Comunidad Autónoma. De entre los hogares con hijos dependientes las familias numerosas (46%) y las monoparentales (35%*) son las que mayor riesgo de pobreza presentan en 2013 (Rodríguez y Alaminos, 2014).

¶ *Familias extranjeras o familias con bajo nivel de estudios*: Los hijos e hijas de personas extranjeras o con bajo nivel de estudios tienen aún más riesgo de pobreza que otros menores. En 2013 estaban en riesgo de pobreza el 51% de los niños y niñas con progenitores de nacionalidad extranjera en España y el 57% de los niños y niñas cuyos padres tienen bajo nivel de estudios (primer ciclo de secundaria como máximo). Con la crisis ha aumentado el riesgo de pobreza en estos colectivos (Rodríguez y Alaminos, 2014).

¶ *Hogares con carencias materiales y privación material severa*: En 2013 el 18% de los niños y niñas de Andalucía

vive en hogares que presentan retrasos en el pago de gastos relacionados con su vivienda (alquiler, hipoteca, facturas periódicas, etc.) y el 8% sufre pobreza energética. El 60% no pueden salir de vacaciones al menos una semana al año. El 8% de los niños y niñas menores de 16 años de Andalucía vive en hogares con carencia o privación material severa en 2013 (es decir, hogares que no disponen de recursos para hacer frente a cuatro o más de las siguientes situaciones: pagar el alquiler y facturas periódicas de la vivienda principal sin retraso; mantener una temperatura adecuada en su vivienda; afrontar gastos imprevistos; comer carne, pollo o pescado al menos una vez cada dos días; salir de vacaciones al menos una semana al año; disponer de automóvil; o disponer de ordenador). En España son unos 700 mil menores de 18 años en esta situación (Rodríguez y Alaminos, 2014).

¶ *Familias con desempleo y baja intensidad laboral*: Las tasas de paro en los hogares con hijos e hijas de Andalucía se han disparado a partir de 2007 llegando casi a triplicarse en 2013. La tasa de paro en hogares monoparentales con hijos e hijas menores de 23 años es del 46% y del 35% en parejas con hijos e hijas. El 58% de las y los menores de 18 años de España que viven en hogares con muy baja intensidad laboral se encuentran en riesgo de pobreza grave en 2012, y el 84% se encuentran en riesgo de pobreza relativa. La intensidad de la pobreza y las desigualdades económicas en Andalucía crecieron durante los primeros años de la crisis y alcanzaron su valor más elevado en 2011. En 2012 y 2013 se han reducido y acercándose a los niveles de España, donde por el contrario el crecimiento comenzó siendo menos acusado que en Andalucía pero hasta al menos 2012 se ha mantenido en aumento (Rodríguez y Alaminos, 2014).

La pobreza y desigualdad y su relación con el bienestar de la Infancia

A iguales características familiares, los niños y niñas que viven situaciones de pobreza extrema y/o crónica presentan peores resultados en distintos indicadores de bienestar infantil (Lera, 2009). Las desventajas se pueden poner de manifiesto en:

¶ *Educación*: Diversos estudios han analizado la relación entre la pobreza y la salud, los logros escolares o el comportamiento de los niños y niñas (Brooks-Gunn y Duncan, 1997). Los niños y niñas que asisten a colegios en áreas desfavorecidas o que cuentan con mayores desventajas personales, debidas o agravadas por la situación de pobreza o desigualdad, obtienen peores resultados académicos.

¶ *Salud física y emocional*: La pobreza en el embarazo puede causar que el feto se desarrolle por debajo del nivel óptimo, ya sea por carencias nutricionales, por estrés materno, mayor probabilidad de que la madre fume, falta de ejercicio o asistencia prenatal insuficiente (Marmot & Wilkinson, 2003). Un desarrollo fetal pobre supone un riesgo para la salud en la vida posterior.

¶ *La experiencia infantil condiciona la salud adulta*. Los aportes sensoriales, cognitivos y emocionales programan las respuestas del cerebro. El crecimiento físico lento o retrasado durante la infancia está asociado con un desa-

rollo limitado del sistema cardiovascular, respiratorio, renal y pancreático, lo que aumenta el riesgo de enfermedades durante la vida adulta (Wilkinson & Marmot, 2003).

¶ *La preocupación y los sentimientos de culpabilidad son habituales en familias que viven en situaciones de pobreza extrema. No poder satisfacer las necesidades básicas genera desesperanza y un estrés permanente que influyen en el "tipo de vínculo afectivo" que establecen. Esto puede producir desequilibrios en su desarrollo emocional (Rodríguez, Guzmán y Yela, 2012).*

¶ *Alimentación y condiciones de vida:* La humedad y el frío en la vivienda aumentan el riesgo de infecciones, la escasez de espacios para el juego o la falta de supervisión pueden derivar en mayor riesgo de accidentes y la comida inapropiada o insuficiente se relaciona con obesidad o malnutrición (Díaz y Campo, 2007).

¶ *Acceso a recursos:* De cualquier modo, la influencia de la pobreza en la salud y en el bienestar infantil está mediada por las posibilidades de acceso a recursos sociales que permitan a las familias tomar las mejores decisiones para el interés de sus niños y niñas, contar con apoyo en la crianza, con atención pediátrica y con educación de calidad (Hertzman, 2010).

¶ *Desigualdad:* En los trabajos de Wilkinson y Pickett (2009) se pone de manifiesto que no es tanto la pobreza -salvo en sus niveles más agudos- como las desigualdades económicas en el seno de una sociedad las que condicionan cuestiones como el rendimiento escolar, los embarazos adolescentes, la salud mental, el consumo de drogas o la conflictividad juvenil.

¶ *Condicionamiento o inmovilidad social:* La transmisión generacional de la pobreza en España ha sido analizada por el Instituto Nacional de Estadística (2008), encontrando que; la pobreza persistente en la adolescencia y el nivel de estudios del padre influye en el nivel académico y la posición económica alcanzados en la madurez.

La inversión en políticas de infancia en España

En el año 2013 el gasto total realizado por la Administración General del Estado y de las 17 Comunidades Autónomas en políticas relacionadas con la infancia -la educación, la salud, el bienestar social (incluyendo los programas de protección de la infancia y la familia) y la seguridad social o las prestaciones- en el conjunto del territorio español fue 39.536.775.212€. Esta inversión fue un 16,4% menor que en 2010 o un 7,7% menor que en 2007, año en el que aún no se había iniciado la crisis económica (CEET, 2015; OIA, 2015).

La distribución por áreas fue la siguiente: educación (61,6%), salud (16,8%), prestaciones sociales (14,4%) y bienestar social (7,3%). El presupuesto en educación, salud y bienestar social aumentaron entre 2007 y 2010 para después disminuir en 2013 hasta niveles inferiores a 2007 y las prestaciones sociales aumentan en el primer tramo (2007-2010) para después mantenerse prácticamente constantes entre 2010 y 2013. Ganan peso, pues, las Prestaciones económicas y lo pierde fundamentalmente la Educación que, absorbiendo más de 6 de cada

10 Euros, es la que mayor recorte ha experimentado (unos 6.000 millones de euros entre 2010 y 2013). Destaca asimismo la evolución del área Bienestar social, que, siendo el menor en tamaño, es también uno de los que sufren importantes recortes (CEET, 2015; OIA, 2015).

Esta reducción económica en políticas de infancia no sólo ha podido restar capacidad a la respuesta de la administración para la corrección de las desventajas de las poblaciones más vulnerables entre las que se encuentra la infancia sino que probablemente han incrementado esta situación de desigualdad.

Programas específicos contra la pobreza y desigualdad de la Administración pública Andaluza

Desde la Comunidad Autónoma Andaluza se han realizado programas y acciones especiales para afrontar las situaciones de pobreza, especialmente para las familias con niños y niñas.

- *Ayudas Económicas Familiares:* para familias con menores a su cargo que carecen de recursos económicos suficientes para atender sus necesidades básicas (crianza, alimentación, higiene, vestido y calzado). Estas ayudas están integradas en el sistema de financiación de los SSCC (BOJA nº 204 de 16/10/2013).

- *Plan Extraordinario de Solidaridad y Garantía Alimentaria:* Para garantizar las necesidades alimentarias básicas de personas y familias en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo. El programa actúa en dos líneas principalmente, por un lado trata de promover la concienciación social, el impulso del voluntariado y el apoyo a las entidades integradas en la Red de Solidaridad y Garantía Alimentaria de Andalucía. También asegurar la garantía alimentaria a colectivos especialmente vulnerables y personas con escasos recursos económicos, especialmente en las zonas con necesidades de transformación social. Y por otro cuenta con el aumento tanto de las ayudas económicas familiares como en el número de centros de participación activa que ofrece el Servicio de Comedor o las acciones de refuerzo de la alimentación infantil en los centros docentes (Portal de la Junta de Andalucía, 2015).

Finalmente la futura *Alianza para la lucha contra la pobreza infantil* (2014) en Andalucía se configura como un gran pacto social que busca aunar los esfuerzos de las administraciones públicas y actores sociales a favor de disminuir la pobreza infantil, especialmente la que afecta a niños y niñas en situación de privación material severa, actuando desde diversos ejes: Servicios Sociales, Educación, Salud, Vivienda y Potencialidades ciudadanas y nuevas formas de gobernanza. Esta alianza implicaría el compromiso tanto de la Junta de Andalucía, a través de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Consejería de Educación, Cultura y Deporte, Consejería de Fomento y Vivienda, Consejería de Administración Local y Relaciones Institucionales como Corporaciones Locales, Defensor del Menor en Andalucía, empresas de producción distribución alimentaria, Organizaciones no gubernamentales y entidades Financieras •

(Ver Bibliografía en la página siguiente)

BIBLIOGRAFÍA

Brooks-Gunn, J. y Duncan, G.J. (1997). The Effects of Poverty on Children. The Future of Children. Children and Poverty, 7 (2), 55-71.

BOJA nº 204 de 16/10/2013. Orden de 10 de octubre de 2013, por la que se regulan las Ayudas Económicas Familiares y su gestión mediante la cooperación entre la Junta de Andalucía y las Entidades Locales. En:

<http://juntadeandalucia.es/boja/2013/204/1>

CEET. Centro de Estudios Económicos Tomillo. González Gago, E. y González Olcoz, S. (2015). La infancia en los presupuestos. Estimación de la inversión en políticas relacionadas con la infancia en España y su evolución entre 2007 y 2013. Cuadernos para el debate nº 4. Barcelona: Hygens Editorial. En:

<https://www.unicef.es/infancia-en-los-presupuestos>

Combs-Orme, T. & Cain, D. S. (2006). Poverty and the Daily Lives of Infants. Journal of Children & Poverty, 12(1), 1-20. En: http://trace.tennessee.edu/utk_socipubs/15

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (2014) Alianza para la lucha contra la pobreza infantil en Andalucía. Plan de acción. Dossier de Prensa. Sevilla. Junta de Andalucía.

Díaz Huertas, J. A. y Campo Barasoain, A. (2007). "Pobreza y exclusión en la infancia". En VV.AA. Informe Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad [SIAS] nº 5, Calidad, Género y Equidad en la Atención Integral a la Salud de la Infancia y Adolescencia. (pp. 36-50). Madrid: Sociedad de Pediatría Social, Ministerio de Sanidad y Consumo.

European Children Network [EURONET]. (2002). ¿Incluimos a los niños? Por un enfoque coherente de la pobreza y la exclusión social de la infancia en Europa. En: <http://www.crin.org/docs/IncludingChildrenSPA.pdf>

Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los "niños y niñas de la crisis" Informe SESPAS 2014. Gac.Sanit.2014; 28(S1):132-136.

Hertzman, C. (2010). Framework for the Social Determinants of Early Child Development. Encyclopedia on Early Childhood Development. En: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/HertzmanANGxp.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, INE. (2008). Transmisión generacional de la pobreza. Resultados basados en el módulo adicional de la encuesta de condiciones de vida 2005. En: http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/transmision_g.pdf

Observatorio de la Infancia (2015). Preguntas y Respuestas nº 65. Evolución de la inversión en políticas de infancia en España entre 2007 y 2013. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. En: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4583

Observatorio de la Infancia (2015). Preguntas y Respuestas nº 66. Inversión en políticas de infancia por áreas (euros constantes). España, 2007-2013. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. En: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4601

Portal de la Junta de Andalucía. Medidas contra la exclusión social. En: <http://juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/minorias/medidas-exclusion-social.html>

Rodríguez Betancourt, H.Y., Guzmán Verbel, L., Yela Solano, N.P. (2012). Factores personales que influyen en el desarrollo de la resiliencia en niños y niñas en edades comprendidas entre 7 y 12 años que se desarrollan en extrema pobreza. International Journal of Psychological Research, 5 (2), 98 - 107.

Rodríguez, A. y Alaminos, F. (2014). Pobreza Infantil y Desigualdad Económica. Cifras y Datos nº 11. Granada: Observatorio de la Infancia en Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. En: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4408

Rodríguez, A. (2014). Pobreza infantil, desigualdades económicas y su relación con la salud infanto-juvenil. Presentación en XX Jornada de atención integral infanto-juvenil en el SSPA. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. En: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4407

Rodríguez, A., Ruiz, B. y Alaminos, F. (2013). Pobreza y Desigualdad. Cifras y Datos nº 10, Granada: Observatorio de la Infancia en Andalucía. En: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3821

UNICEF, Oficina de Investigación. (2007). Bienestar infantil en los países ricos. Un panorama comparativo. Report card nº 11. Florencia: INNOCENTI.

Wilkinson, R. y Marmot, M. (ed.s) (2003). Social Determinants of Health. The solid fact. Copenhagen: WHO.

Wilkinson R, Pickett K (2009). Desigualdad. Un análisis de la infelicidad colectiva. Madrid: Turner.

COMEDORES ESCOLARES Y CRISIS

Leandro Castro

Médico Puericultor. Médico Escolar de los Equipos de Orientación Educativa (EOE) de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Coordinador del EOE Sevilla San Pablo Santa Justa. Presidente de la Federación Andaluza de Medicina Escolar. Asesor de la Fundación Gota de Leche.

En 1985 el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía publica un trabajo de los doctores Joaquín Cravioto y Ramiro Arrieta titulado *Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje*, que había sido galardonado con el Premio Reina Sofía 1984 de investigación en materia de prevención de la subnormalidad, como se denominaba entonces. Hemos sido capaces de desterrar términos que pueden resultar peyorativos como subnormalidad o minusvalía pero hemos sido incapaces de desterrar el hambre y la malnutrición. Treinta años después la crisis económica ha devuelto a muchos hogares españoles al punto de partida. Las necesidades primarias, comida, techo y vestido, son, nuevamente, la prioridad en muchas familias de nuestro entorno. Familias que, a duras penas, pueden ofrecer a sus hijos e hijas unas condiciones que garanticen su óptimo desarrollo.

En estos años, la inversión de la Administración Educativa para la prevención de las dificultades de aprendizaje y los trastornos de conducta ha sido, sin parangón, la más importante de nuestra historia. Recursos materiales y humanos, sin precedentes, confieren a nuestro sistema educativo un alto grado de especialización para la atención de la infancia con necesidades educativas especiales. Muchos de nuestros centros educativos cuentan en su plantilla con maestros/as especialistas en pedagogía terapéutica (PT) para apoyar al alumnado con dificultades de aprendizaje, maestros/as especialistas en audición u lenguaje (AL) para el alumnado con trastornos en la comunicación y monitores/as escolares para el alumnado con problemas para la autonomía personal. Además de una red de servicios de apoyo externos que pueden incluir desde pedagogos/as, psicopedagogos/as, psicólogos/as, médicos/as, enfermeros/as, fisioterapeutas, profesores/ras de ciegos, profesores/as de lenguaje de signos o profesio-

res/as para el alumnado no castellano parlante hasta maestro/as hospitalarios y maestros/as domiciliarios. Una ingente cantidad de recursos con resultados difíciles de evaluar pero que, en el mejor de los casos, evitará y compensará la dificultad sólo parcialmente.

Nadie puede cuestionar que la mejor prevención de los trastornos del desarrollo y el aprendizaje pasa, ineludiblemente, por una alimentación equilibrada durante la infancia. Es por eso de suma importancia contar con mecanismos que garanticen una adecuada nutrición de los niños/as con riesgo de exclusión social. El derecho de la infancia a una alimentación equilibrada es requisito indispensable para que los niños y las niñas de hoy tengan futuro.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) publicó el pasado mes de marzo un documento en el que alerta que hay pruebas científicas suficientes para afirmar que el grado de pobreza infantil alcanzado en España dejará efectos indelebles en la salud de los niños a lo largo de la vida. Recuerda que la exposición a situaciones de privación y desigualdad social tiene efectos negativos sobre el lenguaje y el desarrollo cognitivo, físico, social y emocional, tanto más irreversibles y definitivos cuanto más precoz sea la exposición.

En abril de 2013 la Junta de Andalucía pone en marcha el Plan Extraordinario de Solidaridad y Garantía Alimentaria (SYGA) con medidas extraordinarias y urgentes para la lucha contra la exclusión social regulada por el Decreto Ley 7/2013 y prorrogado en el Decreto Ley 8/2014, para garantizar las necesidades alimentarias básicas de las personas y familias en situación de exclusión social o en riesgo de padecerla. El plan, que se dirige a colectivos especialmente vulnerables, entre otras medidas contempla atender las necesidades de ali-

mentación básicas de las personas menores que se encuentren en una situación de exclusión social o en riesgo de padecerla. Para ello se proporcionará refuerzo en la alimentación infantil en los colegios públicos de educación infantil y primaria que dispongan de servicio de comedor. Dicho refuerzo consistirá en proporcionar además del almuerzo, el desayuno y la merienda, de tal forma que se garanticen tres comidas diarias a aquellas personas que determina en los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes al ámbito territorial del respectivo Centro Educativo.

El alumnado que asiste al comedor escolar lo puede hacer en condiciones distintas:

- Ñ Alumnado que abona íntegramente el servicio de comedor.
- Ñ Alumnado que tiene subvencionado el servicio de comedor entre un 10% a un 100%, dependiendo de los ingresos de la unidad familiar.
- Ñ Alumnado que tiene subvencionado al 100% el servicio de comedor, por encontrarse en situación de exclusión social o riesgo de padecerla. Además el almuerzo se complementa con un picnic para garantizar, al menos, tres comidas al día (Plan SYGA).

Las medidas para paliar los efectos negativos de la crisis sobre la alimentación durante la infancia precisa, al menos, tres medidas concretas:

- B? La Administración Pública debe garantizar una alimentación equilibrada para la infancia con riesgo de exclusión social utilizando la red de comedores escolares en los centros educativos sostenidos con fondos públicos.

C? En los periodos no lectivos, especialmente las vacaciones de verano, la Administración Pública debe contar con un sistema alternativo de comedores para garantizar una alimentación equilibrada, ya sea en campamentos de verano, rurales o urbanos, pudiéndose utilizar incluso las instalaciones de los centros educativos.

D? Dado que la repercusión negativa que sobre el desarrollo de una nutrición deficiente es más grave cuanto más precoz sea la privación, es crucial que la garantía alimentaria contemple este periodo, ya que la etapa educativa de 0 a 3 años las Escuelas infantiles tienen distinta titularidad •

BIBLIOGRAFIA

Cravioto, J. y Arrieta, R.: *Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid, 1985.

Informe SESPAS 2015 sobre pobreza infantil y salud. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, 2015.

Decreto Ley 7/2013, de 30 de abril, de medidas extraordinarias y urgentes para la lucha contra la exclusión social en Andalucía.

Decreto Ley 8/2014, de 10 de junio, de medidas extraordinarias y urgentes para la inclusión social a través del empleo y el fomento de la solidaridad en Andalucía.

CUENTO

MOSQUITO

por **Leandro Castro**

Era un niño pequeño, bajo, delgado, pálido y ojeroso. Tan menudo que todos en el colegio le llamaban Mosquito. Su expresión era una mezcla de tristeza y resignación.

¡Cuidado! no te vayas a romper un hueso al saltar del escalón, le decían con sorna. Agárrate a la columna, que se ha levantado viento. Todas las bromas eran para Mosquito. La debilidad es un imán para el travieso.

En educación física era un desastre. El equipo en el que juegue Mosquito pierde, repetían día tras día. Él lo encajaba con entereza. Otra cosa no pero tesón sí que tenía. Se reponía de los empujones, las caídas y los tropezones. Los deportes de contacto no eran lo suyo pero no evitaba ninguna actividad por más penosa que fuera.

Tampoco en otras asignaturas le iba mejor. ¡No te distraigas!, ¡atiende!, le decía la maestra. Es de esos niños que se distrae con el vuelo de una mosca. En las operaciones matemáticas se perdía en el desarrollo, del análisis de texto no extraía lo esencial del relato. Dificultades que hundirían a cualquiera, él las salvaba como salta los obstáculos un atleta para llegar a la meta.

No puedes venir sin lápiz ni bolígrafo. Dile a tu madre que te lo compre. Los libros y los cuadernos te los da el colegio pero los materiales personales los tienes que traer tú. Eso mismo le decían continuamente pero de poco servía. Me ha dicho mi madre que me lo va a comprar.

Nada le desanimaba. Cada mañana, a las nueve en punto entraba en el colegio. Hiciese frío o calor, lluvia o nieve, huelga o víspera de festivo; siempre que hubiese clase allí estaba él. Las vacaciones no le agradaban y mientras para otros la enfermedad es el refugio de una cama caliente, pereza y mimos, para él era un castigo. Muy enfermo tenía que encontrarse para faltar a clase.

Eso no lo entendía nadie. Quién en su sano juicio se da un madrugón sumamente desagradable, cuando puede quedarse acostado. Con la actividad física no se puede decir que disfrutara. En clase, cuando no estaba en las nubes le estaban regañando. En el recreo deambulaba sólo como alma en pena. Mosquito, le preguntaron los compañeros intrigados, ¿qué es lo que más te gusta del colegio? El comedor, respondió con prontitud •

ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN DIFERENTES ESCENARIOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Raquel Angulo González de Lara. FEA pediatría. APES Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

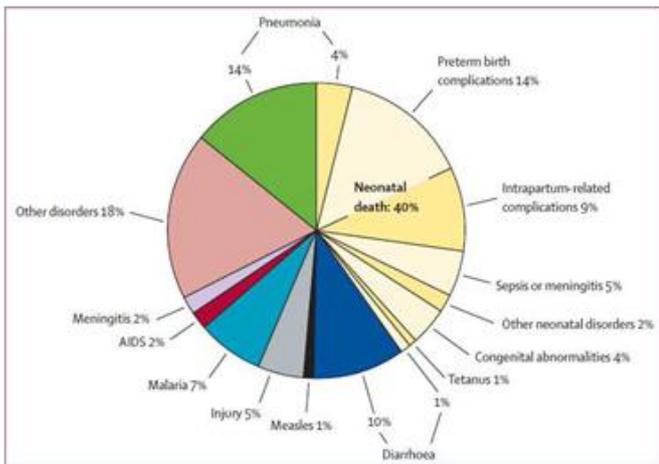
En el año 2000, en la Cumbre del Milenio, los países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir los objetivos del Milenio para el año 2015. Entre dichos objetivos se incluyen algunos como son: erradicar la pobreza extrema, combatir enfermedades como el SIDA o el paludismo y reducir la mortalidad infantil. Es un hecho obvio que estos objetivos a día de hoy no se han conseguido, aunque bien es cierto que la mortalidad infantil ha experimentado una tendencia decreciente, las cifras aún son mucho más elevadas de las que deberíamos permitir.

Dentro de los principales indicadores de salud infantil se incluyen:

1. Tasa de mortalidad en niños <5 años.
2. Tasa de mortalidad neonatal
3. La cobertura vacunal del país (sobretudo frente al sarampión)
4. Las tasas de mortalidad específicas para neumonía y diarrea.

Cuando pensamos en la morbimortalidad en países en vías de desarrollo nos vienen a la cabeza patologías tropicales como la malaria, el Chagas...pero lo cierto es que la mayor mortalidad en el grupo más vulnerable, que son los menores de 5 años, ocurre por patologías tan frecuentes en nuestro medio y tan fácilmente tratables como una neumonía (responsable de hasta un 18 % de estas muertes) o por diarreas (causa de un 11 % de muertes). Un 40 % de las muertes ocurren en periodo neonatal. 35 % de estas muertes son debidas a un estado de malnutrición subyacente.

La distribución de la mortalidad a nivel mundial es desigual, concentrándose las muertes en África subsahariana y en el sur de India. Si comparamos un país desarrollado con otro en vías de desarrollo podemos observar como, mientras en un país como Etiopía hay 106 muertes por cada 1000 nacidos vivos, en Alemania hay 4 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Mientras en Etiopía mueren un 21 % de niños menores de 5 años por neumonía y un 14 % por diarrea, en Alemania mueren tan sólo un 2 % de niños por neumonía y menos de un 1 % por diarrea.



Causas globales de mortandad infantil en 2010

Más del 80 % del total de muertes por diarrea a nivel mundial

se dan África y en el sur de Asia. Sin embargo, la gran contradicción viene cuando observamos los datos de los recursos sanitarios, que siguen una distribución totalmente inversa, existiendo una escasez importante de sistemas de salud, precisamente en esas áreas con mayor mortalidad.

Con medidas muy sencillas podríamos reducir el número de muertes. La mortalidad perinatal disminuye con los días de vida. La atención domiciliaria al recién nacido puede prevenir entre el 30 y el 60 % de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada. La rehidratación oral podría evitar más del 15 % de las muertes, el factor protector de la lactancia materna evita entre un 10 y un 15 %, los materiales tratados con insecticidas evitan entre 5-10 % y la antibioterapia para neumonías evita más del 5% de esas muertes.

Todo esto parece pura teoría pero, cuando estás en terreno, realmente te haces cociente del impacto de los pequeños actos. Salimos de un hospital de referencia, acostumbrados a solicitar todo tipo de pruebas complementarias, a estar repaldados por otros compañeros y por personal de enfermería, que hábilmente canaliza vías y administra la medicación que prescribes y, de repente, llegas a una zona inhóspita, en ocasiones completamente aislada donde, con frecuencia, eres el único sanitario en muchos kilómetros de distancia, tú eres el pediatra, el ginecólogo, el cirujano, el enfermero...y apenas cuentas con recursos diagnósticos ni terapéuticos. Todo esto constituye un enorme aprendizaje pero, sobre todo, una lección de vida. Hay que aprender a valerse de lo que se tiene, de tus manos, de tus ojos...valoras más que nunca la sonrisa aprobadora de esa madre agradecida que se pone en tus manos, sin saber el miedo que tienes porque, a pesar de que creas que no tienes nada que ofrecerles, ya reciben mucho más de lo que tendrían si tú no estuvieras allí. Pero, sin duda, quien más se llevará siempre en todo este camino eres tú, cooperante. Aprendes a canalizar vías, a improvisar un pleurevac, a suturar, a sacar cuerpos extraños de los lugares menos pensados... pero, sobre todo, aprendes lo poco conscientes que somos de la enorme suerte por todo lo que tenemos en nuestros países. Tienes momentos de risas, de miedo, de llanto, de sentirte perdida, de echar de menos a los tuyos, de preguntarte qué haces allí en ese lugar perdido, qué harás con tu vida a la vuelta... pero, ante todo, despiertas cada mañana agradecida de estar allí, de sentirte tan viva y tan necesaria. El escuchar al abrir los ojos un "namaste", un "jambo", oler especias, oír *imanes* rezando... te recuerda dónde estás. Yo soñaba con trabajar como cooperante, pero encontré poco apoyo en mi decisión y muy pocos, aunque sabios consejeros.

Hoy, con mi recortada experiencia (espero poder acumular mucha más), quiero ser testimonio de que otro mundo existe ahí fuera y tender mi mano a todo el que quiera saber más de él y ojalá despertar y orientar otras vocaciones cooperantes.

India fue mi primer proyecto. Un proyecto de malnutrición crónica ubicado en el estado de Bihar. Abierto por Médicos sin Fronteras con la finalidad clínica de tratar a los malnutridos, pero también con un objetivo importante, denunciar las altas tasas de malnutrición infantil que el gobierno indio insistía en negar. Existen 8 millones de malnutridos severos en India, 800.000 en Bihar. 56 % de los niños en Bihar son mal-



Foto: India

y con un nivel considerable de corrupción, hizo que fuera un trabajo especialmente arduo.

La educación en salud sobre higiene y alimentación es uno de los pilares de este proyecto, pero otro obstáculo importante para lograr renutrir a estos niños es el bajo acceso a fuentes seguras de agua. Un 50 % de la población en India y, hasta un 80 % en área rural, carece de letrinas, con lo cual, a pesar de la educación impartida, resulta difícil evitar que los niños enfermen con diarreas y vuelvan a malnutrirse.

Me alegra decir que hace un año se abrió una UCI pediátrica en el hospital de referencia de Darbhanga para los niños malnutridos trasladados desde el proyecto y que, próximamente, se realizará el relevo a los responsables locales, con lo cual parte de nuestro objetivo finalmente fue conseguido.

Otro contexto de cooperación completamente diferente lo constituye el de los campamentos de refugiados saharauis. A diferencia del estado de Bihar, el Sáhara es zona de paso de numerosas ONG, por lo que el estado de salud de la población es bastante bueno y los recursos abundantes. La principal carencia que se vive en el Sáhara es la de libertad y la frustración de ver perdida su tierra.



Foto: Etiopía-Somalia

En 1975, con la Marcha Verde, cientos de familias fueron separadas, sacando a muchos saharauis de su tierra para convertirlos en refugiados en un territorio inhóspito cedido por Argelia. Llevan más de 40 años esperando un referéndum de autodeterminación, lo cual se traduce en una gran apatía, que a veces hace difícil trabajar con el personal local y en que, poco a poco, los jóvenes van saliendo de los campamentos, buscando un futuro en otros países y en los campamentos de refugiados van quedando ancianos y niños.

Las emergencias en cooperación tienen un enfoque bien distinto, la mortalidad es mucho más elevada, con lo que la formación deja un primer lugar a la asistencia. Tuve la suerte de colaborar en la emergencia nutricional del cuerno de África

nutridos, la mortalidad en este grupo es del 20-30 %. Sin embargo, mientras la economía subió en India un 50 % del 2001 al 2006, el índice de malnutrición infantil sólo cayó un 1 %.

La tarea de denuncia en una cultura tan complicada como es la india en esta zona del norte, donde la estratificación en castas y un potente sistema de patriarcado familiar sigue aún totalmente presente

en el 2011, en la que los somalíes cruzaron a pie a Dadaab y a Liben huyendo de la violencia, la sequía y la subida de precios. El flujo de refugiados era controlado por ARRA y UNHCR. Se considera que asistimos a una hambruna cuando: 1. La tasa de mortalidad diaria es de más de 2 adultos o de 4 niños por cada 10.000 habitantes, 2. hay más de un 30 % de malnutrición aguda infantil o, 3. la población ingiere mucho menos de las 2100 Kcal recomendadas diariamente. En Liben hubo una llegada de más de 120000 refugiados. En Julio del 2011, llegaban 3000 refugiados al día y hubo 31600 niños malnutridos ingresados.

Para terminar, mencionar el proyecto del que he vuelto recientemente, Lamu. Se trata de un medio rural, con una población infantil de unos 45000 niños. El hospital Pablo Hortmann abrió en el 2008, previamente el Lamu District Hospital era el responsable de atender a toda la población. Sólo 30 % de los keniatas tienen acceso a medicamentos. En toda Kenia existen unos 60 pediatras. El pediatra más cercano a Lamu estaba a 8 horas en bus. A pesar de haberse vuelto un lugar algo inestable por su proximidad a Somalia, Lamu es de los pocos lugares donde, además de cooperar, puedes tener una vida social. Lamu ha sido durante años un



Foto: Lamu (Kenia)

lugar turístico, lo que hace que el lugar, muy a diferencia de otros contextos, sea bastante acogedor. El nivel sociocultural es elevado, muchas de las madres de los pacientes saben hablar en inglés y están bien acostumbradas a relacionarse con extranjeros. La mayoría de los embarazos son controlados, incluso con serologías y los partos tienen lugar, en un gran porcentaje, en hospital. El hospital Pablo Horstmann cuenta con bastantes recursos: laboratorio, disponibilidad de sistema de rayos X y opción a tratamientos muy variados. La mortalidad es baja y el estado de salud de los niños, la mayoría bien vacunados, es bueno. Se dispone de fuentes de agua tratada y hay variabilidad en las posibilidades de alimentos que encuentras en el mercado, existiendo abundantes pescado y verduras. Existe un 17-40 % de malnutrición global infantil, pero la mayor parte es leve-moderada. En mi opinión, de lo mejor de este proyecto es que, inicialmente surgió para dar asistencia a los niños del orfanato que se encuentra justo al lado, lo que hace que en tu día a día convivas con más de 200 maravillosos niños que, la mayoría de veces, el remedio más importante que necesitan es un gran abrazo. Hoy día el hospital ha crecido y da asistencia a todo Lamu, estando muy bien considerado entre la población.

En cooperación llevas a cabo tareas que nunca habías realizado. Aprendes de estadística, de administración, de gestión, de recursos humanos... Afortunadamente, el grueso de nuestro trabajo es aún la asistencia clínica. Tarea esencial a nuestra llegada a un proyecto es escuchar qué es lo que ellos realmente necesitan de nosotros y, al volver a casa, no olvidarles, convertirte en su portavoz y ser eslabón de denuncia entre aquel y este lado ●

PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Sagrario Mateu Sanchís

Jefa del Servicio de Salud de la mujer y de la infancia
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)

La Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud nace como una oportunidad de **integrar y coordinar esfuerzos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre todos los niveles, contando con todos los agentes implicados**. En un contexto epidemiológico en España en el que la carga por enfermedades crónicas es muy importante y demográficamente nos caracterizamos por ser una población envejecida.

Las enfermedades crónicas tienen una relación importante con el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación, el consumo nocivo de alcohol o el bienestar emocional, factores que forman parte del estilo de vida de las personas.

La Estrategia nace con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libre de discapacidad.

En ella y desde el punto de vista de la salud de la infancia su objetivo principal es el **cumplimiento del artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño (CDN)**. La *Estrategia de Promoción de la Salud y prevención en el SNS* es una actuación política de cumplimiento de los compromisos de España con los acuerdos aprobados en el CDN.



y factibilidad, se han priorizado las mejores prácticas disponibles a universalizar en todo el Sistema Nacional de Salud.

El desarrollo de las intervenciones se hará promoviendo que puedan ser accesibles a todas las personas, y con una coordinación eficaz entre salud pública y atención primaria.

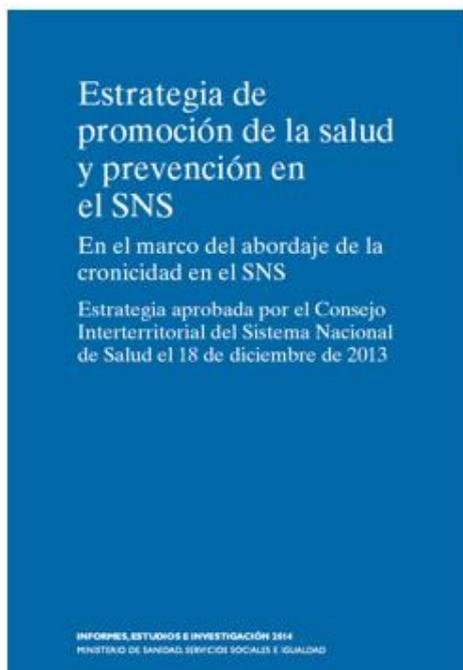
Se basa en actuaciones sobre los principales factores de riesgo para la salud, llevadas a cabo de forma integrada sobre todos ellos. Han de realizarse a lo largo del ciclo vital...y **especialmente desde el principio de la vida**.

CONSEJO INTEGRAL SOBRE ESTILOS DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA, VINCULADO CON RECURSOS COMUNITARIOS EN POBLACIÓN INFANTIL:

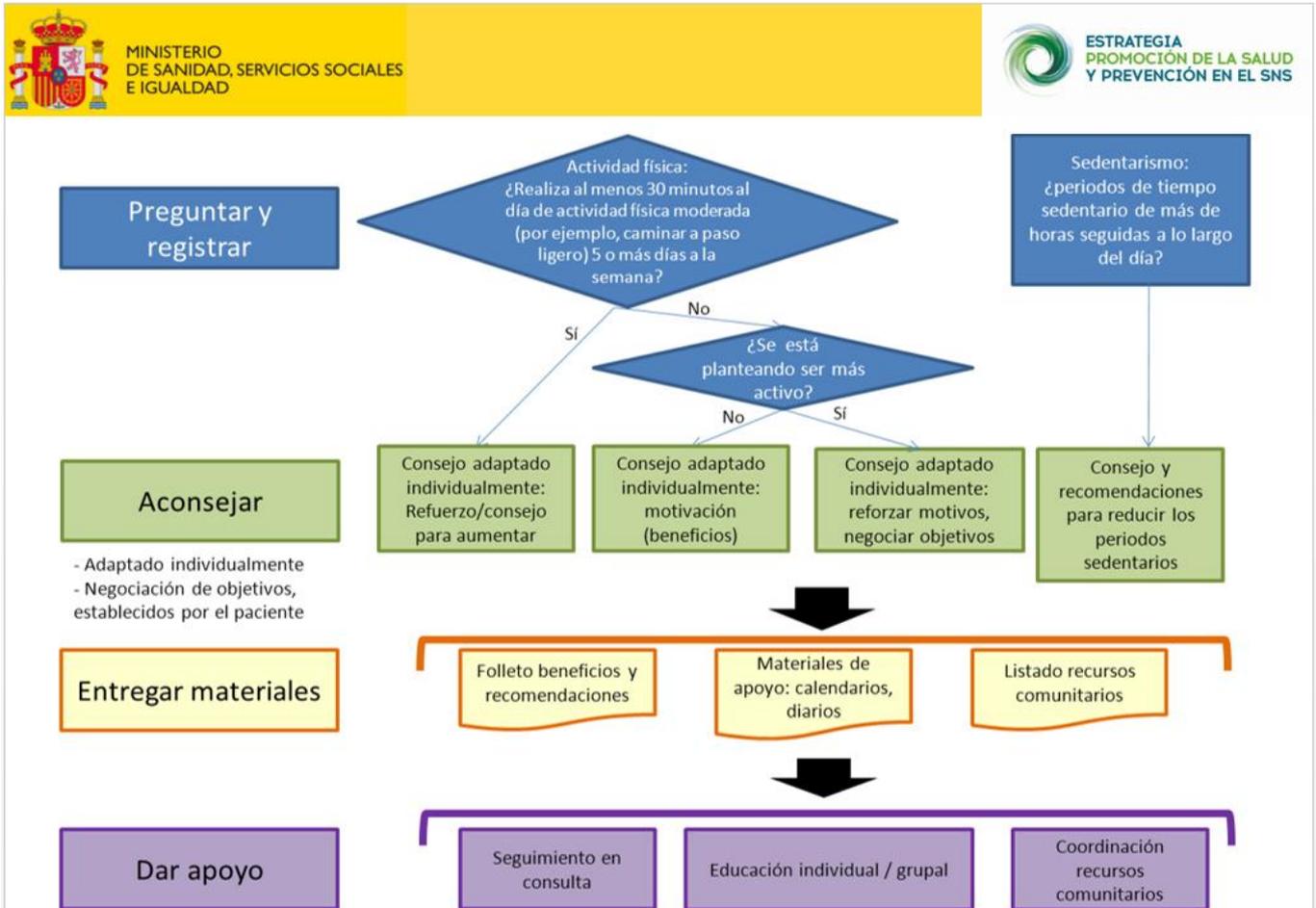
Para aplicarla se desarrolla el consejo breve (intervención oportunista de 2-10 min) y educación individual (de al menos 20 min) que pretende valorar la situación de una persona en cuanto a los principales componentes del estilo de vida (actividad física, alimentación, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol y bienestar emocional) y su nivel respecto al estándar para su grupo de referencia.

Existe evidencia de la efectividad del consejo breve y de la educación individual y también de que esta aumenta si se generan **entornos facilitadores y acciones a nivel comunitario**, esa es la razón por la que desde el principio hemos puesto un gran énfasis en vincular este consejo con los recursos comunitarios, con los recursos de promoción y prevención que existen y están disponibles en el ámbito local.

La finalidad del consejo además de fomentar un estilo de vida saludable, ha de ser el conseguir la **participación activa de las personas** que utilizan el sistema de salud en su propia salud, buscando su **empoderamiento**.



Fue aprobada en diciembre de 2013 en el CISNS por unanimidad con todas las CCAA. Fue elaborada utilizando un método participativo a partir de la valoración de buenas prácticas en promoción y prevención facilitadas por las CCAA y por las SSCC. Tras un proceso de priorización y con un riguroso proceso de evaluación, integración y ordenación, en base a su importancia



Esquema de desarrollo del Consejo (Secretaría General de Sanidad y Consumo)

La incorporación de los **recursos comunitarios** permite establecer sinergias entre las intervenciones que se lleven a cabo en el ámbito de la atención primaria a nivel de consejo o intervención individual o grupal, con intervenciones más amplias a nivel poblacional.

Aplicado a la infancia ha de ser diferente que el de adultos por ejemplo en la primera parte de la infancia el consejo es exclusivo para los padres, después para ambos y al final de esta etapa el consejo ha de ir dirigido prioritariamente a los niños.



Plataforma de Capacitación en la web del MSSSI

Se está desarrollando un programa de capacitación para profesionales (consejo breve, educación individual, educación grupal, cómo prescribir actividad física, evitar el consumo nocivo de alcohol, **parentalidad positiva**) dirigido a sanitarios (médicos y enfermería) pero también a técnicos de los ayuntamientos (para facilitar la implementación armónica de la estrategia a nivel

local), programa basado en metodología on-line, y en coherencia con todos los desarrollos operativos que estamos realizando en la fase de implementación.

Trabajamos en 3 entornos: sanitario, educativo y local....en el que las intervenciones (Consejo, Detección Fragilidad, Parentalidad positiva...) están vinculadas a recursos comunitarios identificados para promoción de la salud y prevención primaria.

Destacamos la importancia del **juego** para el desarrollo en la infancia y en el momento actual la relación de los niños y las **TICs** que es difícil pero que es imprescindible gestionar correctamente.

PROGRAMA DE PARENTALIDAD POSITIVA

Destacamos también el Programa de Parentalidad positiva, para la formación y capacitación a padres y madres u otros adultos con responsabilidades educativas, para promover las habilidades sociales, emocionales, intelectuales, del lenguaje y del comportamiento en los niños y niñas, desde el embarazo hasta los 14 años. Prestando especial atención al tipo de información y apoyo que se necesita en distintas situaciones y en las diferentes etapas de la vida. Todo ello desarrollando un entorno de crianza segura y un ambiente sin conflictos para las niñas y los niños. Puesto que **la mejor inversión en salud es en la Infancia** .

Web donde está colgados todos los documentos, intervenciones, vídeos....elaborados en el marco de la estrategia: <http://msssi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionYPrevencion.htm>

LA PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD DESDE EL CONTEXTO SANITARIO

M^a Victoria Hidalgo García

Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad de Sevilla

En la actualidad, el ejercicio de la parentalidad se concibe cada vez como una tarea más difícil y compleja para la que muchas familias necesitan y demandan apoyo. Está mayor dificultad que las madres y padres perciben a la hora de afrontar las tareas relacionadas con el cuidado y la educación de los hijos e hijas está relacionada con muy diversos factores, entre otros, con los cambios sociales, políticos e ideológicos que ha experimentado nuestra sociedad en la visión de la infancia y la familia (Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez, 2015).

Entre estos cambios, uno de los más importantes tiene que ver con el hecho de que actualmente se presta una mayor atención social a todo lo relacionado con las funciones y responsabilidades parentales. Así, aunque las actuaciones de padres y madres en el trato cotidiano con sus hijos e hijas tienen un carácter relacional de orden privado, la parentalidad tiene un *componente social*, formado por lo que la sociedad entiende y espera de un comportamiento parental adecuado y por la forma en la que cada Estado establece su política pública de atención a las familias. Tal y como señalan Rodrigo et al. (2015), la parentalidad es entendida en la actualidad como un bien social, un recurso que hay que apoyar y proteger dado el papel crucial que desempeña de cara al desarrollo y bienestar de las nuevas generaciones. En esta línea, el concepto de parentalidad en la actualidad se caracteriza por tomar como punto de partida los derechos y las necesidades de los niños, niñas y adolescentes.

En concreto, el concepto de parentalidad designa el conjunto de relaciones y actividades en las que padres y madres se implican para llevar a cabo sus tareas de crianza y educación de los hijos e hijas, es decir, para responder a las necesidades de los menores en el plano físico, afectivo, intelectual. Siguiendo a Daly (2012), podemos decir que los principios básicos de la parentalidad en la sociedad actual son:

Ñ La parentalidad es entendida como una etapa del proceso o ciclo familiar.

Ñ Parentalidad como actividad para la que se necesita apoyo. Por tanto, es un campo que las políticas públicas tienen que atender.

Ñ No existe una única forma de ejercer el papel de padres. Se adopta un enfoque plural que resalta la diversidad en la Parentalidad.

Ñ Garantizar las condiciones sociales de la parentalidad es crucial para que las familias disfruten de sus derechos y atiendan sus obligaciones.

Ñ La parentalidad implica tanto a los padres como a los hijos.

El valor e importancia social otorgado a todo lo relacionado con el desempeño de la Parentalidad se ha visto enormemente reforzado a nivel institucional a partir de la Recomendación 19 del Consejo de Europa (2006) sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad, donde se define la parentalidad positiva como *"el comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del menor, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño"*. Según las directrices desarrolladas en esta Recomendación europea, el objetivo de la tarea de ser padres es el de promover relaciones positivas entre padres e hijos; unas relaciones que deben estar basadas en el ejercicio de la responsabilidad parental y que deben garantizar los derechos de niños y adolescentes así como promover su desarrollo potencial y su bienestar. Así definido, el ejercicio positivo de la parentalidad debe estar basado en el afecto, el apoyo, la comunicación, la estimulación y la estructuración en rutinas, en el establecimiento de límites, normas y consecuencias, así como en el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos e hijas. En concreto, los componentes de la parentalidad positiva serían:

Ñ **Afecto:** prácticas parentales encaminadas al establecimiento de vínculos afectivos sólidos y



seguros con hijos e hijas, lo que les permite adquirir seguridad, sentido de pertenencia y confianza.

Ñ **Estructuración:** prácticas parentales que proporcionan un entorno estructurado con hábitos, rutinas y límites claros que permite a los menores la internalización de normas y valores.

Ñ **Estimulación:** proporcionar apoyo y guía al aprendizaje formal e informal de los hijos e hijas para promover en los menores la adquisición de competencias cognitivas, emocionales y sociales.

Ñ **Reconocimiento:** prácticas parentales que muestran interés por el mundo de los hijos e hijas y tienen en cuenta sus ideas en las decisiones familiares. Con ello se fomenta el autoconcepto, la autoestima y el sentido de respeto mutuo en la familia.

Ñ **Capacitación:** prácticas parentales que se adaptan la edad y capacidad de los hijos e hijas, modificando los estilos de relación a medida que estos crecen. Ello favorece la auto-regulación, la autonomía y la capacidad de cooperar con otros.

Ñ **Libre de violencia:** prácticas parentales que excluyen cualquier forma de violencia física o verbal contra los hijos o hijas. Es esencial para la protección de los menores y la promoción del respeto a uno mismo.

Tanto las recomendaciones europeas sobre parentalidad positiva (Consejo de Europa, 2006; 2011), como los desarrollos posteriores a nivel nacional (Rodrigo, Máiquez y Martín, 2010a, 2010b) han permitido, por un lado, aportar un lenguaje común que permite reflexionar de forma conjunta sobre el papel de la familia y el ejercicio de la Parentalidad y, por otro, desarrollar recomendaciones prácticas sobre cómo articular los apoyos que las familias necesitan.

Según el enfoque de la parentalidad positiva, no hay un modelo único ideal de ser padre o madre, de forma que se reconoce que puede existir una amplia diversidad en las actuaciones parentales para cubrir adecuadamente las necesidades de desarrollo de los hijos e hijas. Asimismo, desde estos planteamientos se entiende que todas las familias necesitan apoyo para llevar a cabo un ejercicio adecuado de la parentalidad. Ahora bien, dichos apoyos van a diferir claramente en intensidad y modalidad de intervención dependiendo del grado de necesidad de cada familia y de la etapa del ciclo familiar en el que se encuentre.

¿Qué impacto tiene el enfoque de la parentalidad positiva en la forma de concebir el trabajo con las familias? Por un lado, implica una concepción activa y positiva en la intervención familiar que insiste y destaca la importancia de la prevención y la promoción. Por otro lado, mantiene una visión de la familia centrada en sus fortalezas, de forma que la intervención está encaminada a fortalecer las competencias parentales, favorecer el desarrollo personal y social de los

progenitores y potenciar sus fuentes y recursos de apoyo. Finalmente, asume un enfoque comunitario y de co-responsabilidad social en el que la sensibilidad comunitaria, la cooperación con las familias, la coordinación interinstitucional y la potenciación de los recursos naturales adquieren un papel fundamental. En definitiva, el enfoque de la parentalidad positiva implica un cambio de paradigma ya que supone la superación de un modelo de intervención familiar basado en el déficit y sus sustitución por un enfoque de la intervención familiar basado en la prevención y en la promoción, alternativa que queda recogida en la Tabla 1.

EL PROYECTO "APEGO"

Entendida la parentalidad desde estos planteamientos de prevención y promoción, el contexto sanitario tiene un papel clave en la promoción de parentalidad positiva. Los profesionales sanitarios de atención temprana se encuentran en una posición privilegiada para aportar a las familias el apoyo necesario para que puedan mejorar sus prácticas y proporcionar un ambiente educativo adecuado para los menores, entendiendo este trabajo con las familias desde una perspectiva positiva y capacitadora: no se trata de corregir, sino de promover competencias. Los profesionales de los servicios de salud infantil mantienen un contacto directo con las familias durante toda la infancia, de forma que pueden aportar a los padres y las madres el apoyo necesario para que puedan tener un ejercicio positivo de su parentalidad; un apoyo que debe suponer el fortalecimiento de las competencias parentales (Consejo de

Europa, 2011).

En esta línea se enmarca el proyecto "Apego", una propuesta de intervención de carácter psicoeducativa para la promoción de la parentalidad positiva desde el sistema sanitario público de Andalucía. Desde un enfoque positivo y capacitador, este programa tiene como principal objetivo apoyar a las familias a afrontar sus tareas educativas mediante la promoción de las competencias parentales. Asimismo, el programa también incluye herramientas de evaluación que permiten a los profesionales sanitarios identificar a las familias con dificultades en sus competencias parentales y, por tanto, con más necesidades de apoyo.

En concreto, el programa "Apego" consta de diversas actuaciones que, en todos los casos, suponen el fomento de la parentalidad positiva en el contexto de las intervenciones sanitarias, especialmente en el Programa de Salud Infantil y Adolescente. Así, una de las principales características de este programa de promoción de parentalidad positiva es que sus actuaciones están totalmente integradas dentro de las visitas previstas en el marco del Programa de Salud Infantil y Adolescente, no tratándose de un programa al margen de la atención sanitaria. Para ello, el programa "Apego" se ha desarrollado en coordinación con los y las profesionales de la salud, de forma que sea un recurso útil e integrado en las actuaciones que llevan a cabo los profesionales que atienden a los menores y a sus familias.

El programa "Apego" contempla intervenciones individuales con las familias (al hilo de las visitas programadas dentro del Programa de Salud Infantil y Adolescente) e intervenciones grupales (para temas relevantes y en momentos claves del ciclo familiar). Tanto para las actuaciones en formato individual como grupal, se han elaborado de una serie de materiales para los profesionales y para las familias. En concreto, el programa consta de los siguientes materiales:

- **Guías de desarrollo por edades:** Se trata de un material breve (1 o 2 hojas) que incluyen conocimientos básicos sobre desarrollo infantil y pautas de estimulación adecuadas para cada etapa evolutiva. Existe una guía para entregar a las familias en cada una de las visitas programadas en el Programa de Salud Infantil y Adolescente.

ENFOQUE BASADO EN EL DÉFICIT Y EL RIESGO	ENFOQUE BASADO EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
Reactivo y finalista	Proactivo y del proceso
Identifica deficiencias y riesgos	Identifica fortalezas y protección
Es prescriptivo con las familias	Es colaborativo con las familias
Proporciona recursos sólo para los grupos de riesgo	Proporciona recursos normalizadores
Foco centrado en individuos	Foco contextual y comunitario
Cambio centrado en comportamientos	Cambio centrado en relaciones e interacciones
Visión negativa de los padres	Visión positiva de los padres

Tabla 1. La parentalidad positiva, un enfoque basado en la prevención y la promoción.

Estas guías tienen un carácter anticipatorio para promover expectativas adecuadas en los progenitores. Asimismo, se trata de un material accesible y fácilmente distribuibles por el personal sanitario en cada visita. Para cumplir con su objetivo de servir de apoyo a las familias, se han diseñado tratando de ofrecer la información de forma simple, clara y con un formato atractivo para las familias.

- **Guías temáticas:** Se trata de un material de mayor extensión en el que se profundiza en algún tema de especial relevancia para el ejercicio positivo de la parentalidad: establecimiento del vínculo, organización de la vida cotidiana, estilos educativos, etc. Asimismo, también existen guías para ofrecer información adaptada a situaciones que requieren un tratamiento específico: situaciones de divorcio, menores con necesidades especiales, etc. También cuentan con un formato atractivo que permite la lectura a distintos niveles de profundidad y se incluyen en las mismas orientaciones prácticas y concretas.
- **Sesiones grupales:** Han sido diseñadas para ser desarrolladas con grupos de progenitores para abordar aspectos de la parentalidad positiva particularmente significativos, bien por su relevancia en determinados períodos evolutivos y/o por la pertinencia de ser abordados en formato grupal. Los principales objetivos de estas sesiones son, en primer lugar, promover en los progenitores, a partir de sus ideas y experiencias como madres o padres, conocimientos, prácticas y actitudes adecuadas de cara a la crianza y educación de sus hijos e hijas, y, en segundo lugar, facilitar la creación de redes de apoyo informal entre los progenitores participantes en las sesiones.
- **Materiales para la evaluación de competencias parentales:** Se han diseñado una serie de indicadores que permitan detectar factores de riesgo para la pro-

moción y estimulación del desarrollo infantil. Estos indicadores se han incluido en el calendario de visitas del Programa de Salud Infantil y Adolescente, de forma que los profesionales pueden detectar dificultades en las competencias parentales en sus actuaciones de atención sanitaria con las familias.

En suma, el proyecto "Apego" representa una actuación novedosa en el contexto español ya que existen todavía pocas de propuestas de intervención rigurosas en el ámbito de la parentalidad positiva desde el contexto sanitario. El esfuerzo de coordinación realizado entre profesionales del Sistema de Salud de Andalucía y los profesores y profesoras del Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla que han participado en el diseño y elaboración de este programa*, requiere en la actualidad de esfuerzos similares por parte de la institución sanitaria para asegurar un buen proceso de implementación y evaluación del programa, ya que, como señalan Spiel y Strohmeier (2012), una evaluación rigurosa de la eficacia y eficiencia de este tipo de intervenciones es esencial para disponer de programas de parentalidad positiva basados en la evidencia •

REFERENCIAS

- Consejo de Europa (2006). Recomendación Rec 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva. <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/recomendacionConsejoEurop2006df.pdf>
- Consejo de Europa (2011). Recomendación CM/Rec 12 of the Committee of Ministers to member states on children's rights and social services friendly to children and families. <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/Recomendacion2011.pdf>
- Daly, M. (2012). La parentalidad en la Europa contemporánea: Un enfoque positivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín, J. C. (2010a). Parentalidad Positiva y Políticas Locales de Apoyo a las familias: Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. Madrid: FEMP.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín, J. C. (2010b). La Educación Parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. Madrid: FEMP.
- Rodrigo, M. J. Máiquez, M. L., Martín, J. C. & Rodríguez, B. (2015). La Parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. En M.J. Rodrigo (Coord.), Manual práctico de parentalidad positiva (pp.25-43). Madrid: Síntesis.
- Spiel, C. & Strohmeier, D. (2012). Evidence-based practice and policy: When researchers, policymakers, and practitioners learn to work together. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 150-162.

* En el diseño del programa "Apego" han participado M^a del Mar González, M^a Victoria Hidalgo, M^a del Carmen Moreno, Alfredo Oliva, Lucía Antolín, Lucía Jiménez, Paqui López y Maite Román, bajo la coordinación de Jesús Palacios.

Investigación en España.

Marco Institucional y papel de la Pediatría Social

José Uberos Fernández. Responsable de la UCIN del Hospital Clínico San Cecilio. Profesor Titular de Pediatría. Granada

La investigación no sigue ciclos políticos, es una carrera de fondo, donde los frutos escasamente se recolectan con inmediatez y donde como ya se ha visto en otros países la inversión pública en I+D atrae a la inversión privada, generando más riqueza y desarrollo. Contrariamente a lo que parecen pensar algunos de nuestros gestores, la formación de investigadores requiere recursos y tiempo; de forma que una generación de investigadores emigrada equivale al esfuerzo malogrado de varias generaciones. La inversión en I+D en España en la última década se sitúa por debajo de la media de la UE, tanto en lo referente a inversiones en el sector público como privado.

El marco normativo de la investigación en España emana del artículo 149.1.15 de la Constitución Española de 1978 que atribuye al Gobierno Central las competencias de desarrollo, fomento y coordinación de las políticas de ciencia, tecnología e innovación, desarrollada posteriormente a través de:

NI Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación

NI Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS

NI Ley 14/2007 de Investigación Biomédica

Los recursos dedicados a la investigación se organizan a través de un Plan estatal y con la transferencia de las competencias sanitarias a las Autonomías se contempla en desarrollo de un Plan estratégico de investigación biosanitaria, cuya gestión de ayudas en convocatorias abiertas se realizan a través de la Fundación Progreso y Salud.

La investigación desarrollada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) viene enmarcada por las directrices contenidas en el Programa Nacional de Salud, integrado en los Planes Nacionales de I+D+i, en la actualidad está vigente el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 que tiene carácter de plan estratégico dirigido a todos los agentes del *Sistema*

Español de Ciencia, Tecnología e Innovación responsables de:

(a) la ejecución de las actividades de I+D+i;

(b) la gestión de las actividades de I+D+i; y

(c) la prestación de servicios de I+D+i para el progreso científico, tecnológico y la innovación del conjunto de la sociedad y la economía españolas.

Se pretende con la implementación de este Plan estratégico solucionar problemas históricos de fragmentación de las ayudas y excesiva burocratización.

Se incluyen en este Plan Estatal, cuatro Programas estatales:

1. Programa estatal de promoción del talento y su empleabilidad en I+D+i

2. Programa estatal de fomento de la investigación científica y técnica de excelencia

3. Programa estatal de liderazgo empresarial en I+D+i

4. Programa estatal de I+D+i orientada a los retos de la Sociedad

El subprograma estatal de formación tiene como objetivo, mediante la asignación de convocatorias en concurrencia competitiva, la selección y formación de doctores, investigadores, tecnólogos, personal de investigación, especialistas técnicos de I+D+i y gestores de I+D+i.

El subprograma estatal de incorporación tiene como objetivos promover y financiar, a través de convocatorias en concurrencia competitiva, la incorporación de investigadores, tecnólogos, personal técnico y otros profesionales en I+D+i, facilitando su inserción laboral tanto en el sector público como en el privado para contribuir a incrementar la competitividad de la investigación y la innovación en España.

El subprograma estatal de movilidad tiene como objetivo fomentar, mediante convocatorias en concurrencia competitiva y acciones de dinamización, la movilidad de investigadores, tecnólogos y técnicos tanto den-

tro del sector público como entre éste y el sector empresarial así como la movilidad internacional.

Dentro del Programa de fomento de la investigación científica y técnica de excelencia se incluyen 4 subprogramas de entre ellos el subprograma estatal de generación del conocimiento, está dirigido a la ejecución de Proyectos de investigación básica. El subprograma estatal de fortalecimiento institucional pretende fomentar el liderazgo científico y tecnológico y generar sinergias entre instituciones.

En el ámbito biosanitario algunos de estos Programas se desarrollan a través de acciones estratégicas en salud se proponen como una actuación programática orientada a los retos de la Sociedad previamente definidos:

1. Salud, cambio demográfico y bienestar

2. Seguridad y calidad alimentaria; actividad agraria productiva y sostenible, Sostenibilidad recursos naturales, investigación marina y marítima

3. Energía segura, eficiente y limpia

4. Transporte sostenible, inteligente e integrado

5. Acción de cambio climático y eficiencia en la utilización de recursos y materias primas

6. Cambios e innovaciones sociales

7. Economía y sociedad digital

8. Seguridad, protección y defensa

La acción estratégica en salud tiene como principio fomentar la salud y bienestar de la ciudadanía. El organismo gestor es el Instituto de Salud Carlos III dependiente orgánicamente del Ministerio de Economía y funcionalmente del Ministerio de Sanidad.

Estas actuaciones estratégicas se desarrollan en las correspondientes convocatorias anuales que se pueden consultar en los enlaces WEB del ISCIII a nivel Nacional y de las Fundaciones dependientes de las distintas Consejerías a nivel Autonómico •

REALIDAD VIRTUAL Y CÁNCER EN LA INFANCIA

Autores : INMACULADA GÓMEZ BECERRA¹, DYANNE RUIZ CASTAÑEDA², JUAN MIGUEL FLUJAS CONTRERAS^{1,2}, ANA SEGURA ROMÁN³, MARÍA DE LOS ÁNGELES VÁZQUEZ LÓPEZ⁴, ALMA MARTÍNEZ DE SALAZAR ARBOLEAS⁵, SONIA HERNÁNDEZ LÓPEZ⁶, y CONCEPCIÓN LÓPEZ SOLER^{6,7}

1 Universidad de Almería

2 FIBAO (Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental Alejandro Otero)

3 Asociación de Cáncer Infantil (ARGAR), Almería

4 Área Oncología Pediátrica, Hospital Torrecárdenas, Almería

5 Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (Almería)

6 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

7 Universidad de Murcia

Presentamos un proyecto de investigación titulado **“Estrategias de afrontamiento psico-emocional del dolor y la ansiedad en el tratamiento del cáncer infantil: Aplicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs)”** (subvencionado y promocionado por la Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía; Ref.: PI-0728-2013), cuya finalidad última es mejorar las estrategias de afrontamiento y manejo del estrés (dolor y ansiedad), tanto simultáneo como anticipatorio, evocado por los procedimientos médicos invasivos, dolorosos y recurrentes en el tratamiento del cáncer infantil.

La investigación se integra en el marco de los programas de atención psicológica que presta la Asociación de Padres de Niños con Cáncer de Almería (ARGAR). Las estrategias de intervención se están aplicando en el Hospital Torrecárdenas y están participando niños oncológicos en edad pediátrica (0 a 14 años de edad).

Los objetivos y actividades realizadas y las todavía en proceso son las siguientes: valorar de manera cuantitativa y sistemática los niveles de dolor y ansiedad y otros aspectos emocionales de los participantes en la investigación cuando son sometidos a los procedimientos médicos y de manera anticipatoria; adaptar una herramienta innovadora que haga uso de las TICs como la Realidad Virtual para el afrontamiento del dolor y la ansiedad; y comparar la efectividad de esta estrategia innovadora frente a un tratamiento tradicional. Aunque lo fundamental es el análisis comparativo de la eficacia de este sistema de intervención innovador (Realidad Virtual) frente a las técnicas de afrontamiento del estrés tradicionales; de momento la ejecución del proyecto de investigación está en su primera fase, de manera que sólo se han obtenido datos de aplicar el tratamiento 1 o tradicional; y en la actualidad se están elaborados todos los contenidos del programa de realidad virtual que se presentarán en detalle en la presente comunicación.

Metodológicamente se trata de un ensayo clínico con dos tipos de tratamiento aplicados a dos grupos de pacientes: *Grupo Experimental 1*: Tratamiento tradicional cognitivo-conductual

Grupo Experimental 2: Tratamiento a través de dos protocolos de Realidad Virtual, adaptados de los siguientes dos software del grupo LAPSITEC (de la Universidad Jaume I de Castellón):

- Marte: tratamiento presencial en el hospital en un soporte de ordenador portátil.

- TEO: tratamiento *On line*, a través de una plataforma web y que practican en sus casas en los días entre sesiones de quimioterapia. Teniendo el control remoto de un terapeuta.

A la luz de los resultados preliminares, podemos destacar las siguientes conclusiones generales :

- 1.- Este tipo de pacientes muestran problemas afectivos e internalizantes, no es tanto un problema de percepción del dolor, sino es un cambio de vida que a veces va más allá de un trastorno adaptativo; siendo frecuentes en sus perfiles psico-sociales encontrar patrones de ansiedad, de tristeza, de desesperanza y de malestar emocional.

- 2.- También se replican los efectos ya conocidos en los padres de pacientes con enfermedades de larga duración, especialmente sujetas a constantes periodos de hospitalización, de mostrar niveles elevados de sobreprotección y permisividad.

- 3.- Más constreñido al objetivo principal de este proyecto de investigación, hay que resumir que el tratamiento 1 o de comparación ha sido efectivo en reducir los niveles de ansiedad, no tanto de dolor porque no partía de niveles elevados; pero que tan relevante como la ansiedad es considerar en siguientes aplicaciones los niveles de reconocimiento y regulación de las emociones negativas o del malestar emocional.

- 4.- Asimismo, hay que resaltar la variabilidad entre unos pacientes y otros, que está sujeta a los niveles iniciales de dolor y ansiedad, pero sobre todo a los niveles de adherencia o de veces que practican y ponen en funcionamiento las estrategias aprendidas.

- 5.- Por todo ello, consideramos que los resultados al aplicar el Tratamiento 2 que usa TICs, serán más relevantes, ya que uno de los aspectos que en general se está mostrando con la aplicación de estrategias de realidad virtual es que la motivación de los pacientes por practicar y por implicarse en el tratamiento es mayor; así como se facilita el acceso al tratamiento y se agiliza su aplicación.

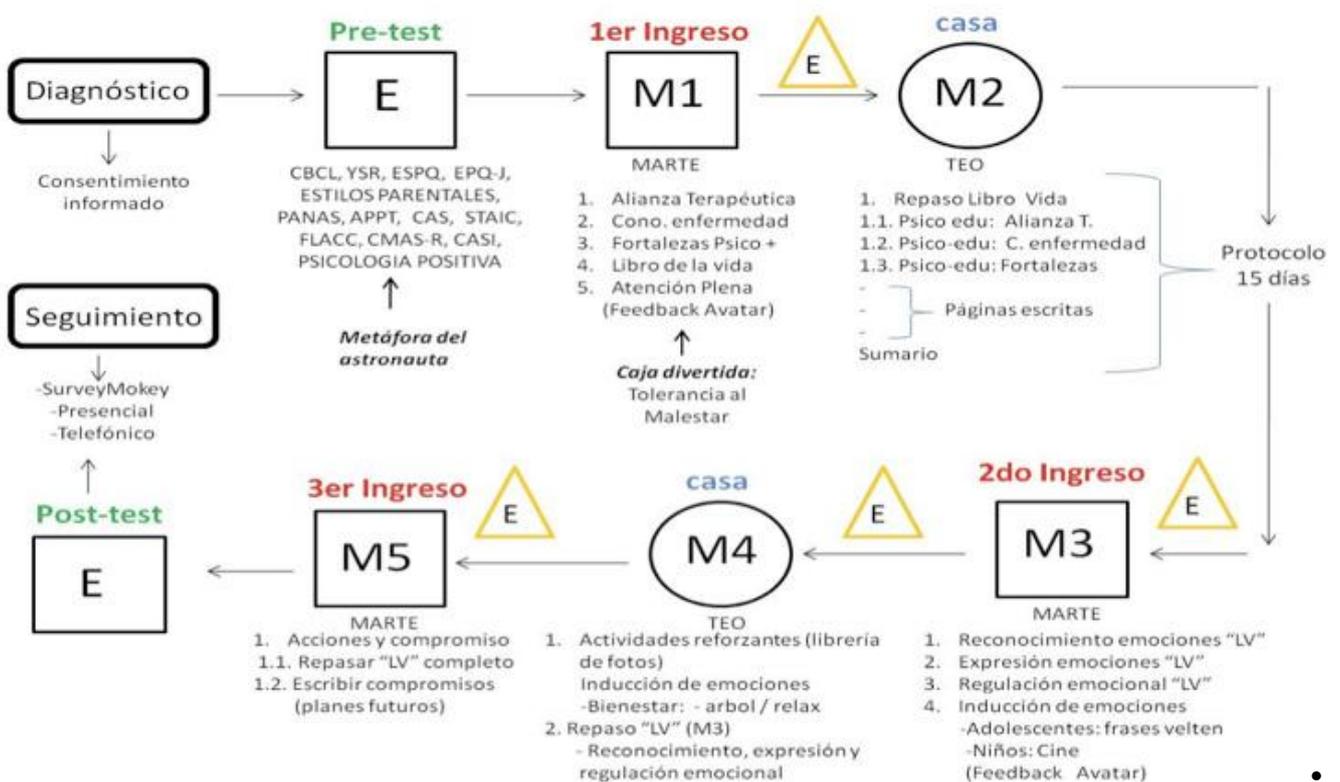
La secuencia y los objetivos de cada uno de los Protocolos de Intervención a través de Realidad Virtual se resume en un esquema final; así como el software de la adaptación del programa Marte que se aplica en contexto hospitalario mientras los pacientes están ingresados recibiendo los ciclos de quimioterapia está basado en un video-juego que supone una participación en una Academia Espacial que supone la realización de una serie

de Misiones con objetivos educativos y psico-emocionales. Así la presentación del video-juego es la siguiente :

INTERFAZ MENU EARTH OF WELBEING (ACADEMIA ESPACIAL) Versión Psicooncología infantil- Universidad de Almería



ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE INTERVENCION



FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN PEDIATRÍA SOCIAL: PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA EXPERTOS

Carlos Redondo Figuro (MD, PhD)

Prof. Asociado de Pediatría y de Bioestadística. Universidad de Cantabria
Ex Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria

El progreso tan importante de las Ciencias de la Salud en los dos últimos siglos se ha debido a diversos factores: mejoras sociales, educativas, económicas, etc. De todos ellos el más importante ha sido la **investigación**.

El ser humano siempre se ha preguntado el porqué de las cosas que le rodean. Cuando abandonó las explicaciones mágicas y las explicaciones ofrecidas por personas a las que se reconocía autoridad en la materia (por ejemplo, Aristóteles), y comenzó a intentar respuestas mediante la observación empírica, empezó la investigación, derivada de los vocablos latinos "in" (en, hacia) y "vestigium" (pista, huella), es decir, que investigación es averiguar algo siguiendo una pista.

La idea de contrastar las teorías científicas con datos reales revolucionó el pensamiento [1], de tal manera que comenzó el progreso exponencial de la ciencia que actualmente conocemos, en la que se acepta un paradigma al que se da prioridad, se recopilan nuevos descubrimientos científicos, hasta que aparecen algunas anomalías que ponen en duda lo anterior, surge la crisis y una revolución científica que cambia la visión anterior y propone nuevos paradigmas [2].

La investigación es una necesidad para el desarrollo del

país y para el progreso y desarrollo de cualquier profesión y, en especial, para la medicina. Actualmente la medicina moderna es muy eficaz para prevenir y tratar muchas enfermedades. Su fundamento es el resultado de la investigación realizada sobre problemas clínicos y de salud pública.

EL MÉTODO CIENTÍFICO

La mayoría de las investigaciones tienen errores, más o menos importantes, que podrían evitarse y otros aspectos que podrían mejorarse. Para que una investigación llegue a buen fin debe seguir el **Método Científico** (MC), que es el que garantiza la calidad de la investigación. De ahí la necesidad de formarse en **Metodología de la Investigación**.

El MC tiene una puerta de entrada: la pregunta o problema que se quiere resolver. Esta pregunta debe ser "FINER", es decir: (F)actible, (I)nteressante, (N)ovedosa, (É)tica y (R)elevante. Si se cumplen estas cinco características [3] merece la pena emprender una investigación.

Una vez dentro del MC, los pasos a seguir son sencillos (Figura 1), pero deben recorrerse en el orden que se detalla a continuación:

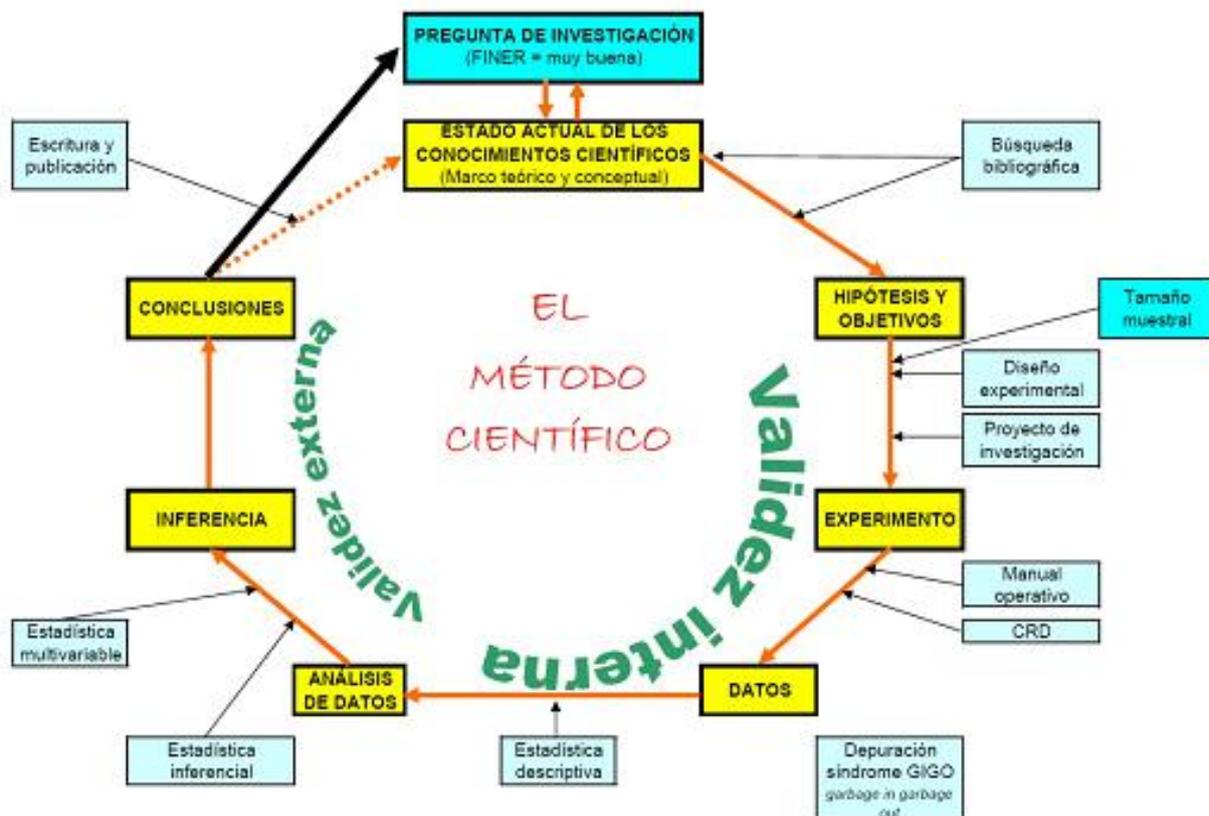


Figura 1. El Método Científico y sus distintas fases que deben seguirse secuencialmente en el sentido de las agujas del reloj. La puerta de entrada es la Pregunta de Investigación (Redondo, 2008[4]).

- (1) Revisión bibliográfica para conocer el estado actual de la Ciencia respecto a la pregunta formulada. Hay que recoger toda la información relevante y analizarla.
- (2) Diseño del estudio. El investigador puede adoptar un papel pasivo de mero observador ("*estudio observacional*") o puede adoptar un papel activo controlando determinadas variables ("*estudio experimental*").
- (3) Recogida de datos del experimento (bases de datos, depuración y análisis de los datos).
- (4) Extracción de las conclusiones del experimento (resultados en el estudio, discusión de los mismos y su puesta a disposición de la comunidad científica mediante su publicación).

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Lo característico de la investigación en Ciencias de la Salud es que se trabaja con personas. Los sujetos de investigación tienen unos derechos que hay que respetar.

Son conocidas las barbaridades que se han hecho anteriormente, desde Neisser en 1898 inyectando a prostitutas sin su consentimiento suero de pacientes sifilíticos, pasando por los experimentos de los médicos nazis (Menguele y otros) y de los médicos nipones (Shiro en la Unidad 731), el estudio Tuskegee en Alabama con negros sifilíticos a los que se negó el tratamiento existente, o el estudio Willowbrook llevado a cabo por el pediatra Krugman para conocer la historia natural de la hepatitis en niños, etc. De todo ello derivaron el Código de Nuremberg (1947) y más tarde el informe Belmont (1978) con la declaración de los "principios éticos básicos": (1) principio de autonomía, (2) principio de beneficencia y (3) principio de justicia. Posteriormente ha ido evolucionando la ética en investigación, la confidencialidad, etc. De manera que en España actualmente está en vigor la Ley de Investigación Biomédica que exige que toda investigación realizada en humanos haya sido aprobada previamente por un Comité Ético de Investigación (CEIC), organismo independiente regulado por Ley. Este CEIC está encargado de valorar no solo los aspectos éticos, sino también los metodológicos, porque todo lo que no es metodológicamente correcto es éticamente inaceptable.

Cuando se envíe un Proyecto de Investigación al CEIC, además de que esté bien redactado, debe tener bien especificados los métodos estadísticos que se van a emplear, el cálculo correcto del tamaño muestral y debe ir acompañado de la Hoja de Información al Paciente y de la Hoja de Consentimiento junto con los currículum vitae de cada investigador. Si el CEIC observa algún fallo ya dirá cómo se debe corregir, pues no están para poner trabas a la investigación, sino para ayudar a que la investigación sea de calidad.

CARACTERÍSTICAS DEL INVESTIGADOR

La investigación no se hace por universidades u otras organizaciones. Las instituciones como mucho ponen medios o proporcionan fondos para que se haga la investigación; pero quien en realidad la hace son personas: los investigadores. Es, por tanto, un error cuando alguien dice "Un estudio de la universidad de Michigan puso de mani-

fiesto...", no, esa universidad ni hizo el estudio, sino investigadores que trabajan en esa universidad.

Debido a que la investigación la realizan personas, preguntémonos por las características que deben reunir dichas personas.

Son personas meticulosas y muy observadoras que siempre están intentando aprender de las enseñanzas proporcionadas por sus pacientes en el día a día. Desean mejorar en su profesión y constantemente se están preguntando por el porqué de las cosas. Se plantean preguntas y buscan soluciones. Cuando no las encuentran plantean estudios adecuados para buscar la respuesta. Son tenaces. Tienen una actitud escéptica ante las creencias comunes y no tienen miedo a la crítica sobre su actitud. Eso es un estímulo para formular buenas preguntas de investigación. Aprovechan los momentos de contacto con sus colegas para discutir sobre los temas que les interesan, tanto en el trabajo como en los descansos de congresos y conferencias, donde muchas veces establecen relaciones con personas con sus mismas inquietudes. Están al día en las nuevas tecnologías y se preocupan de aprender metodología de investigación.

INVESTIGACIÓN EN PEDIATRÍA SOCIAL

La labor de todo profesional en el campo de las Ciencias de la Salud, concretamente en el campo de la Pediatría Social (PS), debe contemplar tres facetas: asistencial, docente e investigadora.

- (1) Labor asistencial, de la que nadie se escapa y que tan importante es, pues con ella se ayuda a los pacientes, que tan necesitados están, como bien dijo Abraham Jacobi (1830-1919), pediatra germano-americano considerado el padre de la Pediatría Social (Figura 2).



Figura 2. Abraham Jacobi, el padre de la Pediatría Social.

(2) Labor docente, que solo realizan algunos profesionales, mediante la cual transmiten a otros la manera de tratar los problemas de la pediatría social y abordarlos de una manera más eficiente.

(3) Labor investigadora, a la que se dedican muy pocos profesionales en el campo de la PS. La excusa siempre es falta de tiempo, falta de formación, etc. Ya se ha comentado al principio que la investigación es lo que hace progresar a cualquier ciencia. Por lo tanto es un deber inexcusable de cualquier pediatra que se dedique a la PS, tanto más si quiere avanzar en su profesión. Por tanto, ¡basta ya de autojustificarse para no hacer investigación! El profesional con interés en la PS deberá ir superando todas las dificultades que encuentre: deberá formarse en Metodología de la Investigación.

PAPEL DE LA SEPS

Es un deber inexcusable de la Sociedades Científicas el contribuir al progreso de sus socios en el desarrollo científico del campo que abarcan. Nuestra SEPS lo recoge expresamente en sus estatutos (Figura 3).

d) Promover el estudio y la investigación de la Pediatría Social en el seno de la A.E.P, coordinando en el territorio español las actividades de investigación en el campo de la Pediatría Social, planificando las líneas generales de actuación y de investigación y mediante intercambios científicos periódicos y frecuentes. Así como promover el establecimiento de cursos de perfeccionamiento y formación continuada dentro de esta disciplina.

Figura 3. Artículo 3º, punto d) de los estatutos de la SEPS

En el artículo 4º de los estatutos dicen cómo se cumplirán los fines señalados (Figura 4) se echa en falta un sexto punto ("f) Organizar, colaborar y apoyar trabajos de investigación diseñados por miembros de la SEPS") que implicase más a la SEPS en la tarea investigadora.

Artículo 4º.- El cumplimiento de los fines señalados, se hará efectivo mediante la utilización de los medios y recursos que establecen las leyes a través de:

- a) Organización de Cursos, Simposios y actividades de formación continuada.**
- b) Participación en las Reuniones Científicas y Congresos de la A.E.P.**
- c) Elaboración de publicaciones científicas.**
- d) Organización de Reuniones Periódicas de la Sociedad de Pediatría Social.**
- e) Colaboración con entidades o personas interesadas en asuntos de su competencia.**

Figura 4. Cómo la SEPS cumplirá sus fines (Artículo 4º de sus estatutos).

Este último aspecto no es una crítica a nuestra SEPS, sino más bien un comentario para estimular en la tarea investigadora.

PROPUESTA DE FORMACIÓN EN METODOLOGÍA

Un curso básico sobre Metodología de Investigación que podría ser de interés para los miembros de la SEPS y ¿por qué no? para los miembros de la AEP podría ser el siguiente (Figura 5).

Módulo	Tema	Contenido
1. El Método Científico		
	1	La pregunta de investigación
	2	La búsqueda bibliográfica
	3	Tipos de estudios en investigación
2. El Proyecto de Investigación		
	4	El proyecto de investigación
	5	Documentación en investigación
	6	Aspectos éticos en investigación clínica
	7	Legislación española sobre investigación
	8	Trabajo de campo: armonización del equipo investigador
	9	Aspectos económicos de la investigación
3. Tratamiento de los datos de la investigación		
	10	Bases de datos y programas estadísticos
	11	Nociones de Probabilidad
	12	Estadística descriptiva
	13	Estadística bivariable paramétrica
	14	Estadística bivariable no paramétrica
	15	Estadística multivariable
	16	Cálculo del tamaño muestral
4. Comunicación de los resultados de una investigación		
	17	La comunicación oral y de tipo póster
	18	El artículo original
	19	Otros tipos de literatura científica

Figura 5. Contenido de un curso en Metodología de Investigación.

Hay otras sociedades científicas y profesionales que se dedican a formar a sus afiliados, por ejemplo el Consejo General de Colegios Farmacéuticos ofrece un curso on-line a sus socios, acreditado por la Comisión de Formación Continua, del que el autor es uno de los dos directores [5].

PROPUESTA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

En Pediatría Social hay muchos aspectos por investigar. Se podría encuestar a los socios por las preguntas que desean investigar y seleccionar de entre las que sean "FINER" alguna que pueda ser patrocinada por la SEPS. Pero este tema es mucho mejor dejarlo en manos de la propia SEPS, que cuenta con un grupo de investigación liderado por el catedrático Prof. Antonio Muños Hoyos con una excelente carrera investigadora ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Bolstad WM. Introduction to Bayesian Statistics. Hoboken, New Jersey (USA): Wiley & Sons. 2004. ISBN: 0-471-27020-2.
2. Kuhn TS. The Structure of Scientific Revolutions (2 ed.). Chicago (USA): The University of Chicago Press, 1970. ISBN: 0-226-45803-2.
3. Hulley SB, Cummings SM, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Diseño de Investigaciones Clínicas (3ª ed.). Barcelona (España): Wolters Kluwer, 2008. ISBN: 978-84-935583-8-3.
4. Redondo C. La investigación en la adolescencia. En: Redondo-Figuero CG, Galdó Muñoz G, García Fuentes M. Atención al Adolescente. Santander (España): PUBliCan, ediciones de la Universidad de Cantabria, 2008. pp. 61-71. ISBN: 978-84-8102-476-0.
5. CGCOF, página web: <http://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada/cursos/Paginas/Investigacion-Farmacia-Asistencial.aspx>

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS EN LAS INTERACCIONES TEMPRANAS

APLICACIÓN DE LA ESCALA ADBB EN LA CONSULTA DE PEDIÁTRICA

Nahir Bonifacino

Psicóloga, Psicoanalista de niños. Coordinadora del Equipo ADBB en Uruguay

El bebé nace con capacidades potenciales, que podrán desarrollarse o no de acuerdo al ambiente relacional en que se encuentre. En el marco de las interacciones tempranas, se van generando desde el nacimiento, procesos propiamente humanos, que resultan esenciales para el futuro del individuo. En cambio, carencias o perturbaciones sostenidas en los primeros vínculos de cuidado, interfieren en la posibilidad de desarrollo y condicionan la vida del sujeto.

La necesidad de preservar y generar las condiciones más favorables para un desarrollo saludable, lleva a jerarquizar la función de los profesionales que están en el contacto más próximo con el niño pequeño y su familia durante los primeros años de vida. En este sentido, la consulta pediátrica de control en salud, cobra un valor jerarquizado como instancia potencial de detección precoz y promoción de la salud mental desde el primer nivel de atención.

La escala ADBB (Alarme Détresse Bébé, Guedeney 2001) es una herramienta que puede integrarse a la práctica cotidiana del pediatra con esta finalidad, favoreciendo la agudeza de la observación desde una perspectiva integradora de la salud infantil,

I. CAPACIDAD DE DESARROLLO Y VÍNCULO TEMPRANO

La primera infancia es un período especialmente vulnerable y de gran incidencia en el desarrollo del individuo. Desde distintas épocas, numerosos autores de diversas disciplinas (pediatría, psiquiatría del lactante, psicoanálisis) han puesto el énfasis en esta concepción, y aun partiendo desde muy diversos abordajes, coinciden en la importancia que tienen los primeros vínculos en la historia del sujeto (1-8).

A tal punto llega esta perspectiva, que se plantea que no es posible pensar al bebé sin su ambiente. El bebé existe en tanto está en relación con adultos que le proveen atención y cuidados. No solamente la supervivencia y el desarrollo físico están en juego en estas primeras interacciones, sino que al



decir de Brazelton y Greenspan, *las interrelaciones tempranas serán las responsables de un número sorprendentemente grande de capacidades intelectuales, a la vez que también condicionarán la calidad de las relaciones que el niño, en un futuro, pueda establecer con los demás* (9).

Desde esta perspectiva, el desarrollo es considerado un fenómeno esencialmente interactivo, en el que están en juego las capacidades potenciales del bebé, y el encuentro con un medio ambiente que facilite y promueva el despliegue de las mismas (1). En el marco de esta provisión ambiental, se destaca primordialmente, la importancia de las interacciones del bebé con sus padres. Alteraciones sostenidas en los intercambios de la diada madre-bebé, condicionan el desarrollo de una personalidad saludable (6) y generan interferencias en la capacidad de comunicación, en la socialización, en el control de impulsos y en el desarrollo de las capacidades cognitivas (6,7).

También se ha estudiado que ni siquiera la salud física del bebé quedaría excluida de la cualidad de las interacciones tempranas (3). En ciertas ocasiones, intensas ansiedades maternas pueden producir desencuentros importantes en la diada y llegar a generar en el bebé trastornos psico-funcionales en el dormir, en la ali-

mentación, en la respiración, o bien digestivos o alérgicos.

Desde hace un tiempo, además, también los estudios longitudinales de las neurociencias reafirman la extrema dependencia de las condiciones ambientales o epigenéticas que existe en este período tan particular de la vida del individuo. Tendencias actuales consideran el cerebro como un órgano bio-psico-social (10), y plantean que el propio desarrollo neurobiológico es una construcción que se da en el encuentro con otros. Las estructuras cerebrales son estimuladas por los factores ambientales (11), y moldeadas a nivel molecular, estructural y funcional (12).

Estos conocimientos desde distintas áreas y de todos los tiempos, llevan a plantear que el desarrollo saludable va a depender de la disponibilidad del bebé para relacionarse con otros, lo cual requiere de su curiosidad, de su interés en los demás, y de su capacidad para la interacción.

II. LA CAPACIDAD SOCIAL DEL BEBÉ

La observación de interacciones video-filmadas madre-bebé ha mostrado a los investigadores del desarrollo temprano, que desde los primeros tiempos de vida, el bebé manifiesta capacidades en la interacción, a la vez que pone en juego una especial sensibilidad en relación con las figuras significativas de su entorno (3).

Un bebé saludable manifiesta interés y atracción por las personas, y tiende naturalmente a relacionarse: busca la mirada de otros, realiza movimientos y gestos que llaman la atención, sonríe, y es capaz de manifestar diversas iniciativas en la interacción. Pero también, la situación experimental de "rostro impassible" (8), ha permitido observar un bebé absolutamente dependiente de la interacción, y que cuenta solamente con una limitada gama de recursos para reaccionar ante las perturbaciones de la misma (3).

Ante situaciones de la interacción que lo alteran, por un lado el bebé podrá desplegar reacciones más activas, que

giran en torno a diversas manifestaciones de protesta (llantos, gritos) y que cobran el sentido de un llamado hacia el adulto; pero se ha observado también una modalidad de reacción de menor actividad, que se manifiesta en una actitud de inhibición o de retraimiento (13).

En los intercambios cotidianos, el retraimiento ha sido estudiado como un recurso natural que el bebé pone en juego precozmente, para regular la interacción y el nivel de estimulación que recibe de su entorno (3). Se ha identificado que ante intercambios que lo alteran o lo sobre-estimulan, el bebé cuenta con la capacidad de "retirarse" momentáneamente de la interacción por breves instantes, para luego volver a retomar el contacto. Estos "micro-retraimientos" o "ajustes" que el bebé propone en los intercambios, le permiten regular el nivel de estímulos que recibe; y en tanto son percibidos por la madre, la diada irá logrando nuevos encuentros y "sincronías" (3).

Sin embargo, en un clima relacional en que las perturbaciones en la interacción son profundas y cotidianas, este mecanismo natural de "retraimiento" podrá irse consolidando en el bebé como un modo de defensa sostenido, que genera interferencias o inhibición en su disposición a relacionarse. Este fenómeno constituye siempre un importante indicador de riesgo para el desarrollo saludable, en tanto puede comprometer el desarrollo emocional, psicomotor, cognitivo, verbal y social, del niño.

III. RETRAIMIENTO SOSTENIDO: UN INDICADOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO INFANTIL

El retraimiento sostenido es un elemento fundamental en la clínica de la primera infancia. Su presencia en la modalidad relacional del bebé, constituye un importante indicador de riesgo en el desarrollo. Cuando hay retraimiento en un grado extremo, se percibe un bebé que no está disponible para la interacción, o bien que está por debajo en el plano motor, en la expresión afectiva y en la comunicación.

Existe una amplia gama de circunstancias que pueden producir el retraimiento sostenido en el bebé. Se ha observado con causas orgánicas en bebés con enfermedad, desnutrición, dolor crónico o agudo y dificultades auditivas o visuales (6,13-15). También se ha identificado como reacción a sostenidas perturbaciones en el cuidado parental: maltrato, abuso o dificultades del apego (6,13-15), o como indicador de dificultades

en la interacción diádica, que el bebé está siendo incapaz de resolver adecuadamente (6). Investigaciones más recientes asocian el retraimiento en la temprana infancia con la salud mental de los padres y con la influencia de la depresión materna en la vida emocional infantil (16-18).

Como manifestación clínica, el retraimiento sostenido se encuentra en las grandes categorías psicopatológicas de la primera infancia: dificultades interactivas precoces, síndromes post-traumáticos, depresión, ansiedad, cuadros del espectro autista, dificultades del apego, retraso del desarrollo, maltrato, abuso, dificultades sensoriales, etc. (6).

Estudios recientes aportan datos sobre las consecuencias del retraimiento sostenido en el desarrollo infantil. En una población de 50 bebés australianos, se ha observado que aquellos que presentaban indicadores de retraimiento a los 6 meses de edad, y a quienes se les realizó un seguimiento sin ninguna intervención, a los 3 años presentaban problemas sociales y cognitivos, así como dificultades en la adquisición del lenguaje (18).

Por las razones expuestas, el retraimiento debe ser considerado como parte importante del repertorio comportamental del bebé y como una señal de alarma que es necesario percibir tempranamente y que no debiera ser banalizada (6). La ausencia de signos positivos y su instalación progresiva en la modalidad relacional del bebé, hacen que sus primeras expresiones sean de difícil detección y que pasen fácilmente desapercibidas en la clínica, si no se cuenta con un instrumento específico para esta finalidad.

IV. DETECCIÓN PRECOZ DE SIGNOS DE RETRAIMIENTO. ESCALA ADBB: ALERTA DE RETRAIMIENTO EN EL BEBÉ (ALARME DÉTRESSE BÉBÉ, GUEDENEY 2001)

La escala ADBB se trata de una guía de observación sistematizada de bebés entre 2 y 24 meses de vida, para detectar precozmente signos de retraimiento, que de pasar desapercibidos podrían generar alteraciones en el desarrollo o derivar en una posible patología.

Es un instrumento sencillo, económico en tiempo y recursos, y accesible para diferentes profesionales de la salud y de la educación, que trabajan con niños pequeños, luego de un breve entrenamiento. Es de fácil aplicación en una situación familiar para el bebé y sus padres, como lo es la consulta pediátrica, si bien también puede ser utilizada

en otras situaciones en que el bebé, acompañado por una figura de referencia, se vea expuesto a cierto nivel de estímulos (test de desarrollo, visitas domiciliarias, etc.). La aplicación de ADBB no requiere de situaciones experimentales, y para su utilización alcanza con un tiempo de observación de alrededor de 10 minutos.

ADBB propone la observación de 8 ítems específicos relativos a la disponibilidad relacional del bebé, para ser evaluados por el profesional: expresión facial, contacto ocular, nivel general de actividad, gestos de auto-estimulación, vocalizaciones, vivacidad en la respuesta a la estimulación, capacidad de compromiso con la relación, y capacidad del bebé de generar atracción). Cada ítem puede ser codificado de 0 (sin señales de retraimiento) a 4 (retraimiento extremo), y de la suma de la codificación de todos ellos se obtendrá un *score* general que da lugar a tres rangos cuyos puntos de corte han sido definidos en función de los trabajos de validación: valores de 0 a 4 son considerados sin retraimiento, de 5 a 10 corresponden a retraimiento leve, y *scores* mayores a 10 indican retraimiento severo (6,13-15). En caso de presencia de signos de retraimiento, se hace necesario indagar las causas, y descartar un posible origen orgánico de las mismas, para luego realizar las intervenciones pertinentes.

ADBB no se trata de una escala diagnóstica, sino que se acerca más a un instrumento de tamizaje. Tiene una buena coherencia interna (14) y un perfil clínico que enriquece la información que brinda.

Este instrumento ha sido primeramente validado en Francia, en el año 2001 (14) y desde entonces viene siendo validado y utilizado con fines de investigación y detección precoz en diversos países de Europa y América (15-25). En España, más propiamente en la ciudad de Valencia, desde el año 2014 se están formando profesionales que participarán del proyecto de validación de ADBB en la región, por parte de ASMI (Asociación de Salud Mental Infantil).

V. FORMACIÓN DEL PEDIATRA EN ADBB Y APLICACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

A lo largo de estos años, diversos equipos en distintos países, han desarrollado experiencias con ADBB en variados ámbitos y con múltiples objetivos (25).

En Uruguay, se trabaja con este instrumento desde el año 2006, y desde

entonces se han realizado estudios acerca de los beneficios que brinda su incorporación a la práctica pediátrica del primer nivel. Se ha observado que la formación del pediatra en ADBB promueve una concepción integral del control de salud y posibilita la realización de detecciones más tempranas e intervenciones más eficientes desde la atención primaria (18-21).

Durante el año 2010, se realizó la detección precoz de signos de retraimiento durante la consulta pediátrica a 67 bebés entre 2 y 14 meses, que fueron filmados en cuatro tiempos a lo largo de un año, en dos centros de Salud Pública (21). Se trabajó en líneas paralelas y se realizó un estudio comparativo que mostró una diferencia significativa en la habilidad de los pediatras para detectar signos de riesgo en el desarrollo en forma previa y posterior a la formación en ADBB (26). Se observó que en la consulta tradicional el retraimiento puede ser detectado por el pediatra sólo si se presenta en forma evidente, lo cual estaría implicando ya un retraimiento severo (puntaje >10 en ADBB), con mayor riesgo para el desarrollo infantil. Sin embargo, las primeras manifestaciones de retraimiento (puntaje de 5 a 10 en ADBB) suelen pasar desapercibidas en la consulta pediátrica tradicional, lo cual no permite intervenir en forma precoz.

Además, el estudio evidencia que cuando no hay posibilidad de detección precoz, el retraimiento en los bebés tiende a ir en aumento. Sin embargo, luego de la capacitación de los pediatras y del uso de ADBB para la detección, acompañado de intervenciones sencillas, se produce un descenso muy significativo del porcentaje de retraimiento.

Esta experiencia muestra que la formación del pediatra en ADBB, brinda mayores herramientas para realizar detecciones precoces e intervenciones oportunas, en la consulta de control en salud del primer nivel, ganando en calidad de atención •

REFERENCIAS

- 1) Winnicott, D. The theory of parent - infant relationship. The maturational processes and the facilitating environment. Ed. Laia. Barcelona. 1960
- 2) Bowlby J. Attachment and Loss. New York: Basic Books, 1969.
- 3) Brazelton T. Early mother-infant reciprocity in parent-infant interaction. *Infant Behavior and Development*. Elsevier Scientific Publishing. 1975;33: 137- 54.
- 4) EmdeRN, Gaensbauer TJ, Harmon RJ. Emotional expression in infancy; a biobehavioral study. *Psychol Issues*. 1976; 10(01):1-200.
- 5) Stern D. The interpersonal world of the infant. A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology. Basic Books. New York. 1985
- 6) Guedeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: a baby alone does exist. *Infant Ment Health J*. 1997; 18(4):339-49.
- 7) Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002: Cap 1 23-64
- 8) Tronik, E., Alsh, H., Adamson, I., Wise, S., Brazelton T. The infant response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Acad Child Psychiatr*. 1978; 17(1):1-13.
- 9) Greenspan, Brazelton T. The irreducible needs of children. Perseus Publishing. Cambridge, Massachusetts. 1981
- 10) Shore, A. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; Vol. 22 (1-2), 7-66
- 11) Fonagy, P., Target, M. Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *Int J Psychoanal* 2007; 88:917-37
- 12) Vanderwert et al 2010 <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0011415>
- 13) Guedeney A, Vermillard M. L'échelle ADBB; intérêt en Recherche et en Clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine et Enfance*. 2004; 20(11): 364-371.
- 14) Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy : the Alarm Baby Distress Scale. *Infant Ment Health J*. 2001; 22(5): 559-575
- 15) Guedeney A, Foucault C, Bougen E, Larroque B, Mentré F. Screening for risk factors of relational withdrawal behavior in infants aged 14-18 months. *J Europ Soc* 2007; 23(2): 150-155.
- 16) Mantymaa M, Puura K, Luoma I, Kaukonen P, Salmelin RK, Tamminen T. Infant's social withdrawal and parent's mental health. *Infant Behav Dev* 2008; 31(4):606-13. 18)
- 17) Milne L, Greenway P, Guedeney A, Larroque B. Long term developmental impact of social withdrawal in infants. *Infant Behav Dev* 2009; 32(2): 159-66.
- 18) Bonifacino N, Musetti D, Hackenbruk K, Schelotto M, Fostell M, Pereira MJ. La escala ADBB y sus potencialidades. *Rev. APPIA* 2007; 16:41-48
- 19) Bonifacino, N., Musetti, D., Plevak, A. (2011). The pediatric consultation: a first step into infant mental health. *Devenir* 2011; 23 (2):117-127.
- 20) Plevak, A., Schelotto, M., Bonifacino, N., Musetti, D. Consulta pediátrica en la primera infancia: una oportunidad para la detección de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional. Experiencia de tamizaje e intervención precoz. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2012 ; 83(2): 25-30.
- 21) Bonifacino N, Plevak A, Musetti D, Silvera A. Retraimiento sostenido. Un indicador de riesgo en el desarrollo temprano. *Arch. Pediatr Urug* 2014; 85(1):34-42
- 22) Figueredo B, Costa R. Estudo de validação da Versão portuguesa de Alarm Distress Baby Scale. *Acta Pediatr Port* 2008; 39(5):183-9.
- 23) Facuri-Lopes S, Ricas J, Mancini MC. Evaluations of the psychometric properties of the Alarm Distress Baby Scale among 122 Brazilian Children. *Infant Ment Health J* 2008; 29(2): 153-173.
- 24) Oliver M. Diagnóstico precoz en salud mental pediátrica. Retraimiento relacional en los primeros años de vida [en línea] *Rev UAI* 2010. http://issuu.com/vaneduc/docs/revista_uai_noviembre_2010
- 25) Guedeney A., Matthey S., Puura K. Social Withdrawal Behavior In Infancy: A History Of The Concept and a Review of Published Studies Using The Alarm Distress Baby Scale I.M.H. *J* 2013 34(6), 1-16
- 26) Tizón J, Izquierdo A, Nadal D. Traducción y re traducción al castellano de la escala ADBB. Unitat de Salut Mental de Sant Martí Nord. Institut Catalá de la Salut. Barcelona 2002.

MEJORANDO LOS VÍNCULOS TEMPRANOS EN FAMILIAS DE RIESGO PSICOSOCIAL

Amaia Halty Barrutieta



Carlos Pitillas Salvá



**Ana Berástegui
Pedro-Viejo**



Psicólogos,
Investigadores del
Instituto Universita-
rio de la Familia.
Universidad de
Comillas, Madrid

La teoría del apego explica cómo, desde el comienzo de la vida, los niños establecen vínculos afectivos con el fin de obtener protección y ver cubiertas sus necesidades básicas. Estas interacciones, en función de su calidad, acaban conformando distintos patrones relacionales, también llamados estilos de apego. Un vínculo de apego sano o seguro, se obtiene cuando el cuidador es capaz de llevar a cabo dos funciones básicas; ser regulador emocional del niño (refugio seguro) y funcionar como apoyo y guía para la exploración (base segura) (1). Para poder ejercer adecuadamente estas dos grandes funciones, es importante que el cuidador cuente con la capacidad de detectar las necesidades del niño, de interpretar sensiblemente sus señales afectivas y de responder contingentemente a ellas; funcionando así como un buen regulador bioafectivo de sus estados de activación. Por el contrario, cuando alguna de estas capacidades falla, o no está lo suficientemente desarrollada, encontramos que se generan patrones de apego inseguros o desorganizados.

Algunos de los problemas asociados a la exclusión social como el abuso de sustancias, las dificultades en el aprendizaje o los problemas de violencia en la pareja han demostrado estar relacionados con el estilo de apego de los individuos (2-4). Por tanto, el primer vínculo afectivo se constituye como una potencial fuente de riesgo para la emergencia posterior de problemas y por tanto, para la transmisión intergeneracional de la exclusión social. No obstante, la evidencia clínica y la investigación nos demuestran que las relaciones tempranas también pueden ser fuente de oportunidad, funcionando como los primeros motores generadores de resiliencia, aun en aquellas familias de mayor riesgo psicosocial (5).

Los niños que crecen en condiciones de pobreza o exclusión social tienen más riesgo de desarrollar apegos inseguros que otros niños (6). Las razones de esto probablemente tienen que ver con el impacto que tiene la exclusión sobre los procesos de la relación niño-cuidador. En muchas ocasiones, las relaciones niño-cuidador en estos contextos se caracterizan por una baja disponibilidad física y/o psicológica de los cuidadores respecto al niño. Las situaciones de separación, por ejemplo, son especialmente frecuentes en familias monoparentales, familias de migrantes o familias donde ambos cónyuges deben desempeñar varios trabajos precarios. A lo largo de los tres primeros años de vida, estas situaciones cobran una espe-

cial relevancia para el niño, quien tiene dificultades para comprender la ausencia del cuidador o la separación con respecto a él, así como para predecir su vuelta (7). Cuando esto se produce con cierta recurrencia, pueden emerger estrategias inseguras de apego en el niño o, paralelamente, deteriorarse los sentimientos de vinculación del cuidador respecto a su hijo.

Otra situación frecuente entre las familias en riesgo de exclusión social es un mayor índice de caos doméstico o familiar (7), lo cual influye sobre las capacidades del cuidador para funcionar como refugio seguro y base segura para el niño, así como en su eficacia para regularle emocionalmente. Por ejemplo, algunas familias que viven en condiciones de hacinamiento no pueden ofrecer al niño una base segura sobre la que explorar con autonomía el entorno, ya que el espacio es compartido con otras familias o no hay una frontera clara entre espacios de juego y espacios peligrosos. En otros casos, la inseguridad que viven algunas familias en cuanto a la salud, la violencia contextual o la incertidumbre en relación con su futuro, comprometen las capacidades del cuidador para funcionar como refugio seguro, consolar al niño u organizar sus sentimientos.

Así mismo, la pobreza o la exclusión social pueden traer consigo alteraciones en la función reflexiva de los padres y en sus representaciones acerca del niño, de sí mismos como cuidadores y de la relación con el niño. El adulto no sólo va a experimentar dificultades para responder adecuadamente a su hijo, sino también para interpretar las conductas de éste de forma empática y haciendo sobre él atribuciones realistas. En estos contextos, el niño puede constituirse involuntariamente como representante de aspectos negativos de la vida actual o de las experiencias traumáticas tempranas de los cuidadores.

La intervención destinada a población en riesgo psicosocial debe ofrecer recursos preventivos, que actúen sobre la etapa más temprana de la vida, y que frenen la transmisión intergeneracional de la exclusión, ofreciendo una oportunidad para la resiliencia. Esta intervención ha de focalizarse, entonces, sobre el trabajo con los vínculos tempranos.

Primera Alianza es un programa breve de intervención familiar, que pretende dar servicio a esta necesidad. Este programa, a diferencia de otros presentes en el mundo de la intervención psicosocial, se diseña con el objetivo de pro-

mover o reparar los vínculos afectivos tempranos, entre niños de 1 a 6 años y sus cuidadores primarios. Este objetivo se descompone en dos objetivos específicos; mejorar la interacción y estimular la función reflexiva de los cuidadores. Este programa, innovador en el contexto español, adapta gran parte de sus estrategias del programa estadounidense *Circle of Security* (1), el cual se desarrolla desde hace más de 10 años, también en contextos de vulnerabilidad.

Además de trabajar sobre procesos generales de la vinculación, Primera Alianza también trabaja aspectos individuales de cada familia, atendiendo a sus fortalezas y debilidades específicas. Ello es posible gracias al proceso de evaluación que se realiza, previo a la intervención. En este proceso se recoge información tanto de la interacción niño-cuidador (detección y respuesta ante las necesidades del niño, ajuste del ritmo, capacidad de reparación, etc), como de las representaciones del cuidador (atribuciones, expectativas, fantasmas, estilos de procesamiento emocional, etc).

PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN

Los principios que rigen la intervención del programa son tres; la brevedad, estar basado en fortalezas, y estar basado en la experiencia:

¶ Primera Alianza se considera breve porque su duración total es de 12 semanas, de las cuales 8 son de intervención y las 4 restantes corresponden a procesos de evaluación, tanto inicial como final. Esta característica aporta dos grandes ventajas en comparación con programas de mayor duración. En primer lugar, existen más probabilidades de compromiso y de asistencia, pues cumplir metas a corto plazo resulta más fácil, sobre todo cuando las condiciones del contexto no son muy favorables. Así mismo, evita la aparición de dinámicas de dependencia, promoviendo el empoderamiento de los participantes. Esto se ve apoyado además, en estudios como el de Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, y Juffer(8) en el que realizan un metaanálisis sobre distintos programas de intervención en la mejora del vínculo niño-cuidador, y demuestran que los modelos de prevención focalizados y breves dan resultados equivalentes e incluso mejores que los de programas prolongados.

¶ Primera Alianza apuesta por rescatar las fortalezas de cada familia, especialmente las relacionadas con sus competencias parentales. Dejamos de mirar desde un modelo del déficit, preguntarnos por cuánto se ajustan las familias a un modelo estándar, y pasamos a preguntarnos acerca de cómo se ajusta cada familia a las necesidades concretas de sus hijos, en las condiciones específicas en que viven sus miembros. Desde estas fortalezas, promovemos en los participantes un cambio de mirada hacia sí mismos que les dota de sentimientos de capacidad y de *buen hacer*; permitiéndoles enfrentarse a sus dificultades desde otro lugar. Según Stern (9), este tipo de aproximación tiene un efecto profundo que va más allá de mantener a los beneficiarios en el tratamiento, pues contribuye a transformar positivamente las representaciones de los padres acerca de sí mismos como cuidadores, dotando su experiencia de parentalidad de mayor sentido.

¶ Para promover un cambio en la función reflexiva de los participantes debemos generar un espacio donde la información no sea recibida pasivamente, sino que sea elaborada y trabajada activamente por los cuidadores, con la guía y apoyo de los técnicos. Para promover un espacio que dé lugar a la auto-observación y la reflexión es necesario que los participantes se sientan seguros, es decir, nosotros mismos debemos ser base y refugio seguro para los cuidadores, de tal forma que ellos puedan serlo con sus hijos (1).

METODOLOGÍA

Primera Alianza, además, cuenta con una metodología innovadora en el campo de la intervención social. Ésta se centra fundamentalmente en dos herramientas; el uso del grupo y la técnica de video-feedback.

¶ Primera Alianza apuesta por una intervención *grupal* ya que son varias las ventajas que presenta. En primer lugar, el grupo funciona como contenedor y regulador de emociones difíciles; el cuidador puede apoyarse en las expresiones que hacen otros miembros del grupo que entienden su situación, que le pueden dar sentido a su experiencia y que, incluso, pueden pensar por él cuando sus capacidades están bloqueadas. El grupo trabajaría en este sentido como promotor de la función reflexiva (5). Así mismo, es un espacio donde emergen soluciones realistas que provienen de otros padres y esto posee una doble función; por un lado se potencian los lazos comunitarios y los sentimientos de eficacia, y por otro, se reducen los sentimientos de estigmatización, pues se pretende que sea el grupo el productor del conocimiento y el protagonista del cambio, allanando lo máximo posible la asimetría entre usuarios y profesionales, presente en modelos más tradicionales.

¶ El *video-feedback* consiste en visualizar y analizar secuencias de vídeo grabadas previamente. En el contexto de Primera Alianza, se analizan microsecuencias, significativas, de interacción entre el niño y el cuidador, donde el objetivo fundamental es aumentar la sensibilidad parental. Estas microsecuencias son seleccionadas por los técnicos de la grabación completa, para mostrar funcionamientos, tanto armónicos, como conflictivos de la díada. Observarse en un momento temporal distinto al del suceso, y en un contexto de seguridad, como lo es el grupo, facilita el trabajo en varios aspectos. En primer lugar permite que, sucesos (tanto verbales como no verbales) que ocurren muy rápido en la interacción, puedan ser analizados y hacerse conscientes. En segundo lugar, la imagen informa sobre acontecimientos que es más difícil discutir o negar, y por tanto, nos acerca más rápido al diálogo y la reflexión con el cuidador, sorteando defensas psicológicas.

Esta técnica, empleada en múltiples programas de intervención, ha resultado altamente eficaz en el aumento de las capacidades parentales (10), por encima de los resultados obtenidos en programas que no incluyen esta técnica (11).

La aplicación del programa está manualizada y detallada, de forma que, con la formación previa, pueda replicarse

fácilmente y con fiabilidad. Salvo la primera y la última sesión, la estructura las sesiones se compone fundamentalmente de 4 apartados:

¶ *Repaso de episodios relacionales:* Al principio de cada sesión, los participantes comparten con el grupo dos momentos relacionales con el niño, que se hayan producido durante la última semana; uno de ellos debe ser agradable, fácil y/o positivo, y el otro desagradable, difícil y/o negativo. Esta actividad permite convocar al niño desde el inicio de las sesiones, focalizando las intervenciones en el componente relacional, así como estimular la función reflexiva, apoyándonos en los principios y estrategias aportadas en sesiones anteriores.

Las funciones básicas de los técnicos en este proceso son: detectar y validar las emociones vividas por el cuidador, devolver las experiencias narradas en términos vinculares desde el prisma del apego (necesidades básicas del niño, señales, exploración y apego, papel del cuidador, etc.) y reencuadrar las dificultades y experiencias desagradables en posibles oportunidades positivas que no están pudiendo desplegarse.

¶ *Presentación de principios teóricos:* En muchas ocasiones, el aumento de la sensibilidad y el cambio en las representaciones comienzan con un conocimiento más realista de las necesidades básicas del niño pequeño, de los procesos que definen una relación segura al principio de la vida, etc. Por ello, cada sesión introduce algún concepto evolutivo o relacional básico, acerca del que se discute en grupo, con el objetivo de promover procesos de reflexión en los participantes y de reajuste de sus expectativas, atribuciones, etc.

¶ *Video-feedback:* Éste es el componente de mayor calado experiencial del programa, y por ello le dedicamos la mayor parte de cada sesión. Mostramos al grupo 2-3 secuencias significativas de interacción niño-cuidador, acerca de la cual el grupo reflexiona y discute. Por cada sesión, se muestran secuencias correspondientes a dos de los integrantes del grupo. Durante las cuatro primeras sesiones se exponen secuencias armónicas, y durante las 3 últimas, se exponen secuencias difíciles.

¶ *Frase de la semana:* Los últimos minutos de cada sesión se dedican a que cada miembro del grupo (incluidos los técnicos) escriban sobre un trozo de cartulina una frase que sintetice el aprendizaje más importante que han recibido en dicha sesión. Algunos cuidadores refieren insights acerca de sí mismos, de sus hijos o de la relación. Los aprendizajes son distintos en función de las experiencias particulares de cada participante, su historia relacional, etc. El objetivo de esta actividad es ofrecer a los participantes la oportunidad de construir principios sintéticos, de fácil memorización y coherentes con su experiencia relacional idiosincrática. Con ello, se potencia un aprendizaje profundo, así como una experiencia de continuidad entre sesiones.

Por último, se exponen los resultados preliminares del programa, que informan sobre cambios positivos en:

- >1 La calidad de la interacción niño-cuidador.
- >1 Las capacidades del cuidador para detectar y comprender los estados internos del niño.
- >1 Las capacidades del cuidador para regularse eficazmente cuando se relaciona con su hijo.
- >1 Una experiencia de parentalidad más positiva y dotada de sentido.

Estos resultados se han obtenido a través de una evaluación cualitativa sobre el impacto del programa en los participantes. A pesar de que estos resultados nos hablan sobre la bondad del programa, actualmente estamos trabajando en la validación de un instrumento observacional que permita evaluar, de forma objetiva y cuantitativa, los cambios en la calidad de la interacción entre el niño y sus cuidadores.

La medición sobre la eficacia de los programas de intervención en el ámbito psicosocial, en el contexto español, es todavía escasa. Por ello, su evaluación debe convertirse en un objetivo fundamental de todos aquellos equipos que ponemos en marcha programas de intervención, bien sean novedosos o adaptados de otros países o contextos •

REFERENCIAS

1. Zeanah C. Handbook of infant mental health (3rd ed.). New York, NY, US: Guilford Press; 2009.
2. Caspers K, Yucuis R, Troutman B, Spinks R. Attachment as an organizer of behavior: Implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. Substance Abuse Treatment, Prevention, And Policy. 2006 Nov 2.
3. Dutton D, White K. Attachment insecurity and intimate partner violence. Aggression And Violent Behavior. 2012 Sep; 17(5): 475-481.
4. Gore J, Rogers M. Why do I study? The moderating effect of attachment style on academic motivation. The Journal Of Social Psychology. 2010 Sep; 150(5): 560-578.
5. Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. Infant Mental Health Journal. 2003 May; 24(3): 212-239.
6. Thompson R. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.). Jude Cassidy, Phillip R Shaver, Jude (Ed) Cassidy, Phillip R. (Ed) Shaver, editors New York, NY, US: Guilford Press; 2008. p. 348-365.
7. Howard K, Martin A, Berlin L, Brooks-Gunn J. Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families. Attachment & Human Development. 2011 Jan; 13(1): 5-26.
8. Bakermans-Kranenburg M, van IJzendoorn M, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. Psychological Bulletin. 2003 Mar; 129(2): 195-215.
9. Stern D. The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. New York, NY, US: Basic Books; 1995.
10. Fukkink R. Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. Clinical Psychology Review. 2008 July; 28(6): 904-916.
11. Bakermans-Kranenburg M, Van IJzendoorn M, Juffer F. Disorganized Infant Attachment and Preventive Interventions: A Review and Meta-Analysis. Infant Mental Health Journal. 2005 May; 26(3): 191-216.

PROYECTOS DE LEY DE MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA COMO INSTRUMENTOS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA

Salomé Adroher Biosca

Directora General de Servicios para la Familia e Infancia. MSSSI

El pasado 20 de febrero de 2015 fue aprobada por el Consejo de Ministros la remisión a las Cortes Generales, para su oportuna tramitación, de los Proyectos de Ley y de Ley Orgánica de Modificación del sistema de Protección a la Infancia y a la adolescencia. La protección de los menores ante la violencia se configura como un eje transversal e integral de toda la reforma. Esta reforma da cumplimiento a las diversas observaciones del CNUDN de 2010; 33,35, 37,42, 47, 56 y 62. Si bien no se trata de una ley integral contra la violencia en la infancia (recomendación 38) tanto esta reforma como la del Código penal y la del Estatuto de la víctima contemplan la lucha contra la violencia en la infancia como objetivo fundamental. Recogeré sus claves fundamentales.

1. UN NUEVO MARCO DE DERECHOS DE LA INFANCIA

Estos PL establecen un nuevo marco de derechos de los menores en España. Señalaré a continuación algunas de las concreciones de este nuevo marco relativas o relacionadas con la lucha contra la violencia en la infancia:

I.- LA CONCRECIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR

La reforma, de acuerdo con la Recomendación General nº 14 de Comité de Derechos del niño, define el **interés superior del menor**, por vez primera en el ordenamiento jurídico español desde un contenido triple. Por una parte, como derecho sustantivo en el sentido de que el menor tiene derecho a que, cuando se adopte una medida que le concierna, sus mejores intereses hayan sido evaluados y, en el caso de que haya otros intereses en presencia, se hayan ponderado a la hora de llegar a una solución. Por otra, es un principio general de carácter interpretativo, de manera que si una disposición jurídica puede ser interpretada en más de una forma se debe optar por la interpretación que mejor responda a los intereses del menor. Pero además, en último lugar, este principio es una norma de procedimiento. En estas tres dimensiones, el interés superior del menor tiene una misma finalidad: asegurar el respeto completo y efectivo de todos los derechos del menor así como su desarrollo integral. Pues bien, entre los criterios generales se alude expresamente a la *conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia* (art. 2 LOPJM).

II.- LA REGULACIÓN DEL DERECHO DEL MENOR A SER OÍDO

Bajo la defensa del citado principio, la reforma promueve la participación de los menores a través del derecho a que sean oídos y escuchados, lo que



incluye a los menores de doce años siempre que tengan madurez suficiente.

Se regula el derecho de los menores a que los procesos judiciales no sean "violentos" con ellos: la necesidad de que sean informados previamente en un lenguaje comprensible, accesible y adaptado; el carácter preferente de los procedimientos judiciales o administrativos en los que participen, la asistencia de profesionales cualificados o expertos entre otros (art. 9 LOPJM).

III.- LA INCLUSIÓN DE LOS MENORES COMO "SUJETOS" EN LA LEY DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Esta reforma considera a los menores como víctimas directas de la violencia de género (art. 11.2 LOPIVG), modificando diversos preceptos de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004. Además se introduce en la LOPJM una previsión específica que procura la permanencia del menor con su madre: art. 12.3. *"Cuando los menores se encuentren bajo la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de una víctima de violencia de género o doméstica, las actuaciones de los poderes públicos estarán encaminadas a garantizar el apoyo necesario para procurar la permanencia de los menores, con independencia de su edad, con aquélla, así como su protección, atención especializada y recuperación"*.

IV.- LA CONSIDERACIÓN DE DETERMINADOS GRUPOS DE MENORES VULNERABLES (ENTRE ELLOS LOS VÍCTIMAS DE TRATA) COMO SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN

Así se señala en el artículo 10.3: *"Las administra-*

ciones públicas velarán por los grupos especialmente vulnerables como los menores extranjeros no acompañados, los que presenten necesidades de protección internacional y los que sean víctimas de abusos sexuales, explotación sexual, pornografía infantil, de trata o de tráfico de seres humanos, garantizando el cumplimiento de los derechos previstos en la ley".

Además, se incorpora en relación a la determinación de la edad, el principio de presunción de la minoría de edad que garantiza su mejor protección en línea con lo que el Defensor del pueblo había reclamado: "*Cuando no pueda ser establecida la mayoría de edad de una persona, será considerada menor de edad a los efectos de lo previsto en esta ley, en tanto se determina su edad. Las técnicas médicas de determinación de la edad de los menores se someterán al principio de proporcionalidad"* (art. 12.4).

Los menores víctimas de trata se beneficiarán como menores extranjeros no acompañados, además, de diversas previsiones al efecto recogidas en los artículos 10 (3, 4, y 5), 12 (4), 14, 19 bis (5) todos ellos de la LOPJM y 172 (4 y 5) del Código civil.

V.- LA REGULACIÓN DE LOS CENTROS DE PROTECCIÓN PARA MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA

La regulación por Ley Orgánica de los centros residenciales para estos menores, era una cuestión reiteradamente reclamada no solo por la ONU (Recomendación 42 de 2010) sino también por otras instituciones tales como el Defensor del Pueblo o la Fiscalía General del Estado, además de diversas Organizaciones no gubernamentales tales como Amnistía Internacional y otros (arts. 25 a 35 LOPJM).

Son centros para menores que ingresan, en un número cada vez más elevado, a petición de sus propias familias, ante situaciones muy conflictivas derivadas de problemas de comportamiento agresivo, inadaptación familiar y graves dificultades para ejercer la responsabilidad parental. Su situación psicológica y social demanda soluciones diferentes a las que ofrecen los centros de protección ordinarios. Dado que su regulación puede, en ocasiones, incidir en los derechos fundamentales debe tener el carácter de ley orgánica, y en ella se han determinado los límites de la intervención y se regulan, entre otras cuestiones, las medidas de seguridad como la contención, el aislamiento o los registros personales y materiales, así como otras medidas como la administración de medicamentos, el régimen de visitas, los permisos de salida o sus comunicaciones, en cada caso.

No obstante, estos centros nunca podrán concebirse como instrumentos de defensa social frente a menores

conflictivos sino como centros que en los que se adoptan medidas educativas. En ellos se deben proporcionar a los menores con problemas de conducta un marco adecuado para la educación, la normalización de su conducta y el libre y armónico desarrollo de su personalidad. La justificación de recursos específicos destinados a atender graves problemas del comportamiento radica en la necesidad de proporcionar a estos menores un contexto más estructurado socio-educativo y psicoterapéutico, que solo un programa específico pueda ofrecerles, tratando el problema desde un enfoque positivo y de oportunidades.

2. LA PROTECCIÓN, PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN CONTRA LA VIOLENCIA COMO NUEVO PRINCIPIO RECTOR DE LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA

La protección de la violencia contra la infancia, se configura además como nuevo principio de la actuación administrativa, y se establece la obligación de los poderes públicos de desarrollar actuaciones de prevención, sensibilización, etc. Estas reformas incorporan las Recomendaciones 35 y 37 del CNUDN de 2010 además de recoger explícitamente la prohibición de los castigos físicos humillantes y denigrantes¹.

3. MALTRATO Y DESAMPARO

En esta reforma se define también por vez primera a nivel estatal el desamparo como situación del menor que legitima a las Administraciones públicas a retirarlo de su familia y adoptar respecto de él una medida de protección (art. 18 LOPJM).

Pues bien; el listado de causas que pueden dar lugar a una declaración de desamparo se refieren básicamente a situaciones de maltrato infantil señalándose expresamente que "*La situación de pobreza de los padres, tutores o guardadores no será en ningún caso la única circunstancia para valorar la situación de desamparo"*.

4. UNA MAYOR PROTECCIÓN FRENTE A LOS DELITOS CONTRA LA INDEMNIDAD SEXUAL

Se establece para todas las personas que, por cualquier medio, tuvieran conocimiento de la comisión de delitos contra la libertad e indemnidad sexual, trata de seres humanos, o explotación de menores, de ponerlo inmediatamente en conocimiento del Ministerio Fiscal, así como la prohibición para las personas que han sido condenadas por sentencia firme por delitos contra la libertad e indemnidad sexual, trata de seres humanos, o explotación de menores, de trabajar o desarrollar actividades con menores (art. 13, 4 y 5 LOPJM). Todo ello se ha incluido en esta reforma para dar cumplimiento a una de las obligaciones adquiridas por nuestro país al ratificar el

¹ Art. 11. 2. Serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores: i) La protección contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, educativo, sanitario o social, la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso.

3. Los poderes públicos desarrollarán actuaciones encaminadas a la sensibilización, prevención, detección, notificación, asistencia y protección de cualquier forma de violencia contra la infancia y la adolescencia mediante procedimientos que aseguren la coordinación y la colaboración entre las distintas Administraciones, entidades colaboradoras y servicios competentes, tanto públicos como privados, para garantizar una actuación integral.

Convenio del Consejo de Europa relativo a la Protección de los Niños contra la Explotación y abuso Sexual de 25 de octubre de 2007 (Convenio de Lanzarote)

5. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA POR INTERNET

Se introducen en los PL diversas disposiciones que atienden a la Recomendación del CNUDN 33 sobre los riesgos derivados de las TICS y los MCS. Así se presta especial atención a la alfabetización digital y mediática, de forma adaptada a cada etapa evolutiva, que permita a los menores actuar en línea con seguridad y responsabilidad. Las administraciones públicas incentivarán la producción y difusión de materiales informativos y otros destinados a los menores, que respeten los criterios enunciados, velando porque los medios de comunicación en sus mensajes dirigidos a menores promuevan los valores de igualdad, solidaridad, diversidad y respeto a los demás, evitando tratos discriminatorios, *con especial referencia a las personas con discapacidad.*

En este sentido, se modifican los apartados 1 y 3 del artículo 5 de la LOPJM, para velar los derechos de la infancia en Internet que se redactan como sigue:

"1. Los menores tienen derecho a buscar, recibir y utilizar la información adecuada a su desarrollo.

Se prestará especial atención a la alfabetización digital y mediática, de forma adaptada a cada etapa evolutiva, que permita a los menores actuar en línea con seguridad y responsabilidad y, en particular, identificar situaciones de riesgo derivadas de la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación así como las herramientas y estrategias para afrontar dichos riesgos y protegerse de ellos.

.../..

3. Las administraciones públicas incentivarán la producción y difusión de materiales informativos y otros destinados a los menores, que respeten los criterios enunciados, al mismo tiempo que facilitarán el acceso de los menores a los servicios de información, documentación, bibliotecas y demás servicios culturales incluyendo una adecuada sensibilización sobre la oferta legal de ocio y cultura en Internet y sobre la defensa de los derechos de propiedad intelectual.

En particular, velarán porque los medios de comunicación en sus mensajes dirigidos a menores promuevan los valores de igualdad, solidaridad, diversidad y respeto a los demás, eviten imágenes de violencia, explotación en las relaciones interpersonales, o que reflejen un trato degradante o sexista, o un trato discriminatorio hacia las personas con discapacidad. En el ámbito de la autorregulación, las autoridades y organismos competentes impulsarán entre los medios de comunicación, la generación y supervisión del cumplimiento de códigos de conducta destinados a salvaguardar la promoción de los valores anteriormente descritos, limitando el acceso a imágenes y contenidos digitales lesivos para los menores, a tenor de lo contemplado en los códigos de autorregulación de contenidos aprobados.

Se garantizará el derecho a la accesibilidad de los menores con discapacidad en dichos materiales y servicios, de acuerdo con las posibilidades tecnológicas.

Los poderes públicos y los prestadores fomentarán el disfrute pleno de la comunicación audiovisual para los menores con discapacidad y el uso de buenas prácticas que evite cualquier discriminación o repercusión negativa hacia dichas personas."

6. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA ENTRE IGUALES

Desde la concepción de los menores como ciudadanos, se les reconoce como corresponsables de las sociedades en las que participan y, por tanto, no solo titulares de derechos sino también de deberes. Estas modificaciones están relacionadas con la Recomendación 37 del CNUDN de 2010.

Si se ha hecho referencia anterior a los casos, cada vez más frecuentes, de violencia entre iguales, ha parecido oportuno incluir en esta reforma el deber de respeto a los otros, tanto en el ámbito familiar como en el escolar y en el social. Destaco la regulación de estos dos últimos:

Art. 9 quater: 2. Los menores tienen que respetar a los profesores y otros empleados de los centros escolares, así como al resto de sus compañeros, evitando situaciones de conflicto y acoso escolar en cualquiera de sus formas, incluyendo el ciberacoso escolar o cyberbullying.

Art. 9 quinquies: 2. Los deberes sociales incluyen, en particular:

a) Respetar la dignidad, integridad e intimidad de todas las personas con las que se relacionen con independencia de su edad, nacionalidad, origen racial o étnico, religión, sexo, orientación e identidad sexual, discapacidad, características físicas o sociales o pertenencia a determinados grupos sociales, o cualquier otra circunstancia personal o social ●

ASPECTOS INNOVADORES EN LA ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

Juan M. Gil Arrones

Pediatra EBAP.

Centro de Salud "Santa Ana",
Sevilla.

INTODUCCIÓN

La atención al Maltrato Infantil (MI) en nuestro país ha mejorado en los últimos años por la suma de diferentes factores:

- La evolución en el propio concepto y el conocimiento del problema.
- La conciencia social que se ha generado en torno al MI.
- La disponibilidad de un marco legislativo y de recursos adecuados.

Esta evolución, no obstante, se ha producido de un modo desigual en las diferentes partes del territorio en función de la existencia de iniciativas que han partido de los profesionales o de las instituciones, de la decisión política a la hora de legislar y a la de destinar recursos y, de la progresiva y lenta capacidad de coordinación de las diferentes instituciones con responsabilidad en la salud, protección, educación, justicia, fuerzas de seguridad, entre otras.

La experiencia de los últimos veinte años nos ha permitido avanzar en el conocimiento y en el abordaje del problema desde unos planteamientos de atención integral a las necesidades de la víctima, basada en el derecho, que ha tenido que adaptarse a los cambios en el concepto y en la propia tipología del maltrato en la infancia y adolescencia⁽¹⁾.

No obstante los indudables avances que se han producido, es necesario seguir mejorando la atención de quienes padecen alguna forma de maltrato durante la infancia y, en este sentido, con los recursos de los que disponemos en la actualidad y con los que sean necesario generar, debemos hacer propuestas innovadoras para mejorar la calidad de nuestra asistencia.



Cuando está muy desarrollado el marco teórico y diseñados los dispositivos asistenciales a grandes rasgos, es necesario analizar las actuaciones y los procedimientos más pequeños de los que dependen que los resultados sean satisfactorios o, por el contrario, puedan incrementar la situación adversa y el grado de sufrimiento de quien lo padece.

La presentación y puesta en marcha de propuestas innovadoras debe servir para mejorar el conocimiento del problema, la asistencia por parte de los profesionales y la respuesta de las instituciones; con lo que podremos evitar o minimizar formas de revictimización y garantizar las posibilidades de recuperación del proyecto vital de las víctimas.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN AL MI DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

Podemos coincidir en que los Servicios de Salud, esto es, los Centros de Salud, Hospitales, y en general todas las unidades asistenciales, tienen como institución tres objetivos fundamentales frente a las personas menores de edad que padecen o están en riesgo de padecer alguna forma de maltrato:

1. Dar o facilitar una respuesta integral y adecuada a sus necesidades como posible víctima.
2. Atender a las consecuencias derivadas del MI y prevenir secuelas.
3. Colaborar con instituciones de protección y de justicia.

Las propuestas innovadoras deben ser útiles y contribuir a facilitar el cumplimiento de estos objetivos, en la medida en que permitan:

¶ Dar una respuesta adecuada al problema y adaptada a la víctima en ese momento.

¶ Atender a las necesidades integrales de la persona.

¶ Basada en su derecho.

¶ Aportar soluciones a la persona y a la familia.

¶ Una optimización de los recursos.

¶ Y esté integrada en la estructura del Centro; esto es:

- Está contemplada en los objetivos del Centro y asumida como responsabilidad de los órganos de dirección.

- Impulsa a profesionales referentes en cada disciplina y en cada especialidad que participan en la asistencia de estas personas.
- Favorece el conocimiento de los profesionales sobre el problema.
- Está basada en el trabajo en equipos funcionales e interdisciplinarios.
- Facilita recursos adecuados de espacio, tiempo y medios materiales.

Las propuestas innovadoras deben aportar elementos para llevar a cabo, en la práctica, cada uno de estos puntos.

ESTRATEGIA

Probablemente la gran aportación estratégica para el abordaje del MI ha sido el enfoque intersectorial e interdisciplinario, definido en el desarrollo normativo y legal en los últimos años (2,3,4,5).

En este enfoque, los profesionales de cada sector constituyen una parte y una aportación necesaria en la respuesta al conjunto del problema. Los profesionales de salud participamos en una serie de actuaciones que se complementan entre sí para dar una respuesta adecuada e integral con respecto a la salud, protección, educación y justicia.

No obstante, en algunos aspectos y en no pocas ocasiones, se trata de una estrategia de colaboración entre instituciones que está por desarrollar.

Si bien existen convenio y protocolos de cooperación entre instituciones a nivel provincial, autonómico o nacional, falta por desarrollar una estrategia de **trabajo coordinado en todos los niveles, pero especialmente en el nivel básico** entre profesionales de los diferentes sectores implicados; especialmente médicos clínicos, forenses, psicólogos, jueces, policías, profesores y trabajadores sociales.

Desde mi punto de vista, es ahí donde es necesario hacer propuestas y generalizar experiencias innovadoras en la actualidad, dentro de la estrategia de abordaje intersectorial.

PROTOSCOLOS DE COORDINACIÓN DE INSTITUCIONES

Otro instrumento que ha permitido

avanzar en el abordaje del MI ha sido la concreción de medidas de coordinación entre instituciones plasmada en protocolos (6).

Los diferentes protocolos de coordinación existentes entre instituciones de los distintos niveles territoriales, deben servir para concretar su colaboración en algunos aspectos necesarios:

- Ñ Compartir objetivos y una actitud de colaboración.
- Ñ Compartir criterios de calidad en la atención a la víctima.
- Ñ Compartir información.
- Ñ Compartir recursos.

Si se llevan a la práctica estos acuerdos para compartir actitud, objetivos, criterios, información y recursos, se podrá facilitar el trabajo coordinado y mejorar la calidad asistencial en el nivel básico, de trabajo operativo, entre profesionales de Salud, Servicios Sociales, Policía, Justicia y Educación, entre otros.

En este sentido, la aportación innovadora que toca ahora debe dar respuestas a algunas **cuestiones que están en la base de la puesta en práctica de los diferentes acuerdos firmados entre las instituciones:**

- ¿Quién asume la coordinación y la implementación?
- ¿Igualdad-Protección? ¿Salud? ¿Justicia?
- ¿Presidencia? ¿Una comisión de Gobierno?
- ¿Comisiones provinciales?

...Quien quiera que sea, debe tener capacidad para introducir cambios necesarios en los procedimientos y en la gestión de recursos de las diferentes instituciones. Lo innovador, en estos aspectos, consiste en encontrar una fórmula que permita una toma de decisiones operativa e integradora de todos los recursos.

COMISIONES LOCALES DE ATENCIÓN AL MI

En este sentido, existen experiencias que son muy innovadoras en la coordinación institucional a nivel local; como ejemplo presento la Comisión Municipal de Maltrato Infantil, del

Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén, que comprende los Hospitales de Úbeda y Linares con los Distritos de Atención Primaria correspondientes (7).

Esta Comisión Local surge a iniciativa del director de la Unidad de Gestión Clínica, el Dr. D. Juan Alonso Cózar, por la necesidad de "**Consensuar mecanismos y procedimientos** de actuación que permitan a las diferentes instituciones y profesionales implicados cooperar de manera eficaz para conseguir la protección del menor, evitando la duplicidad de actuaciones, disparidad de criterios y objetivos"; y, para "**mitigar los procesos de victimización secundaria**, inspirándose en el principio de mínima intervención, evitando actuaciones repetitivas, con criterios de celeridad, especialización, coordinación e interdiscipliniedad".

Está compuesta por representantes de diferentes instituciones implicadas, lo que ya es un logro constituir y mantener a lo largo de los tres años de evolución:

Concejal/a de Servicios Sociales que actuará como Presidente/a

- El Director o Coordinador de Servicios Sociales Comunitarios
- Un representante de los Juzgados
- Un representante de la Fiscalía de Menores
- Un representante de la Policía Local y Nacional
- Un representante del Sistema Público de Educación
- Un representante del Sistema Sanitario Público
- Centro Municipal de Información a la Mujer

Y se plantea como funciones:

- 1ª. Implantar el "*Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía*", firmado en Córdoba el 20 de Noviembre de 2002, que establece las competencias y funciones de cada uno de los organismos implicados.
- 2ª. Informar a los organismos competentes en materia de menores de

aquellas actuaciones que se consideren oportunas.

- 3ª. Elaborar un informe semestral del seguimiento de los casos atendidos.

Esta Comisión a su vez designará a los profesionales de las instancias implicadas para la constitución de un Equipo técnico de Trabajo, (*Equipo Municipal de Maltrato Infantil*), cuya composición está en función de los expedientes que se vayan a ver en cada sesión; lo que representa una nueva forma de trabajar y un avance metodológico de gran utilidad para mejorar la calidad asistencial y de los procedimientos.

Fruto de su evolución, tiene previsto ampliar su enfoque y pasar constituirse como "Comisión de Apoyo al Buen Trato a la infancia".

PROTOCOLOS DE ASISTENCIA EN LOS CENTROS DE CADA SECTOR

No ha sido fácil ordenar y protocolizar los procedimientos dentro de cada sector pero, en la actualidad, está prácticamente generalizado el uso de Protocolos en las diferentes instituciones. En el ámbito de los protocolos de actuación para profesionales e instituciones, un aspecto innovador fundamental ha consistido en reconocer a la persona menor de edad que lo padece o se sospecha que lo puede padecer, como **sujeto de derecho frente al MI y ante los procedimientos asistenciales** que requiere: toda persona menor de edad tiene derecho a que sean satisfechas sus necesidades básicas y a recibir un buen trato que le permita tener un desarrollo adecuado y una vida sana, feliz, integrada en la sociedad y a recibir la asistencia necesaria en condiciones adaptadas a sus necesidades. Una consecuencia derivada de este reconocimiento es, que si no se respetan sus derechos, por este hecho debe ser considerada como objeto de maltrato (8,9).

A lo largo de estos años, a partir de la ofrecida por el Centro Internacional de la Infancia, en 1980 en París, diferentes definiciones se han sucedido y han ido aportando criterios para poder concretar el concepto de MI y, sobre todo, poderlo detectar y tratar como convenga. Se ha evolucionado a un **concepto ampliado**,

que excede a lo establecido en el Código Penal.

No todas las formas de maltrato ni todos los casos deben inscribirse ni considerarse tributarios de un procedimiento judicial. Ni todos los casos de maltrato, en el sentido amplio del concepto, deben considerarse delito ni, por lo tanto, los que no se consideren delito dejan de ser maltrato por este hecho. En este sentido debemos recordar, por ejemplo, que la forma más frecuente de maltrato en la infancia es el abandono de cuidados necesarios que, excepcionalmente implica responsabilidad civil o penal. La adaptación del concepto de maltrato a los criterios sociales y legales y a la nueva tipología, acoso escolar y a través de las redes de comunicación social, por ejemplo, constituye un importante aspecto innovador que ayuda a la adecuada consideración de los casos y a su notificación y abordaje.

Por otra parte, propuestas innovadoras recientes como el *Protocolo de Intervención Sanitaria en Casos de Maltrato Infantil*, de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, iniciado en 2014, incorporan **criterios operativos** que facilitan la toma de decisiones adecuadas basadas en las necesidades asistenciales del menor, y contribuyen a evitar errores y a reducir la variabilidad asistencial (10).

Estos criterios basados en la valoración del riesgo vital que padece o puede padecer la víctima de MI, o el riesgo de desprotección, o la consideración del tiempo transcurrido hasta el momento de ser atendido, o la relación intra o extrafamiliar con el posible autor, sirven, además, para desarrollar el concepto de "gravedad" desde el comienzo del estudio del MI.

Los profesionales de la salud que atienden a menores con sospecha de padecer alguna forma de MI desarrollan unas funciones específicas que suponen una aportación necesaria al conjunto de profesionales y de instituciones; desde la detección de indicadores, la valoración de los mismos y del impacto para la salud, el diagnóstico del MI y la gestión de la información como base de la colaboración intersectorial, hasta la participación en el tratamiento y en la recuperación del proyecto vital (10).

En la aportación desde el sector de la salud ha sido muy importante incorporar el mensaje de que basta tener la sospecha para iniciar la notificación y el proceso de seguimiento; y, de la misma forma, es importante reforzar la inclusión del MI en el **diagnóstico diferencial** si existen síntomas o indicadores objetivos de sospecha.

Los protocolos de los que disponemos sirven para concretar criterios estandarizados a la hora de realizar entrevistas y exploraciones en casos de sospecha de abuso sexual y de otras formas de maltrato, así como para facilitar la conclusión de un diagnóstico clínico del maltrato expresado en una escala de probabilidad que, en cualquier grado, exija y posibilite llevar a cabo las medidas necesarias de prevención o de tratamiento integral de la situación (11,12).

Algunos, como el protocolo de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, dan un paso más en la valoración inicial del MI, desarrollándola en criterios como la posible existencia de riesgo vital y de desprotección, superando la mera gravedad de las lesiones.

Otro aspecto innovador en la asistencia de salud es, sin duda, la consideración de las situaciones o los factores de riesgo social como un riesgo de padecer abandono o negligencia y, por lo tanto, un factor de riesgo de padecer MI, de gran interés puesto que nos permite trabajar en su prevención (13,14).

A través de la gestión de la información, del intercambio y notificación y de los informes periciales, el profesional sanitario tiene una importante participación en la protección del menor-víctima. A veces todo el procedimiento de protección depende de la actuación inicial y de la notificación del Pediatra, del Enfermero, de Ginecólogos, Médicos de Familia y de cuantos especialistas intervienen en la asistencia de cada caso.

Posteriormente, el informe clínico o pericial puede facilitar la toma de decisiones en materia de protección o de justicia; en lo que sería un segundo tiempo asistencial en el proceso de valoración.

Por todo ello, los informes, la notificación y, en general la participación de los profesionales de salud debe ser considerada como un acto de colaboración y de implicación, tanto por los responsables de su Centro, como por las instituciones que reciben su información y sus aportaciones.

Pocas cosas son más más gratificantes para el Pediatra, como tener la oportunidad de saberse partícipe en el tratamiento y en la recuperación del proyecto vital del niño o de la niña que padece alguna forma de maltrato, que le libere del miedo y de la inseguridad, y que atienda a sus necesidades integrales; lo que se consigue en la medida en que participa de un equipo funcional de trabajo y es consciente de su responsabilidad.

CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto, es posible concluir que:

1. Es necesario innovar para garantizar una asistencia **profesional** de suficiente calidad.
2. Los resultados de la asistencia a personas menores de edad que padecen formas de MI dependen actualmente, en gran medida, de la "sensibilidad" y del apoyo de los responsables de la **gestión**.
3. Los resultados de la respuesta al problema dependen en gran medida de la formación y **actitud** de los profesionales de salud y de los otros sectores implicados..
4. Es necesario innovar, llevar a cabo a nivel básico nuevos **procedimientos** de atención integral y coordinada a las víctimas de MI.
5. Es necesario **generalizar** las experiencias innovadoras.
6. Son necesarias **políticas integradas** a nivel local de compromiso por la infancia •

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1).- Rodríguez M y cols. Consejería de Salud. Cuadernos sobre Salud y buen trato en la infancia y adolescencia: La intervención ante el maltrato infantil paso a paso. Junta de Andalucía. Sevilla, 2010.

(2).- Carta Europea de los Derechos del Niño. Parlamento Europeo, resolución de 8 de julio de 1992.

(3).- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. BOE nº 15 de 17 de enero de 1.996.

(4).- Gómez de Terreros, I. Protección jurídica del menor. Los derechos del niño. En: Atención a la infancia con patología crónica. Granada, Alhulia (69-98); 2003.

(5).- Consejería de Asuntos Sociales. Ley 1/1998 de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. Junta de Andalucía. Sevilla, 1998.

(6).- Consejería de Asuntos Sociales. Procedimiento de coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos en Andalucía. Junta de Andalucía. Sevilla, 2003.

(7).- Cózar, JA. Comisión Municipal de Maltrato Infantil, del Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén. Red Sabia. Experiencias. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2014.

(8).- Consejería de Salud. Salud y buen trato en la infancia y adolescencia: Consideraciones generales sobre el procedimiento de actuación ante el maltrato infantil. Junta de Andalucía. Sevilla, 2010.

(9).- Consejería de Salud. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.

(10).- Gil Arrones et al. Protocolo de Intervención Sanitaria en Casos de Maltrato Infantil. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2014.

(11).- Pou Fernández J. El pediatra y el maltrato infantil. Ergon. Barcelona, 2010.

(12).- Gancedo Baranda A, et al. Aproximación al manejo del Maltrato Infantil en la Urgencia. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Ergon, 2015.

(13).- Gil Arrones J, Murachelli C, Molina Muñoz MV. Estudio de los factores de riesgo social desde el hospital. Vox Paediatrica 2010; 17(2): 7-11.

(14).- Consejería de Asuntos Sociales. Decreto 42/2002, de 12 de febrero, sobre desamparo, tutela y guarda del menor. Desamparo. Junta de Andalucía 2002.

ACTUACIONES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO FAMILIAR

Pilar Hidalgo Figueroa

Jefa del Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias
Dirección General de Infancia y Familias
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales
Junta de Andalucía

La infancia es un grupo social vulnerable en cualquier sociedad y en cualquier nivel socioeconómico. Si las personas cuidadoras no garantizan su protección, entonces debe ser la administración la que vele por ese derecho fundamental que todos los niños y niñas tienen reconocido.

La protección a la infancia integra tanto la acción protectora en sentido estricto, como la totalidad de actuaciones que desde las distintas instancias sociales aseguran el bienestar infantil. La configuración del Sistema de Atención a la Infancia en Andalucía se inspira en una orientación hacia la prevención primaria y la detección temprana, así como en su inscripción en un marco más amplio de promoción del bienestar infantil.

En Andalucía existe un sistema articulado de atención a la infancia, regulado por un amplio cuerpo normativo, que tiene como base la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. Es en este marco donde las diferentes instituciones atienden a la infancia y a las familias, de acuerdo a su nivel de competencias y en función de la situación de riesgo o desprotección que presentan los y las menores.

Partiendo de lo establecido en el art. 18 de la citada Ley, las Entidades Locales son competentes para el desarrollo de actuaciones de prevención, información y reinserción social en materia de menores, así como para la detección de menores en situación de desprotección y la intervención en los casos que requieran actuaciones en el propio medio. Igualmente son competentes para apreciar e intervenir y aplicar las medidas oportunas en las situaciones de riesgo.

Por su parte, La Ley 1/1998 asigna a la Administración de la Junta de Andalucía la planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la prevención y apoyo a las familias y a la protección de menores, y especialmente el ejercicio de estas funciones cuando se requiere la separación del menor o la menor de su medio familiar.

De este modo, desde la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, a través del área de Prevención y Apoyo a las Familias de la Dirección General de Infancia y Familias, se llevan a cabo una serie de acciones, recursos y programas que van, desde intervenciones más generalistas, a otras dirigidas a situaciones que se han identificado como de alto riesgo, con el objetivo último de evitar la adopción de medidas protectoras, pudiendo diferenciarse las siguientes actuaciones:

- Ñ Actuaciones que de forma más específica van dirigidas a los grupos más vulnerables de familias y menores que viven coyunturalmente, una situación de crisis: Ayudas Económicas Familiares, Mediación Familiar e Intergeneracional, Espacio Facilitador de Relaciones Familiares.
- Ñ Actuaciones para la detección y prevención del Maltrato Infantil: Teléfonos de Atención a la Infancia y Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA).
- Ñ Actuaciones que, desde la perspectiva de la intervención y tratamiento, van destinadas a situaciones que se han identificado de alto riesgo: Programa de Tratamiento a Familias con Menores y Programas de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento a Menores Víctimas de Violencia Sexual en Andalucía.

Ñ PROGRAMAS DIRIGIDOS A FAMILIAS E INFANCIA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD O DIFICULTAD SOCIAL:



¶ Programa de Ayudas económicas familiares.

Regulado por la Orden de 10 de octubre de 2013, se lleva a cabo en colaboración con las Entidades Locales, que lo gestionan a través de los Servicios Sociales Comunitarios. Para su desarrollo, la Junta de Andalucía establece convenios anualmente con todos los Ayuntamientos de municipios de más de 20.000 habitantes y con las Diputaciones Provinciales.

Estas ayudas son prestaciones temporales, dinerarias o en especie, que se conceden a las familias para la atención de las necesidades básicas de menores a su cargo, cuando carecen de recursos económicos suficientes para ello, y están dirigidas a la prevención, reducción o supresión de factores que generen situaciones de dificultad o riesgo social para los y las menores con el fin de favorecer su permanencia e integración en el entorno familiar y social, evitando así situaciones de desprotección que pudieran producirse de continuar las mismas circunstancias. Es por ello que la percepción de estas ayudas implica una intervención social complementaria.

En el año 2014 se han beneficiado de estas ayudas 14.898 familias y 27.526 menores.

¶ Programa "Espacio Facilitador de Relaciones Familiares"

Abarca la ejecución de regímenes de visita, custodia, comunicación y estancia de menores con sus padres y otros miembros de la familia, en los casos en que aquéllos/as se encuentren bajo la tutela o guarda de la Administración Pública competente en la materia de protección de menores o cualquier otro caso de acogimiento familiar.

En el año 2014 se han beneficiado de este programa 348 menores.

¶ Mediación Familiar e intergeneracional

La mediación es un procedimiento de resolución de conflictos en el que los miembros de una familia o grupo convivencial acuerdan voluntariamente que un profesional especializado, imparcial y neutral (mediador/a) les ayude a alcanzar por sí mismos un acuerdo mutuamente aceptado, que contemple las necesidades todas las personas implicadas, especialmente la de los hijos/as.

Con el desarrollo de la Ley 1/2009, de 27 de febrero, Reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía, queda avalada la apuesta por este instrumento para la resolución extrajudicial de conflictos familiares, en el que se llevan a cabo actuaciones enmarcadas asimismo dentro del concepto de "Parentalidad Positiva", dado por la Recomendación 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa (2006) a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a las Familias.

Asimismo, con la implantación del Registro de Mediación Familiar, dentro del marco establecido por esta Ley, se pretende garantizar la máxima calidad en la prestación de este servicio, mediante la profesionalización y acercamiento de este recurso, de modo que la mediación familiar sea accesible, con carácter general, a todos los ciudadanos y ciudadanas que lo demanden, poniendo a su disposición a través del sistema de turnos a las personas mediadoras, profesionales de la mediación familiar, con un coste mínimo tarifado razonable, o bien, sin coste alguno para aquellas personas que se les reconozca el derecho a la mediación gratuita.

En el año 2014 constan inscritas 1.459 personas mediadoras.

¶ Programas de apoyo a las familias con Menores en situación de dificultad y vulnerabilidad

Desde el año 2008 hasta finales del año 2014 los programas preventivos se vinieron desarrollando en las distintas provincias de Andalucía, bajo la modalidad de Convenios de colaboración con entidades privadas sin ánimo de lucro, y al amparo de la Orden de 3 de marzo de 2006, por la que se establecían las bases reguladoras y se convocaban subvenciones para la financiación de programas específicos de atención a menores y familias en dificultad, con la finalidad de apoyar y prestar atención a menores y familias que se encuentran en situación de dificultad, al objeto de evitar que estas situaciones puedan derivar hacia la exclusión social, desintegración familiar o desprotección de menores.

A partir del último trimestre del año 2014 se produce un cambio en la forma de financiación de los programas, pasando del modelo de convenio al modelo de contrato de servicio público. El perfil destinatario de estos programas es el de:

- Familias con hijos o hijas menores que se encuentren en una situación de conflictividad relacional coyuntural y requieren una intervención profesional específica y no susceptible de atención por parte de otros recursos disponibles.
- Familias con hijos o hijas menores que presenten conductas disruptivas, dentro o fuera del entorno familiar, sin que sean susceptibles de ser imputables penalmente.
- Familias con situaciones de violencia intrafamiliar, en las que los progenitores o los menores, acuden a la Fiscalía en demanda de orientación, con o sin voluntad de formular denuncia o de judicializar el conflicto.

En el año 2014 se han beneficiado de estos programas 548 menores.

Ñ PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL:

Ñ11 TELÉFONOS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA

Ñ1 **Teléfono de notificación de situaciones de maltrato infantil (900 85 18 18)**: se trata de un servicio público y gratuito de atención a la ciudadanía, con el que se intenta facilitar su colaboración en la comunicación de los posibles casos de malos tratos a menores que conozcan, de modo que se pongan en marcha las actuaciones precisas por los servicios sociales que garanticen su bienestar. Es atendido por un equipo de profesionales especializados y está disponible las 24 horas. En el año 2014 se han notificado a través de este teléfono situaciones de posible maltrato a 2.036 menores.

Ñ1 **Teléfono de información general en materia de infancia (902 102 227)**: se trata de un servicio mediante el que se presta atención a las demandas de información, orientación o asesoramiento realizadas por los ciudadanos y ciudadanas de temas relacionados con la infancia y adolescencia como por ejemplo recursos, programas y actuaciones del sistema de protección, situaciones familiares problemáticas, acogimiento familiar, adopción, aspectos relacionados con procesos de separación o divorcio, información puntual sobre alguna campaña, actividad, actuación o evento, etc. En el año 2014 se han atendido 358 llamadas.

Ñ1 **"Línea de ayuda a la infancia", 116111**: se encuentra en servicio en nuestra Comunidad Autónoma desde el día 1 de febrero de 2012, como mandato derivado de una directiva europea y dirigido a niños/as y adolescentes. Tiene como objetivos proporcionar ayuda a los y las menores que necesitan protección y darles la oportunidad de expresar sus preocupaciones, hablar sobre los problemas que les afectan directamente y de pedir ayuda en caso de urgencia. Es un servicio gratuito de atención personalizada, que se presta durante las 24 horas, los 365 días del año. En el año 2014 han utilizado esta línea 433 menores.

Ñ11 SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE MALTRATO INFANTIL DE ANDALUCÍA (SIMIA).

Regulado mediante el Decreto 3/2004, de 7 de enero de 2004, modificado por Decreto 81/2010, de 30 de marzo, tiene por objeto proteger a los y las menores a través del adecuado conocimiento epidemiológico de los casos en los que éstos sean objeto de malos tratos, su seguimiento y la coordinación de actuaciones entre las Administraciones Públicas competentes en esta materia.

Desde una perspectiva amplia, se considera maltrato infantil "cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social." (De Paúl, 1988). En este sentido, el Sistema se destina fundamentalmente a la detección, notificación e inscripción de las situaciones de maltrato imputables a los padres, madres o personas encargadas del cuidado de los y las menores, ya sea en el ámbito familiar o institucional, debiéndose utilizar para otras formas de maltrato (violencia entre iguales, acoso escolar, etc.), las vías establecidas para ello.

La hoja de detección y notificación del maltrato infantil, es el instrumento principal para la comunicación de los casos y la obtención de los datos que integran el SIMIA, y su uso se destina, de forma exclusiva, a los titulares de los servicios públicos y el personal de los mismos que detecten durante el ejercicio de su labor profesional, un caso de posible maltrato a menores.

El tratamiento de los datos contenidos en las hojas de detección y notificación se rige según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Desde la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, a través de la Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familias, se colabora con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, integrando los datos que conforman el SIMIA en el Registro Unificado de Casos de Sospecha de Maltrato Infantil (RUMI). Ello posibilita tener una cuantificación objetiva de este fenómeno a nivel nacional, permitiendo una aproximación a la dimensión real del problema que guíe la planificación de las actuaciones de las Administraciones Públicas.

Durante el año 2014, se han incorporado a RUMI 2.679 notificaciones de maltrato infantil. De ellas, el 58,68% corresponden a casos de maltrato leve y moderado, mientras que el 41,32% corresponden a casos de maltrato infantil grave. Los servicios sociales son los principales notificadores de situaciones de maltrato infantil, con un 84,10% de las notificaciones. El 49,50% de las notificaciones son relativas a menores de sexo femenino, y el 50,50% a menores de sexo masculino, correspondiendo el 40,23% de las notificaciones a negligencia, el 34,06% a maltrato emocional, el 22,82% a maltrato físico y el 2,89% a abusos sexuales.

La práctica está poniendo de manifiesto la necesidad de una revisión y modificación del SIMIA, por lo que actualmente se está trabajando en la elaboración de una nueva normativa reguladora que fundamentalmente va a tratar

de agilizar y simplificar el procedimiento, junto con la regulación del 'Instrumento para la Valoración de la Gravedad de las Situaciones de Riesgo, Desprotección y Desamparo de la Infancia y Adolescencia en Andalucía - VALÓRAME'. Este instrumento ha sido diseñado para ser aplicado tanto por los Servicios Sociales de las Entidades Locales (Servicios Sociales Comunitarios y Equipos de Tratamiento Familiar), como por los Servicios de Protección de Menores de las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, para la ejecución de las competencias establecidas en los arts. 18, 22 y 23 de la Ley 1/1998 de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor en relación a la valoración de las situaciones de riesgo y desamparo, aportando criterios para la valoración de la gravedad de estas situaciones.

Ñ PROGRAMAS DE TRATAMIENTO:

Ñ11 Programa de tratamiento a familias con menores

Este programa, actualmente regulado mediante la Orden de 20 de junio de 2005, modificada por la Orden de 25 de julio de 2006, se inició en el año 2001 y se realiza en colaboración con los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y con las Diputaciones Provinciales, mediante la suscripción y renovación anual de Convenios con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, siendo sus objetivos:

- a) Mitigar los factores de riesgo para evitar la separación de los y las menores de sus familias.
- b) Capacitar a las familias para dar una correcta atención a sus hijos e hijas evitando cualquier conducta negligente o maltratante, garantizando su seguridad e integridad básica.
- c) Lograr que las familias funcionen de manera autónoma y adecuada, y los hijos e hijas tengan una atención y cuidados acorde con sus necesidades.
- d) Proporcionar a las familias las habilidades y/o recursos técnicos necesarios para superar la situación de crisis que dio lugar a la separación.

En la actualidad existen, distribuidos por toda la geografía andaluza, 143 equipos de tratamiento familiar, que cuentan con 550 profesionales (461 de papel técnico y 89 en coordinación), que durante el año 2014, atendieron a 6.265 familias y 11.965 menores.

Ñ11 Programas de atención a menores víctimas de violencia sexual

Constituyen, desde el año 2001, un servicio especializado dirigido, por un lado, a la evaluación y diagnóstico de menores posibles víctimas de abuso sexual, con el objeto de verificar o descartar la existencia del mismo, a través de la evaluación psicológica, social y familiar pertinente. Y, por otro, a proporcionarles un tratamiento psicosocial que les permita superar las secuelas y los trastornos psicológicos y lograr su equilibrio personal y familiar, así como facilitar la orientación legal y social, que tanto los y las menores como sus familias, necesiten sobre las pautas y recursos a utilizar para superar el conflicto ocasionado. En la actualidad existen 8 equipos, uno en cada una de las provincias andaluzas que se gestionan a través de entidades colaboradoras, habiendo sido derivados a estos programas 961 menores durante el año 2014.

El abordaje de un problema tan complejo como es el de la violencia contra los y las menores, exige potenciar al máximo la colaboración y coordinación interinstitucional e interprofesional, y también la de los ciudadanos y ciudadanas, adaptando no sólo las prácticas profesionales, sino también la organización de los servicios y recursos, de modo que se atiendan de forma conveniente las necesidades de la infancia y la adolescencia y el respeto de sus derechos, evitando tanto el maltrato institucional como la victimización secundaria.

Es esencial invertir en la infancia y suministrar a las familias la atención, información y los servicios necesarios para proteger efectivamente a los niñas, niños y adolescentes, apostando por promover e impulsar acciones para el fomento de la parentalidad positiva y el buen trato a la infancia •

IDENTIFICACIÓN DE ACTIVOS EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Lupiañez Castillo. A¹, Longo Abril G², Gil Barcenilla B², Toro Cárdenas S¹, Jimenez Pernet. J¹.

¹ Escuela Andaluza Salud Pública

² Plan Integral Obesidad Infantil Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía

La epidemia de obesidad infantil es un problema de salud pública de gran complejidad que obedece a un conjunto de causas, más allá de la simplificación que supone hablar únicamente del aumento de la ingesta de alimentos y de la disminución de la actividad física. La genética y el entorno, especialmente los determinantes sociales de la enfermedad, la globalización alimentaria, el urbanismo y las infraestructuras, tienen una especial relevancia en el desarrollo de esta enfermedad.

La obesidad está condicionada por la situación socioeconómica por lo que se da con más frecuencia en los grupos más vulnerables y, a su vez, agrava la situación de vulnerabilidad de los individuos y las familias ya que contribuye de diversas formas -fundamentalmente a través de la estigmatización y la discriminación^{1, 2}- a empobrecerles aún más.

cion una respuesta apropiada ante el reto de aumentar la preocupación y la sensibilidad sobre la realidad de la obesidad infantil y juvenil, así como de generar un mayor interés por entender lo que ocurre y tomar una postura crítica ante esta situación.

El **Plan Integral de Obesidad Infantil** diseñó y puso en marcha un MOOC (*Masive Open On line Course*) dirigido a educadores, mediadores socioculturales, profesionales relacionados con la salud y la infancia a nivel comunitario, trabajadores sociales y sanitarios de protección de la salud de Andalucía.

Esta formación ha proporcionado, a las personas que han participado, capacidad para reconocer la obesidad infantil como un problema de salud pública en Andalucía para revisar y valorar la información existente sobre las causas de esta problemática y sus posibles vías de abordaje, así como las claves para identificar los activos y recursos disponibles en la comunidad para su prevención.

Los participantes en el curso han aportado -además de múltiples ideas, recursos, bibliografía y buenas prácticas- mediante la metodología **photovoice**³ activos para la promoción de la alimentación saludable y para la práctica de la actividad física de Andalucía.

En este trabajo se analizan las aportaciones de los participantes en el MOOC sobre prevención de la obesidad al conocimiento y la difusión de los activos en salud de su entorno para el fomento de los estilos de vida saludables.

En este trabajo se analizan las aportaciones de los participantes en el MOOC sobre prevención de la obesidad al conocimiento y la difusión de los activos en salud de su entorno para el fomento de los estilos de vida saludables.

DESIGUALDADES Y OBESIDAD EN EL CURSO DE LA VIDA

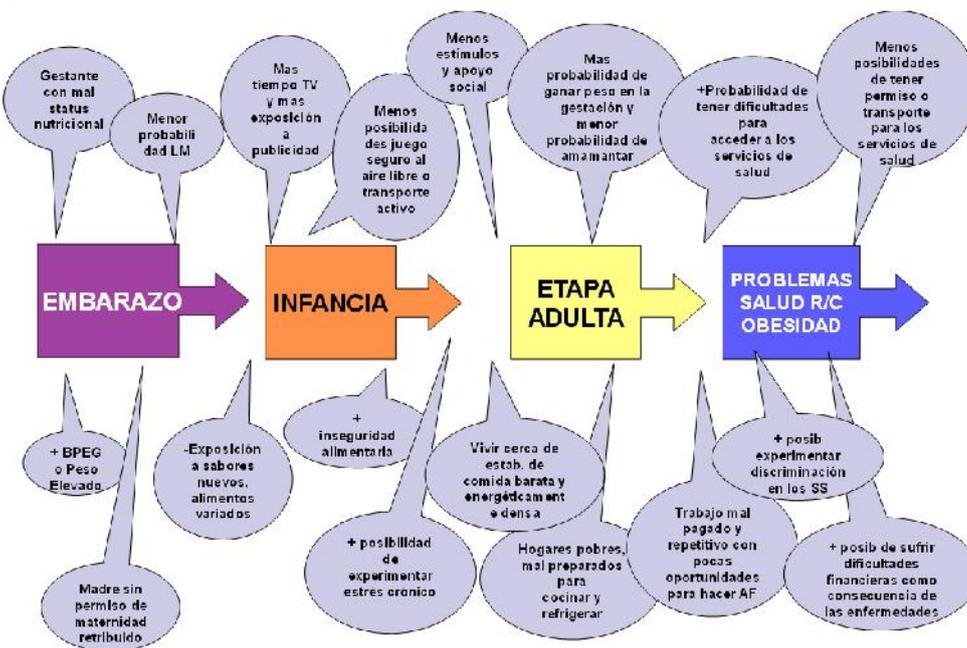


Figura 1. Desigualdades y obesidad en el curso de la vida. Fuente: *Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity.* Belinda Loring, Aileen Robertson. WHO Regional Office for Europe.

METODOLOGÍA

En el desarrollo del curso, realizado en 2014, se pidió a los/as participantes que identificaran -en su barrio o en su municipio- un recurso o un activo para salud que fomentara la práctica de ejercicio físico y/o la alimentación saludable. Se les animó a subir fotos y comentarios sobre el/los recurso/s a un foro específico para compartirlos con alumnado y tutores.

Todo esto implica que un problema tan grave y tan complejo requiera la movilización de todos los actores sociales y especialmente de aquellos que se ocupan de la infancia. En este proceso de aunar esfuerzos es imprescindible una toma de conciencia sobre el problema, que tiene como punto de partida una mejora en la información y los conocimientos de los diferentes actores sociales implicados.

Los activos/recursos aportados se han analizado según su tipología y también se han analizado los debates surgidos en el foro.

Las metodologías educativas sustentadas en Internet propi-

RESULTADOS

Los resultados relativos a los recursos aportados fueron 425 participantes aportaron un total de 593 recursos de su entorno identificados como activos para la prevención de la obesidad infantil:

- * 521 (87.8%) eran recursos para la práctica de la actividad física
- * 61 (10.2%) eran recursos para la práctica de la alimentación saludable
- * 11 (1.8%) eran otro tipo de recursos

1. ACTIVOS EJERCICIO FÍSICO/DEPORTE

Dentro de los recursos para la práctica de actividad física, los más frecuentemente aportados fueron las instalaciones/equipamientos urbanos como polideportivos, gimnasios al aire libre, parques, paseos marítimos, carriles bici e instalaciones escolares. Se han identificado 353 recursos de este tipo (67.7%).

También se identificaron muchos recursos de la naturaleza como playas, senderos, vías verdes y rutas para la vida sana. Este grupo, sumó un total de 114 (21.8%)

Algunos participantes aportaron recursos en forma de programas o iniciativas para el fomento y/o la práctica del ejercicio físico como carreras de bicicletas, maratones, iniciativas municipales o de asociaciones para promover la actividad física. Se identificaron 51 (9.7%).

Finalmente se aportaron 3 recursos relacionados con los conocimientos o la cultura de la práctica de ejercicio físico.



Foto: Alejandro García Zafra



Foto: María Dolores Sánchez Cebador

2. ACTIVOS ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Se recibieron 61 recursos/activos relacionados con la alimentación saludable. Los recursos más frecuentemente aportados fueron los diversos tipos de instalaciones como mercados, fruterías, huertos escolares y/o comunitarios, y máquinas expendedoras de fruta, que sumaron 31 recursos (50.8%).

Se recibieron 7 (11.4%) recursos correspondientes a iniciativas o programas de fomento de la alimentación saludable en las escuelas, los centros sanitarios o en la comunidad.

También se aportaron 23 recursos (37.7%) sobre conocimientos, cultura o prácticas de alimentación saludable.



Foto: María del Carmen Baena Moreno



Foto: Vanessa Davolos Bustos

3. OTROS ACTIVOS

Algunos participantes señalaron cómo el hecho de tener una mascota -y tener que cuidar de ella- era visto como un activo importante para mantenerse en forma. Hubo 11 aportaciones de este tipo.

Otros de los resultados analizados fueron las **líneas de debate abiertas**:

En el foro creado para esta actividad se contabilizaron 476 líneas de debate; de ellas 30 tuvieron alguna réplica, contabilizándose un total de 45 réplicas.

La línea de debate que contó con más réplicas fue la correspondiente a la aportación de un recurso muy concreto para facilitar la alimentación saludable (máquina *vending* de fruta ubicada en un centro educativo), que tuvo 8 réplicas. Otra línea de debate en la que se aportaba una receta tradicional tuvo 3 réplicas; el resto de las líneas tuvieron 2 réplicas cada una.

DISCUSIÓN

La realización de este ejercicio basado en la metodología *photovoice* ha supuesto que más de 400 profesionales hayan buscado, identificado y subido al foro una amplia gama de activos para la promoción de la salud y para la prevención de la obesidad infantil.

Los participantes han priorizado los espacios para la práctica de ejercicio físico destacando cómo estos recursos permiten a los niños pasar mucho tiempo al aire libre haciendo deporte, ejercicio físico o juego activo, relacionándose con sus iguales y, muchas veces, apoyando la práctica intergeneracional del ejercicio. Señalan como aspecto destacado la importancia el papel médico de padres, educadores, etc.

La posibilidad de hacer cambios en el transporte, como una opción más saludable y ecológica, a través del uso de la bicicleta potenciado por los carriles-bici también ha tenido un lugar destacado.

Los recursos para fomentar la alimentación saludable gracias a la dieta mediterránea o algunos de sus componentes; los mercados tradicionales; los mercados ecológicos; los huertos urbanos o escolares y otros programas o iniciativas en este área, han tenido una representación menor pero significativa ●



Foto: Concepción Rodríguez Fuentes

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Puhl R, Huer C. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009 May; 17(5):941-64.
- 2.- Puhl R, Andreyeva T, Brownell K. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes (Lond)* 2008 Jun;32(6):992-1000
- 3.- Waang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior, Vol 24 (3): 369-387 (June 1997)*

EDUCACIÓN FÍSICA, SALUD INTEGRAL

Juan Antonio López Leal

Maestro de Primaria.

CEIP "Virgen de la Paz" La Puebla de Vúcar (Almería).

Comenzaré diciendo, sin ánimo de ser pretencioso, que aunque en ningún ámbito de la vida existe la perfección, en la enseñanza, si hay algún área que se acerca a dicha perfección esa es la E.F., por la sencilla razón de que su elemento básico de trabajo es el cuerpo. En ella los niños están la mayor parte del tiempo en movimiento mientras que en las otras áreas permanecen sedentes.

Ese simple detalle la convierte en una educación que incide en la salud integral del alumno puesto que influye en su desarrollo:

Corporal: calentamiento, relajación, estiramientos, hidratación, cambio de camiseta tras las sesiones, cualidades físicas, elementos psicomotores básicos, alimentación equilibrada,... son el a, b, c de la E.F.

Mental: la actividad física implica pensar para asimilar nuevos movimientos, la resolución de problemas motrices, la aplicación de estrategias,...

Social: impulsa la convivencia independientemente de las diferencias individuales (físicas, étnicas, de sexo, religión, idioma, nacionalidad,...) y aumenta las habilidades sociales y de comunicación.

Emocional: las características lúdicas del área dan pie a liberar la energía de los alumnos, a que muestren sus sentimientos y experimenten sensaciones variadas.

Espiritual (o interior): con momentos de reflexión e interiorización de pensamientos y vivencias.

EDUCACIÓN FÍSICA Y CURRÍCULUM

A ese carácter integral contribuyen las múltiples conexiones que la E.F. mantiene con los diferentes elementos curriculares:

E.F. y Competencias

La enseñanza siempre ha perseguido alcanzar unas finalidades que permitan al alumno incorporarse como sujeto activo a la sociedad a la que pertenece. A lo largo de los últimos años han recibido distintas denominaciones (objetivos, competencias básicas en la actualidad, en breve competencias clave):

Partiré de las competencias básicas haciendo un paralelismo con las competencias clave, destacando que entre éstas últimas no se incluye la corporal o física, siendo poco comprensible pues el primer instrumento del ser humano para obtener información, ya desde su gestación, es su organismo, percibiendo sonidos, cambios de temperatura, movimientos,... estando en el vientre materno:

Ñ **CONOCIMIENTO E INTERACCIÓN CON EL MUNDO FÍSICO:** por su idiosincrasia el área fomenta un profundo conocimiento del propio cuerpo y de su relación con lo que le rodea. Eso facilita al niño la toma de contacto con su entorno más cercano y trasladar estas experiencias al más lejano.

Ñ **COMPETENCIA EN COMUNICACIÓN LINGÜÍSTICA:** la comunicación utilizada para la transmisión de normas, modo de llevar a cabo los ejercicios y juegos,... favorece la expresión y comprensión oral. Se incrementa el vocabulario deportivo (skipping, capacidad aeróbica,...) y anatómico (fémur, abdominales,...). Con los trabajos o una "Libreta Saludable" el alumno practica expresión escrita, ortografía, redacción, comprensión lectora,...

Ñ **COMPETENCIA MATEMÁTICA (Y COMPETENCIAS BÁSICAS EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA):** los alumnos activan su orientación espacio/temporal en las actividades propuestas. A esto hay que añadir que hay multitud de referentes geométricos de las pistas deportivas: porterías rectangulares, líneas, círculos de las zonas de baloncesto y de los aros, esferas de los balones,... Los elementos numéricos (cardinales y ordinales) aparecen a diario, al distribuir el material, hacer grupos o filas, llevar el tanteo de un juego,... teniendo que sumar, restar, dividir,...

Ñ **COMPETENCIA CULTURAL Y ARTÍSTICA (CONCIENCIA Y EXPRESIONES CULTURALES):** se refuerza principalmente con la expresión corporal en actividades con ritmos, coreografías, relacionadas a su vez con el área de Música; pero tiene presencia continua en todas las sesiones por lo referido en el desarrollo emocional.

La herencia cultural con los juegos populares ("El escondite", "El chocolate inglés",...) y tradicionales (canicas, chapas, petanca,...).

El apartado artístico surge al elaborar murales o una "Libreta Saludable" ya que dibujan, colorean, recortan, pegan,...

Ñ **APRENDER A APRENDER:** en los ejercicios sin mando directo o modelos el niño busca de manera autónoma la forma adecuada de ejecutarlos, dónde y cómo colocarse, si juega individual o en equipo,... adquiriendo por sí solo nuevos recursos corporales y estratégicos.

En los trabajos (colectivos e individuales) o en la "Libreta Saludable" los alumnos han de organizar su labor, investigar, analizar y resumir información, plasmarla en sus cuadernos, cartulinas, presentaciones,...

Estos procesos hacen que aprendan a aprender.

Ñ **AUTONOMÍA E INICIATIVA PERSONAL (SENTIDO DE INICIATIVA Y ESPÍRITU EMPRENDEDOR):** la mejora progresiva de la capacidad física promueve un bienestar personal que deriva en una mayor confianza, autoestima y disposición a la hora de tomar decisiones sin tener que ampararse en el grupo.

Esto ayudará a los niños a afrontar los problemas (tanto motrices como de otra índole) con una actitud positiva que les lleve a buscar su solución y a aceptar las dificultades que presenten.

El tener que exponer temas o contestar oralmente a cuestiones abordadas en el área posibilita el que pierdan el miedo a hablar en público, creer en lo que dicen, expresarse con sus propias palabras sin necesidad de memorizar.

Ñ **COMPETENCIA SOCIAL Y CIUDADANA (COMPETENCIAS SOCIALES Y CÍVICAS):** el área conlleva la relación entre compañeros. Fortalece los comportamientos que crean un ambiente positivo de aceptación mutua. La organización en filas, equipos,... confiere orden y disciplina durante las sesiones. Los juegos y diversas agrupaciones liman las diferencias y afianzan la igualdad.

Las actividades dan cohesión al grupo/clase, acrecentando la colaboración, solidaridad e integración. Se hace hincapié de forma muy especial en el concepto de deportividad, enseñándoles el valor de saber ganar y perder.

Ñ **COMPETENCIA DIGITAL:** cuando el alumno busca información en internet, hace una tarea con el ordenador,...

E.F. y Áreas de conocimiento

La interdisciplinariedad de la Educación Física con el resto de áreas es patente:

Ñ LENGUA CASTELLANA Y LITERATURA, MATEMÁTICAS, RELIGIÓN O VALORES SOCIALES Y CÍVICOS, EDUCACIÓN ARTÍSTICA: véase E.F. y competencias relativas a estas áreas.

Ñ CONOCIMIENTO DEL MEDIO (CIENCIAS DE LA NATURALEZA Y CIENCIAS SOCIALES): se tratan conocimientos sobre el cuerpo, órganos, sistemas, funcionamiento y cuidados, acontecimientos deportivos históricos, Historia de la actividad física,...

Ñ LENGUA EXTRANJERA (PRIMERA Y SEGUNDA LENGUA EXTRANJERA): si el maestro da las sesiones en estas lenguas ayuda a los alumnos a la adquisición de las mismas.

E.F. y Temas Transversales

Estos contenidos de relevancia social muy asociados a los valores se establecen en todas las sesiones:

Ñ EDUCACIÓN PARA LA PAZ E IGUALDAD, CÍVICA Y MORAL: en el área se orienta a la resolución pacífica de conflictos (véase Competencia social y ciudadana).

Ñ EDUCACIÓN AMBIENTAL Y CONSUMO: los alumnos pueden construir su material lúdico a partir de otros ya usados. Existen infinidad de juegos y actividades que se hacen con material reciclado (neumáticos, cajas de zapatos, botes de plástico, llantas de bicicleta, herraduras,...) resaltando cómo divertirse sin gastar dinero y protegiendo el Medio Ambiente.

Ñ EDUCACIÓN VIAL: la asimilación de conceptos como despacio, rápido, parar,..., observar y pensar antes de moverse, el afianzamiento de la lateralidad, el saber situarse en el espacio, ... tienen su aplicación en sus desplazamientos por la calle. Si, además, se realizan sesiones con bicicletas, patinetes, ... la transferencia a su entorno habitual es notoria.

Ñ EDUCACIÓN PARA LA SALUD: véase principio del artículo (Desarrollo integral del alumno).

E.F. y Programación

El área tiene como principal característica ser flexible y abierta, no estando sujeta a determinados contenidos, ni a una distribución fija de los mismos sino que el maestro los planifica según intereses de los niños, material que crea oportuno utilizar, deportes a practicar,...

Eso le da una capacidad de adaptación muy amplia, pudiéndose acortar o alargar el número de unidades didácticas o su duración, incorporar acontecimientos deportivos destacados (ej: los "Juegos Moriscos"), cambiar actividades sobre la marcha en función de los resultados,...

E.F. y Entorno cercano

La Educación Física es una excelente vía para aprovechar todas las opciones que su entorno le presenta. Así, podrá colaborar con Ayuntamientos, hospitales, Patronatos de Deportes, Centros de Salud, clubes deportivos, otros colegios,... para llevar a cabo campañas de alimentación equilibrada, prevención de sobrepeso, promoción de hábitos posturales, competiciones deportivas, convivencias escolares,...

Esto crea el vínculo entre lo escolar y lo social, y el uso por parte del alumno de lo aprendido en el colegio, en su realidad, objetivo primordial de la enseñanza.

Para finalizar, tras todo lo expuesto en este artículo, afirmaré que la Educación Física, por su influencia significativa y saludable sobre los alumnos, su enorme potencial y todas las posibilidades que ofrece, es un área esencial en la educación de la infancia •

Experiencia Forma Joven

Margarita del Pino Berenguer

Enfermera de Atención Familiar y Comunitaria
UGC Almería-Centro.

La definición de Salud de la OMS, ya en el año 1948 en su acta de constitución (1), nos obligó a replantearnos las actuaciones sanitarias más allá del hecho de curar a los pacientes. De forma paulatina se va modelando e introduciendo el concepto de promoción de la salud.

Aunque en los centros de atención primaria los programas de prevención y promoción de la salud forman parte imprescindible de la cartera de servicios y abarcan a casi todos los sectores de la población, se aprecia la ausencia de programas específicos de promoción de la salud dirigidos a la población adolescente en el ámbito sanitario.

La población adolescente es vista, en general, como una población sana que no suele frecuentar los centros sanitarios, con una percepción distorsionada de los problemas de salud, infravaloración de los riesgos, sensación de invulnerabilidad y que ve muy lejanos los potenciales problemas de salud. Por otro lado los adolescentes están en una etapa de grandes cambios en todos los aspectos:

- Salen el entorno familiar al exterior, adquiriendo gran importancia el grupo.
- Están en proceso de maduración y formación en todos los aspectos, física, mental, social, académica, etc.
- Es etapa de consolidación de hábitos. Las necesidades básicas hasta ahora suplidas por los padres empiezan a ser responsabilidad de ellos dentro de su proceso de autonomía.

SITUACION ACTUAL

El estudio HBSC (Health Behaviour in school-aged children), auspiciado por la OMS a nivel mundial desde 1986 y que en Andalucía es llevado a cabo por la Universidad de Sevilla, nos revela en su edición de 2011 sobre 15.684 adolescentes andaluces, entre otros muchos datos, los siguientes (2):

- Los adolescentes son el 25% de la población.
- Inicio en el tabaco y el alcohol a los 13,5 años.
- 40% realizan consumo excesivo de hidratos de carbono.
- El 70% son sedentarios, con una media de 3 horas diarias en Internet, chats, videojuegos, etc.
- Inicio de relaciones sexuales entre 13 y 18 años.
- El 20% no usa preservativo.
- El 2,1% consume cannabis de forma habitual.
- El 20% ha participado en una acción de acoso al menos una vez.

EL PROGRAMA FORMA JOVEN

En este contexto nace Forma Joven en el año 2002 como un instrumento para apoyar y favorecer las competencias en salud de los adolescentes y lo hace en los centros de secundaria como un espacio idóneo para la intervención promotora y preventiva que lo caracteriza. Es un programa intersectorial que nace de la mano de la Consejería de Igualdad, salud y políticas sociales y la Consejería de educación y Deporte, con la colaboración de instituciones como IAJ, IAM, CODA-PA, FAMP, Dirección General de Drogodependencias, etc. Sus objetivos son: acercar la promoción de la salud a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, en este caso centros de educación secundaria, contribuir a dotarles de recursos y capacidades para afrontar los riesgos, incentivar la posibilidad de compatibilizar salud y diversión y favorecer la elección de conductas más saludables (3).

El programa Forma Joven utiliza cuatro herramientas fundamentales: las asesorías (máximo 5 personas) y los talleres grupales, los programas específicos ("Enamórame sin drogas", "Abre los ojos", "Lo hablamos", "Aprendiendo a conocerse", "Que-



erse mejora la salud", "Fumar, tú decides") y los concursos ("A no fumar me apunto"). Además el programa cuenta con material de soporte como folletos, dípticos, cartelería, pegatinas, maletines, material audiovisual, cooxímetros, etc.

Forma Joven desarrolla numerosos contenidos de prevención y promoción de la salud que se encuadran en cuatro áreas:

- **Estilos de vida saludable:** promoción de la alimentación equilibrada y la actividad física; prevención de consumos adictivos (tabaco, alcohol, cannabis, adiciones sin sustancia, etc); ocio sin riesgo y seguridad vial.

- **Sexualidad y relaciones afectivas:** promoción de relaciones sanas, seguras y satisfactorias; igualdad entre hombres y mujeres; eliminación de comportamientos sexistas; prevención de la violencia de género; prevención de SIDA, ITS y embarazos inapropiados; Identidad de género.

- **Salud Mental:** Autoestima; autoeficiencia; habilidades sociales; resolución de conflictos; conocimiento y manejo de las emociones; prevención de los trastornos de la imagen corporal y prevención y detección precoz de patologías de salud mental.

- **Convivencia:** Favorecer la convivencia pacífica, la ayuda mutua y la solidaridad; prevención de la violencia entre iguales; acoso; propiciar espacios de negociación y resolución de conflictos y favorecer la integración de la diversidad.

La estructuras de soporte del programa son la comisión intersectorial, la comisión, técnica y las comisiones provin-

ciales. Todas las actividades del programa son registradas en la página web del mismo: www.formajoven.org

El equipo de Forma Joven se compone del personal sanitario aportado por el centro de salud de referencia, con perfil y formación específica y generalmente el orientador del centro educativo. Es un programa voluntario al cual se pueden adherir los centros que lo deseen solicitándolo a través del programa Séneca en los periodos en que está abierto el plazo de solicitud, generalmente en Septiembre u Octubre. Se adquiere compromiso de llevarlo a cabo y ha de estar en el Plan de centro del centro educativo y en los objetivos de las unidades de gestión de los centros de salud.

LA EXPERIENCIA DEL IES ALHAMILLA

Se trata de un instituto urbano de reciente construcción, ubicado en el centro de Almería capital. Su alumnado es heterogéneo y proviene de diferentes entornos socioculturales y étnicos. El área de influencia del instituto, aparte del centro de la capital, engloba barrios anteriormente periféricos que han quedado absorbidos tras la expansión de la ciudad, como el barrio Alto o el barrio de San Félix. Su oferta educativa es extensa: E.S.O., bachillerato, ciclos formativos de grado medio y superior y PCPI.

Forma Joven se inició en el I.E.S. Alhamilla en el curso escolar 2008/09 y el equipo está compuesto por una enfermera de la UGC Almería-Centro y el orientador del centro educativo. Desde el inicio dispuso de todos los recursos necesarios para desarrollar el programa. La asesoría se ubicó en un despacho en la zona de administración, dotado de todo lo necesario, mesa, sillas, ordenador, corcho para posters, armario para el material, etc. También se suministró todo el material de soporte necesario como folletos, imanes, dípticos, posters, cooxímetros, guías, y documentación de programas específicos. Durante el primer curso las asesorías se realizaban a demanda, pero posteriormente de optó por crear una agenda gestionada por el orientador. Los alumnos que desean acudir a la asesoría (de 1 a 5 como máximo), solicitan cita y se les asigna día y hora. Actualmente el horario habitual de consulta es de 11 a 14 horas todos los jueves. Igualmente se les facilita un impreso que se utiliza para que el docente deje salir a alumno del aula y se firma por

la enfermera para justificar la asistencia a la asesoría.

La asesoría proporciona fundamentalmente información, formación, colaboración, mediación y derivación si se precisa. La formación es un aspecto muy interesante, en tanto en cuanto que un alumno bien formado en un tema concreta funciona como un agente de salud entre iguales, a la vez que promociona el programa y es capaz de detectar situaciones de riesgo entre sus compañeros.

Los talleres y sesiones formativas se desarrollan en el aula Magna si son muy numerosos y a veces en el aula, disponiendo igualmente de todos los medios técnicos necesarios para llevarlos a cabo. Habitualmente los talleres se realizan con un máximo de 30 alumnos. Las sesiones formativas nos permiten un mayor número de asistentes. Resulta imprescindible la coordinación del orientador con los docentes para poder llevar a cabo estas tareas.

La dinámica del curso comienza con una primera reunión de coordinación entre el orientador y la enfermera para evaluar la situación, hacer propuestas, y realizar el cronograma de actividades. Generalmente se fijan ya fechas y horarios de talleres y contenidos de los mismos, que son susceptibles de ser modificados según se vaya desarrollando el programa. En general existe bastante flexibilidad a la hora de programar actividades. Posteriormente se realiza una sesión informativa para los alumnos de nueva incorporación al centro donde se les informa del programa, en que consiste, horario, cómo acceder a las asesorías, temas que pueden tratar, etc. Se suelen realizar una media de 9 talleres grupales al año cuya temática puede variar en función de las necesidades detectadas. Suele haber una reunión de equipo mensual para hacer un seguimiento continuo del programa. Todas las asesorías y talleres son registrados en la página web de Forma Joven.

A lo largo de estos siete años, tanto la asistencia de alumnos a las asesorías como el número de talleres realizados se ha mantenido con pocas variaciones, por lo que ofreceré los datos del curso pasado (2013/14) a modo de muestra: Se realizaron un total de 31 asesorías, atendiendo a 84 alumnos, 46 chicos y 38 chicas. Se realizaron 7 derivaciones, de las cuales 3 fueron a su médico de aten-

ción primaria, 2 a planificación familiar, en 1 caso se recomendó derivación a Salud Mental y otro alumno se le facilitó el contacto con la Asociación Colega. En algunos casos se recomendó volver de nuevo a la asesoría para afianzar los temas tratados. Los temas más consultados en las asesorías fueron: ampliación de conocimientos sobre sexualidad; alcohol, tabaco y cannabis; autoimagen y autoestima; anticoncepción; acoso entre iguales; habilidades sociales e identidad de género.

Se realizaron 9 talleres a un total de 496 alumnos (213 chicos, 283 chicas). Los talleres fueron: "Escuela de espalda y hábitos posturales", impartido por un fisioterapeuta; "Sexualidad y relaciones afectivas. Relaciones en igualdad. Identidad de género"; "I.T.S. y anticoncepción"; "Alimentación saludable"; "Prevención del tabaquismo"; "Sensibilización sobre el trastorno mental: estigma. Detección temprana del trastorno mental grave"; "Alcohol y toxicomanías"; "Ocio saludable" y "violencia y acoso entre iguales".

En general consideramos el programa como satisfactorio, habiendo resuelto o mediado en algunos casos complejos. Utilizamos como indicador el número de alumnos que acude a las asesorías y la menor incidencia de situaciones de riesgo, como por ejemplo embarazos no deseados, situaciones de acoso, sobrepeso, etc.

Como áreas de mejora proponemos un aumento del número de profesionales sanitarios implicados en el programa y la posibilidad de realizar talleres con padres, especialmente en temas en los que la unidad familiar ha de modificar hábitos, por ejemplo alimentación (suelen ser los adultos quienes cocinan) o hábito tabáquico.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf [Consulta: 2015, Abril 14]
- (2) Health behaviour in school-aged children. Universidad de Sevilla. Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS, 2011.
- (3) Guía Forma Joven. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 2004.

Experiencia en Educación Para la Salud en Población Inmigrante

Alicia Galera García

Enfermera de Pediatría y Neonatología de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

La participación en este proyecto de salud preventiva materno-infantil y educación sexual y reproductiva personalmente ha supuesto un incremento del conocimiento en habilidades para el trato, comunicación y acercamiento intercultural con la población inmigrante prevalente que se atiende en los municipios del Poniente Almeriense.

El proyecto se desarrollo entre 2010-2013, con una distribución de talleres en los distintos años. Abordábamos los temas de salud en talleres comunitarios sobre los distintos colectivos inmigrantes. Controles del niño sano, salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva. Una educación que resulta necesaria por la cantidad de embarazos no controlados, resurgimiento de patologías frecuentes en sus países de origen y que parecían desaparecidas en nuestro entorno (sífilis congénita, VIH infantil...), la mala adaptación al sistema de salud y otros temas.

La realidad es que los extranjeros suponen en España 5 millones según datos del INE del 2014. El fenómeno migratorio se ha intensificado en España durante la última década. Andalucía es la cuarta comunidad autónoma en el listado, siendo Cataluña la que más inmigración acoge **1**.

Almería es la segunda provincia andaluza que mayor población inmigrante presenta, aunque su distribución es dispar. Es el Poniente Almeriense la mayor zona receptora de inmigración de la provincia. Y de estos municipios del Poniente es El Ejido donde se concentra la población más numerosa, la marroquí. Y es la población inmigrante estadísticamente mayoritaria de la provincia (42%) **2**.

Tenemos otras comunidades inmigrantes que le siguen a la marroquí, tales como la rumana, senegalesa, rusa, alemana, ecuatoriana, británica... De ahí la importancia de promover información preventiva de hábitos de vida saludables en esta área de la provincia Almeriense **2**.

En el Poniente Almeriense la población inmigrante femenina en su mayoría se encuentra en edad reproductiva, son una población joven, por lo que la atención al parto constituye una demanda prioritaria en este colectivo. Y presentan elevadas patologías frecuentes en sus países como sífilis, hepatitis A, VIH... **2,3**.

La mayoría de estos inmigrantes desempeñan labores agrícolas, muchos de ellos en situación ilegal y sin ningún control sanitario. Se alojan en condiciones de hacinamiento, poca higiene y promiscuidad. Mezclándose con frecuencia en espacios pequeños personas procedentes de distintos lugares, siendo por lo tanto altamente vulnerables a enfermedades de transmisión sexual. A esto se añaden factores de riesgo como la prostitución masculina y femenina **3**.

Existe un hecho claro y patente que es el incremento de la natalidad española como consecuencia del mayor número de partos en mujeres inmigrantes.

El hospital de Poniente en 1998 atendió a un total de partos de 1510 (9,8% mujeres inmigrantes), y en 2013 se atendió a 2555 partos, donde el 47% eran inmigrantes. Cabe destacar que a pesar de la gratuidad de la asistencia a la embarazada en España, la mujer inmigrante muchas veces desconoce esta característica, por lo que no acude al control prenatal. Existe un registro claro en nuestro hospital donde a lo largo de los años los embarazos no controlados son mayoritariamente de madres inmigrantes **4**.

Está claro que los controles del niño sano y calendario de vacunaciones establecidos nacionalmente difieren de los de otros países. Esto hace que muchos niños de madres inmigrantes no acudan a las revisiones del niño sano por simple desconocimiento del sistema sanitario público. Más aún no presentan un estado de vacunaciones igual al de la población que les rodea exponiéndose a enfermedades inmunológicamente previsibles ellos mismos. Exponen a la comunidad donde habitan a brotes de enfermedades ya casi olvidadas en nuestro entorno por la vacunación sistémica poblacional en la infancia, como brotes de sarampión, rubéola, parotiditis, hepatitis A, etc **5**.

Todo lo comentado anteriormente es una justificación para entender que resulta necesario continuar con el desarrollo de estos talleres de educación preventiva en hábitos saludables, salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva. Los primeros se realizaron entre 2010-2011 y se abordaron aspectos de salud materno-infantil, ya en 2012-2013 se incluyeron aspectos más profundos en educación sexual y reproductiva. Fue un abordaje que en el desarrollo de los primeros talleres ellos mismos demandaban, bien de forma individual o con preguntas en público. En el primer periodo de desarrollaron las charlas con la población más numerosa inmigrante, la marroquí, senegalesa y rumana **2**. La captación rumana resulto dificultosa, eran reticentes a recibir educación relacionada con estos aspectos.

En los primeros talleres se realizaban charlas bidireccionales, se realizaban preguntas como: ¿Qué hacer cuando estas embarazada?, ¿cuánto tiempo puede darse al bebé solo leche?...Ellos responden, modifican ideas, creencias y se les explica el modo de actuar. Acudir al centro de salud para confirmar el embarazo, iniciar seguimiento, solicitar citas para controles de embarazo (distinguiendo entre las visitas hospitalarias y las del centro de salud), cuando realizar el test de O'Sullivan, ecografías, tratamientos, embarazos de riesgo, etc. Se insiste que los controles son gratuitos y universales. Y se hace hincapié en la importancia de los controles prenatales para detectar malformaciones, enfermedades de transmisión sexual y que no basta solo con sentir al niño.

A través del mediador se traduce la charla al idioma que requiera la población y este genera confianza para realizar preguntas relacionadas con los temas que se abordan. Se entregan dípticos informativos que recogen el momento de realizar las visitas durante el embarazo, higiene, alimentación infantil, lactancia materna....

Se insiste en la necesidad de la realización de las analíticas para detectar ETS que pueden afectar al feto de manera importante y a la embarazada. Las charlas se realizan en lugares y horarios flexibles para ellos. En domicilios privados, centros de salud, lugares comunes y de fácil asistencia, como salas de asociaciones que ayudan a los inmigrantes.

Durante 2012-2013 se desarrollaron otra serie de talleres orientados exclusivamente a la población marroquí, población inmigrante mayoritaria en el Poniente Almeriense. Y de la misma manera en lugares favorables para facilitar su asistencia. En estos talleres la única, además de la educación materno-infantil, se aborda la educación sexual y reproductiva.

Los temas que se abordan durante las charlas son, visitas en el embarazo, revisiones, ecografías... Importancia de los controles prenatales. Dieta saludable. Momento del parto. Cartilla maternal. Cartilla del niño sano. Tarjeta sanitaria. Higiene Materno-Infantil. Otros temas que se abordan iniciando las charlas con preguntas son, alimentación en el primer año de vida. La lactancia materna. Vacunación en España. Instrucciones para viajes al extranjero. Escolarización.

Los talleres de educación sexual y reproductiva son aceptados de buen grado. Pero mejor aceptados cuando los talleres no son mixtos. Las mujeres y hombres son reacios a preguntar y responder aspectos relacionados con las ETS, y de salud reproductiva. Se explica que son las enfermedades de transmisión sexual, se nombran, se visualizan fotos con síntomas tales como el chancro de la sífilis, verrugas genitales, etc. De modo general se explica que se siente con una ETS. Los problemas que puede ocasionar las ETS sino son tratadas. Y se responde a una pregunta que al inicio de los talleres aparece casi de forma general como es porque deben realizarse extracciones sanguíneas a las embarazadas.

Se explica el modo de evitar las enfermedades de transmisión sexual mediante la utilización del preservativo masculino y femenino. Se exponen fotos y se explica la colocación. Algo que en todos los talleres genera risas, rubefacciones u cuchicheos.

El abordaje del VIH/SIDA es la ETS que más preguntas y dudas genera. Se explica que es el VIH y que es el SIDA. Puntualizamos en los líquidos corporales que transmiten el VIH, como se transmite y como no se transmite. Se explica que el VIH puede estar sin dar síntomas durante años, y que los síntomas pueden ser similares a las de otras ETS. Por lo tanto se les indica el modo de actuación ante la sospecha de haber adquirido una ETS o VIH, para que no pierdan el tiempo en consultar a vecinos o personas que no tienen la preparación adecuada. Que siempre lo mejor es acudir al centro de salud. También hablamos de cómo evitar la infección materno-infantil por VIH. Lo primero ante la sospecha de creer estar infectada y querer y estar embarazada acudir al centro de salud para realizar una extracción sanguínea. Se les explica que existen tratamientos para que disminuya el riesgo de que la mujer embarazada infectada por VIH lo transmita al niño. A través de fármacos conocidos como los antirretrovirales.

Durante los talleres se generan muchas preguntas y afirmaciones erróneas que se responden y se corrigen. Algunas de ellas son:

- ¿Es bueno dar té al bebé, y mejor que la leche para el desarrollo de los huesos?

- ¿Hay que envolver al recién nacido con sabanas tras el parto?

- La diabetes gestacional, ¿se puede transmitir? ¿Puede dar lactancia materna una madre con diabetes gestacional?

- ¿Es bueno utilizar el preservativo en el hombre?

- ¿Se pueden mantener relaciones sexuales estando embarazada?

- ¿Se puede tocar a la gente con SIDA?

- ¿Existe alguna forma de conocer si la embarazada tiene VIH?

- La leche materna traspasa el Síndrome de Down, por ello no dio leche materna a su hijo.

- El recién nacido tiene que tomar agua porque no desarrolla el lenguaje sino se le da.

- La parturienta sólo debe lavar ingles, axilas y cabeza con henna antes y después del parto para evitar infecciones.

- Siempre se ha relacionado dar el pecho con pobreza.

Estas son algunas de las preguntas y afirmaciones que recogen la necesidad como tantas otras de continuar con esta labor de educación para la salud en la población inmigrante.

Con los talleres se consigue un incremento del conocimiento por parte de los profesionales de salud en habilidades para el trato y comunicación con la población inmigrante. Incremento de la accesibilidad al sistema sanitario. Mejora de la salud reproductiva y sexual con un incremento y sensibilización en hábitos preventivos y de salud materno-infantil. Y por supuesto se mejora la comunicación, dinamización, cohesión comunitaria, promoción de la integración social y aumento del acercamiento cultural. Por lo que animo a profesionales, organismos y autoridades con el poder y los medios para que este proyecto se pueda volver a desarrollar en el Área del Poniente Almeriense. Una labor de educación para la salud que agradece enormemente la población inmigrante. Y ni que decir la satisfacción personal que se desarrolla tras finalizar cada una de las charlas, porque es palpable la ayuda que les proporcionas y la necesidad de conocer y saber que tienen. La aportación con un granito de arena a través de la educación para la salud para que sus vidas sean lo más normalizadas posibles, ya que durante mi recorrido por los distintos lugares se observa mucha pobreza •

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]: Madrid: INE; c1996 [citado el 1 de Enero del 2014]. Estadística del Padrón Continuo [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

2.- IECA. Junta de Andalucía. Instituto de Estadística y Cartografía [Internet]: Sevilla: Junta de Andalucía; c2000 [citado el 1 de Enero del 2014]. Población extranjera en Andalucía [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/ultimosdatos/index.html>

3.- María José Uroz. Las enfermedades de transmisión sexual se multiplican en los últimos 3 años. Granada: Ideal Comunicación Digital S.L Unipersonal; 2007 [citado 2014]. Disponible en: http://www.ideal.es/almeria/prensa/20070720/local_al

4.- epho.es [internet]. El Ejido. Almería: ephpo; 2015 [actualizado 11 de Enero de 2015; citado 4 febrero 2015]. Disponible en: http://juntadeandalucia.es/ep_hospitaldeponientealmerianoticias.php?seccion=ephp_en_los_medios&menu

5.- Abdessamad Lahid Dabaj. Salud e Inmigración. Granada: Universidad de Granada Departamento de Estudios Semíticos. Facultad de Filosofía y Letras; 2008 [citado 4 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1929/1/17565753.pdf>

ADAPTACIÓN Y SISTEMAS DE INTEGRACIÓN ESCOLAR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DIAGNOSTICADOS CON TDAH

Lidia Cobos Sánchez

Orientadora escolar. Delegación Territorial de Educación, Cultura y Deporte de Almería. Consejería de Educación. Junta de Andalucía.



El alumnado diagnosticado con TDAH está considerado en la normativa educativa como de Necesidades Educativas Especiales (NEE), por ello es responsabilidad de los agentes educativos organizar y desarrollar respuestas escolares que atiendan a sus necesidades específicas.

Esta ponencia es una propuesta de actuación fruto de la experiencia profesional de la ponente en los últimos seis años como responsable del Equipo Especializado en Trastornos de Conducta de la provincia de Almería. Dicha propuesta es una combinación de estrategias de la literatura especializada y de programas que grupos de profesionales en otras comunidades autónomas están demostrando que funcionan.

DEFINICIÓN DEL TDAH Y CONSIDERACIÓN EN EL SISTEMA EDUCATIVO ANDALUZ

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad e impulsividad, o ambos, cuya frecuencia y gravedad es mayor de lo típicamente observado en individuos con un nivel comparable de desarrollo (American Psychiatric Association, 1994).

La APA (Asociación Americana de Psiquiatría) en el manual DSM-IV-TR Trastornos de inicio de la infancia, la niñez y la adolescencia, recoge cuatro grandes apartados: Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H); Trastorno disocial; Trastorno negativista desafiante; Trastorno por comportamiento perturbador no especificado; Trastorno por tics: Síndrome Guilles de la Tourette.

El TDAH es un trastorno heterogéneo, es decir: las personas presentan perfiles diferentes de síntomas primarios (p. ej. en el nivel de actividad), de trastornos asociados, de transfondos familiares, de cursos evolutivos y de respuestas al tratamiento. Dada esta diversidad, el TDAH ha sido tipificado en subgrupos con características clínicas más homogéneas.

El grupo de los niños que reciben el diagnóstico de trastorno por déficit de atención (TDA) presentan un trastorno diferente al que presentan los niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad-impulsividad, tipo combinado (TDAH). Esta consideración es relevante pues tiene implicaciones para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento. Los criterios diagnósticos actuales establecen la siguiente clasificación:

- Presencia de 6 ó más síntomas de falta de atención y 5 ó menos de hiperactividad-impulsividad, estaríamos hablando de TDA.
- Presencia de 6 ó más síntomas tanto de problemas de atención como de hiperactividad-impulsividad, se trataría de un diagnóstico TDAH.

Hay por tanto ausencia de una definición clara del patrón de síntomas que describe al trastorno.

Estudios sugieren que los niños con el TDA, o un grupo de ellos, presentan un problema atencional asociado al Tempo Cognitivo Lento (TCL; p. ej. perdido en el espacio, lento, sueña despierto. Barkley, 2006). Este autor defiende la hipótesis de que los síntomas que verdaderamente definen al TDA son aquéllos asociados al TCL, los cuales no son utilizados en la actualidad para el diagnóstico de este trastorno.

Además, alrededor del 65% de los niños con TDAH predominio hiperactivo, presenta el Trastorno Desafiante asociado. Su repertorio comportamental se caracteriza por exhibir conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y fastidiosas hacia los padres, hermanos, compañeros, maestros y otras figuras de autoridad; a menudo discutir con los adultos, resulta casi imposible interaccionar con él o ella sin discutir; frecuentemente acusa a otros de sus errores o mal comportamiento y desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones; se encoleriza con facilidad: incurre en pataletas, romper objetos; cuestiona, critica y desvalora el trabajo que se le asigna o lo que se le está enseñando e incluso la capacidad del educador y de sus padres; molesta deliberadamente a otras personas; es susceptible e irritable.

La normativa educativa establece que los niños y niñas con este tipo de diagnósticos son considerados alumnos de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) y dentro de esta consideración, se incluyen entre los alumnos de Necesidades Educativas Especiales (NEE); si necesitan una respuesta educativa diferenciada de la ordinaria. De forma que se incluyen en el sistema informático de la Consejería de Educación: Séneca en las diferentes categorías que el programa

contempla (Circular de 10 de septiembre de 2012); a saber: TDAH; predominio DA, predominio impulsividad-hiperactividad, tipo combinado. Trastornos graves de Conducta; trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno del comportamiento perturbador no especificado. Otros trastornos mentales.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CENTROS ESCOLARES Y RESPUESTA EDUCATIVA

Los centros escolares pueden (y deben) poner en marcha diferentes estrategias: preventivas, globales o parciales: según intenten dar una respuesta amplia desde una visión ecosistémica, que podría implicar actuaciones interinstitucionales (arriesgadas); o se dé una respuesta más individualizada (aplicar programas específicos para hacer frente a los problemas concretos).

La propuesta educativa para un alumno/a TDAH comienza con la demanda de intervención a los servicios de orientación por parte de cualquiera de los implicados: familia, tutor/a, equipo Directivo del centro,... Se inicia el proceso con la Evaluación psicopedagógica.

Este cuadro ilustra la propuesta de evaluación global de la ponente. Es una propuesta centrada en el TDAH y cómo los síntomas afectan a los diferentes ámbitos y requisitos escolares; pero además existen otras facetas evaluables como el Cociente Intelectual y otras dificultades específicas de aprendizaje (dislexia, discalculia,...) que deberán contemplarse en la propuesta educativa si su relevancia es significativa.

QUÉ EVALUAR	QUIÉN (AGENTES)	DÓNDE	CÓMO
NCC ESTILO DE APRENDIZAJE PRERREQUISITOS	TUTOR/A EQUIPO DOCENTE COLABORA ORIENTADORA	EN EL AULA (en la situación de aprendizaje)	-INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE DA -REQUISITOS POR ÁREA -ESCALAS DE DESARROLLO SEGÚN EDAD -REGISTROS DE OBSERVACIÓN
COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARA LA VIDA -CUIDADO Y AUTONOMÍA -INTERACCIONES CON LOS DEMÁS -COMPETENCIAS EMOCIONALES	TUTOR/A EQUIPO DOCENTE ORIENTADORA FAMILIA (amplia, quien conoce y quiere al niño) AUTOEVALUACIÓN	-ÁULA -PATIO -OTROS CONTEXTOS ESCOLARES -EN EL HOGAR -TIEMPO LIBRE	-CUESTIONARIOS -ESCALAS -REGISTROS DE OBSERVACIÓN
ANÁLISIS MOTIVACIONAL ✓INTERESES, EXPECTATIVAS ✓MATERIALES CURRICULARES ✓SITUACIONES, PERSONAS, TIEMPOS ✓ACTIVIDADES EN LAS QUE SÍ SE IMPLICA	TUTOR/A EQUIPO DOCENTE ORIENTADORA FAMILIA (amplia, quien conoce y quiere al niño) AUTOEVALUACIÓN	EN TODOS LOS ÁMBITOS DE SU VIDA	-CUESTIONARIOS -ESCALAS -REGISTROS DE OBSERVACIÓN
EL TRASTORNO (NEE) -COMORBILIDAD	SERVICIOS DE ORIENTACIÓN SALUD MENTAL	-EN EL CENTRO ESCOLAR -EN FAMILIA	-INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS -ENTREVISTAS CLÍNICAS -REGISTROS DE OBSERVACIÓN

Interesa establecer las NEAE reales del alumno/a, esto es: el repertorio real que presenta a todos los niveles y referido a los ámbitos de trabajo -repertorio adaptativo/ positivo a implantar porque presenta déficits o a aumentar, de todas las competencias deseables (indicadores de calidad de vida) y repertorio desadaptativo/negativo a eliminar o reducir.

En base a los datos recopilados, se elaborará un Informe de Valoración Psicopedagógica (IVP) y el dictamen de escolarización, documentos en los que se recoge la respuesta educativa y establecen los recursos humanos y materiales que el alumno va a necesitar : profesionales especialistas (PT, AL, Monitor); físicos: aula de apoyo a la integración (modalidad de escolarización). Se especificarán también el tipo de adaptaciones en los elementos del currículo que sean necesarias (ACIs).

La autora de esta ponencia propone el BASC como instrumento de evaluación estandarizado (sistema de evaluación conductual para niños) que consta de tres cuestionarios: familias, docentes y menores. Incluye escalas clínicas de hiperactividad, problemas de atención, problemas de conducta y otros problemas incluyendo afectivos y emocionales; y además escalas adaptativas como liderazgo, relaciones con los iguales y habilidades de adaptación.

Por último, será imprescindible realizar una evaluación motivacional del alumno que permita delimitar sus intereses y expectativas; los materiales curriculares con los que trabaja, las situaciones, personas, tiempos que favorecerán el éxito, las actividades en las que sí se implica.

Estaremos entonces en condiciones de establecer el programa/plan personalizado que incluirá: objetivos de trabajo, priorizados dentro de cada ámbito y para cada NEE; las decisiones en torno a las personas, los tiempos y los lugares; la metodología y las técnicas a utilizar.

La siguiente tabla ilustra cómo sería una propuesta individualizada para un alumno particular:

PLAN DE APOYO PERSONAL

NIVEL DE CENTRO: EQUIPO DIRECTIVO EQUIPO DOCENTE ORIENTADOR	Cooperación y coordinación con la FAMILIA. Coordinación OTROS SERVICIOS
NIVEL DE GRUPO-CLASE EQUIPO DOCENTE TUTOR MENTOR	Clima de aula a través de programas específicos. Ubicación física del alumnado Metodología de aula facilitadora
NIVEL INDIVIDUAL	ADAPTACIONES CURRICULARES PROYECTO DE VIDA COMPETENCIAS EMOCIONALES ÁREAS DE APOYO

(Adaptado de Train A. 2008)

Una propuesta interesante es la del Seminario Permanente de trastornos de conducta de la Comunidad de Madrid (2008) en la que adaptan la metodología de la Planificación centrada en la persona (PCP: grupo de personas que coordinan sus esfuerzos para ayudar al alumno/a y son significativas para él o ella) al alumnado con trastorno TDAH y otros trastornos de conducta. Acorde con este paradigma, el facilitador en contexto escolar puede ser un co-tutor, el especialista de pedagogía terapéutica o un monitor de educación especial. Sus funciones se concretarían en: coordinar el equipo de PCP, promover un clima de cooperación, recoger y revisar los acuerdos, realizar el seguimiento de los programas y la eficacia de los apoyos y actividades y coordinarse con el tutor/a de referencia.

Lo anteriormente expuesto se refiere a la concreción del trabajo en el contexto escolar; pero una respuesta global y sistémica debe contemplar actuaciones en la familia y la coordinación con otros servicios que intervienen (salud mental y servicios sociales). Por ello se debe elaborar un proyecto compartido. En base a este proyecto, se analizarán dificultades (particulares y comunes), se establecerán objetivos consensuados y estrategias compartidas (qué hacer en casa para mejorar en el colegio, tipo de soporte de comunicación: agenda, libreta,...) y se sistematizará un calendario de seguimiento de coordinación de todas las instancias implicadas.

Por último, si el orientador/a de referencia del alumno lo considera necesario para el desarrollo del proceso, solicitará la colaboración del Equipo Especializado en Trastornos de Conducta. El planteamiento de coordinación global entre los agentes quedaría ilustrado en el siguiente diagrama •

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder: Handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 2006.

Barkley RA, DuPaul G J, McMurray MB. A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58(6): 775-789.

Bauermeister JJ, Barkley RA, Martínez JV, Cumba E, Reina G, Matos M, Salas CC. Time estimation and reproduction in subtypes of ADHD children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2005; 34:151-162.

Capdevila-Brophy C, Artigas-Pallarés J, Obiols-Llandrich JE. Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología* 2006; 42 Supl 2:127-134.

CIRCULAR de 10 de septiembre de 2012 de la Dirección General de Participación y Equidad por la que se establecen criterios y orientaciones para el registro y actualización de datos en el censo del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en el Sistema de Información "Séneca".

Decreto 147/2002 de 14 de mayo, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a sus necesidades personales. *BOJA* 58, 18/05/02.

Instrucciones de 28 de junio de 2002 de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación, por la que se regulan determinados aspectos sobre la organización y el funcionamiento de los Equipos de Orientación Educativa Especializados.

La respuesta educativa al alumnado con alteraciones graves de la conducta en educación secundaria obligatoria. Muñoz Gómez JA y Rodríguez Pérez P. Miembros del Seminario de profundización "La atención a los alumnos con trastornos de conducta en Educación Secundaria". Madrid 2008.

Orden de 19 de septiembre de 2002, por la que se regula la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización. *BOJA* 125, 26/10/02.

Train A. Agresividad en niños y niñas. Ayudas, tratamiento, apoyos en la familia y en la escuela. Madrid: narcea; 2008.

ACOGIMIENTOS Y ADOPCIONES EN NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Ángel Cortés Lozano

Pediatra. R. Casa de los Niños.

Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid.

Según datos del año 2012 del Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, existen en España más de 39.000 expedientes abiertos en menores en materia de protección, en el 75% de ellos se ha tomado una medida de tutela por la "gravedad" de la situación social, y más de 13.000 menores se encuentran en centros de acogida de las diferentes comunidades autónomas (casi la mitad con edades en la pre y adolescencia). Estos "preocupantes" datos estadísticos, existen desde hace más de 15 años, con ligeras variaciones, sin tener en la actualidad una tendencia clara de cambio, ni una causa justificada como pudiera ser la crisis económica.

MOTIVOS DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Existen muchas circunstancias sociofamiliares que llevan a los niños y niñas a situaciones de desprotección (ya sea de riesgo o desamparo, según la gravedad), en las que las autoridades competentes deben actuar con medidas de protección, en ocasiones con retirada de los menores de su medio familiar.

Uno de estos motivos es la "falta de atención física o psíquica del menor, que produzca un perjuicio para su salud física o emocional, de forma intencionada o por falta de recursos materiales y personales". Otro es el "abandono del menor a cualquier edad (muchas veces en el momento del nacimiento) por no asumir la patología que presenta en ese momento". La "no posibilidad de asumir los cuidados relacionados con la salud, en ocasiones patologías complejas, en inmigrantes con graves situaciones sociales", es otro motivo por los que sus hijos acaban con medidas de protección.

CARACTERÍSTICAS SOCIOSANITARIAS DE LOS MENORES CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Muchas de las familias en las que se tienen que tomar este tipo de medidas sobre sus hijos, son las que denominamos "familias desestructuradas", algunas con enfermedades mentales y/o deficiencias psíquicas sin diagnóstico o sin control clínico, ni tratamiento. Familias con toxicomanías e ingesta de alcohol sin tratamiento rehabilitador continuado. Mucha familia monoparental, fundamentalmente "madre sola", madres adolescentes. También está aumentando la frecuencia de padres en prisión (en ocasiones ambos cónyuges). Y sobre todo el ya comentado fenómeno de la inmigración, la mayoría en situación irregular, con importante falta de recursos materiales fundamentalmente.

Concretando, más en la salud de los menores y debido a las situaciones familiares descritas, nos encontramos con madres que no han tenido un control mínimo durante el embarazo, sin controles clínicos, analíticos ni ecográficos, con incidencias de partos prematuros muy por encima de la media nacional.

Los no controles médicos, y la ausencia de consejo genético consiguiente, condicionan la aparición de enfermedades familiares hereditarias. Todas estas circunstancias, condicionan la aparición de síndromes polimalformativos, a veces complejos, que requieren tratamientos urgentes en los primeros días de vida, cromosomopatías (sínd. de Down, y otras menos frecuentes), síndrome de alcohol fetal (primera causa de retraso mental no hereditario y evitable), enfermedades infecciosas de transmisión madre-hijo (VIH, hepatitis C, sífilis, citomegalovirus, enf. de Chagas) algunas de especial gravedad y con probable afectación neurológica y de los sentidos a medio y largo plazo y por último la prematuridad con estancias hospitalarias a veces muy prolongadas previas al alta, y las secuelas de ésta, en relación a retrasos en el desarrollo psicomotor, secuelas neurológicas más graves (parálisis cerebrales), retrasos ponderoestructurales, etc.

También nos encontramos "menores protegidos", que padecen enfermedades crónicas de tipo neuromuscular que precisan complejos tratamientos de rehabilitación que no son realizados de forma satisfactoria, patologías cardiopulmonares que requieren numerosos ingresos hospitalarios por descompensación de su situación basal debido a la falta de cuidados parentales y la no asistencia a las revisiones hospitalarias programadas, etc. Problemas de salud menos graves y que suelen ser relativamente frecuentes en los menores que están bajo el sistema de protección, serían las coberturas vacunales incompletas, alimentaciones no regladas (con retrasos ponderales u obesidad), retrasos psicomotores leves por falta de estimulación, alteraciones del lenguaje, retrasos en el rendimiento escolar y toda la patología del área psicológica/psiquiátrica que afecta a la pre y adolescencia (trastornos generalizados del desarrollo, alteraciones de conducta, mala adaptación social, etc.)

Añadidas a las necesidades sanitarias descritas, estarían las necesidades del ámbito educativo (colegios de integración o especiales) y social (grado de minusvalía y dependencia) consecuencia de las primeras.

ALTERNATIVAS PARA LOS MENORES CON NECESIDADES ESPECIALES CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN

En todos los casos el primer objetivo con el que se trabaja con cada menor, es la "reincorporación familiar", siempre que la familia esté presente y esté de acuerdo con los plazos fijados en el tiempo, incluyendo a ésta en el manejo de las necesidades sanitarias, acompañamiento a revisiones hospitalarias, etc., además del trabajo que se realiza en los servicios sociales de su zona.

Desgraciadamente, y debido a la situación social de las familias, la reincorporación definitiva se produce en menos casos de los que nos gustaría, debiendo ofertar al menor en

los plazos de tiempo programados, otras alternativas como son la adopción o el acogimiento familiar, llamados en estos casos "especiales", debido a las características descritas de estos niños y niñas.

ADOPCIÓN Y ACOGIMIENTO FAMILIAR ESPECIAL

Partiendo del tipo de necesidades o características que tienen los niños y niñas que están en espera de un acogimiento o adopción (enfermedades físicas o psíquicas, grupos de hermanos, niños y niñas mayores de 4-5 años, etc.), se deben crear programas de sensibilización y posterior captación de familias para adopción o acogimiento. Estas campañas deben de utilizar todos los medios de comunicación disponibles, incluyendo las redes sociales, incluyendo testimonios de familias que han realizado este tipo de acogimientos. La estrategia de estos programas debe estar programada de forma anual, ya que las campañas esporádicas son poco eficaces.

Una vez conseguida la "idoneidad" por parte de las familias, y teniendo en cuenta el tipo de necesidad especial que están dispuestas a asumir, se realiza por parte de los profesionales que han trabajado con la familias, junto con aquellos que conocen las necesidades de los menores, la asignación de la familia más adecuada a cada menor o grupo de hermanos en concreto. Antes de la aceptación definitiva por parte de la familia, se le trasmite las necesidades concretas del menor seleccionado, para aclarar dudas, ya que en ocasiones, los diagnósticos médicos son ambiguos, poco claros o demasiado técnicos, y los pronósticos de ciertas patologías son inciertos y deben individualizarse en cada caso. Se considera importante, y así lo exponen la familias, que la transmisión de la información de las necesidades especiales de estos menores, sean realizadas por los profesionales que directamente se encargan de su cuidado y exista un periodo de adaptación de la familia al menor, que será variable en el tiempo, dependiendo de la edad y de las necesidades de los niños y niñas, hasta la convivencia definitiva con la familia. Esto, dejando siempre "abierta" la comunicación posterior con estos profesionales, independientemente del seguimiento que se realiza con estas familias, por parte de los equipos de adopción o acogimiento familiar.

El seguimiento posterior de estas familias, debería ser más "estrecho", que en otro tipo de adopción o acogimiento, para captar los problemas que puedan ir surgiendo y ayudar en su resolución. Estas dificultades suelen aparecer más a corto plazo en las adopciones/acogimientos de niños con necesidades sanitarias físicas y más a largo plazo en los menores con necesidades psíquicas o neurológicas.

A pesar de que se consigue la captación e idoneidad posterior de familias para adopción y acogimiento familiar de menores con necesidades especiales, en el año 2014 en la Comunidad de Madrid, de los 100 acogimientos familiares resueltos, 20 eran de niños y niñas con necesidades especiales. y de las 49 adopciones nacionales, 6 fueron especiales. Existen todavía en centros de acogida o acogimiento familiar temporal, niños y niñas con necesidades sanitarias (bien es verdad que algunas de ellas con especial complejidad), grupos de hermanos y menores mayores de 5-6 años en "espera de familia".

En 2014 en la Comunidad de Madrid, se realizaron 195 adopciones internacionales, 32 de ellas de menores con

necesidades sanitarias especiales. Seguramente las cifras sean similares en el resto de comunidades; habría que saber cuántas de estas familias de adopción internacional, hubieran adoptado o acogido un niño o niña con necesidades especiales "en espera" de cualquier comunidad autónoma, de haber conocido su existencia.

CONCLUSIÓN

Queda mucho por hacer y por mejorar en el sistema de protección a la infancia en España por parte de las instituciones competentes, y sobre todo dar a conocer a la población la existencia de niños y niñas, algunos de ellos con necesidades especiales, que no pueden ser cuidados por su familia de origen y necesitan otra alternativa de convivencia, es decir una familia, para conseguir un adecuado desarrollo integral, a lo que tiene derecho •

Bibliografía

- 1.- Estadística Básica de medidas de protección a la infancia (Boletín nº 15). Observatorio de la Infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
- 2.- 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 de Pediatría Social. <http://pediatriasocial.com/Documentos/guiaSEPSacogimiento.pdf>
- 3.- Palacios J. Valoración de idoneidad para el acogimiento familiar. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2014.
- 4.- Lopez M, del Valle F, Bravo A. Estrategias para la captación de familias acogedoras. Papeles del psicólogo, 2010. Vol 31(3), pp. 289-295. <http://www.cop.es/papeles>
- 5.- Memoria de Actividades 2014. Instituto Madrileño de la Familia y el Menor. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.

EL ACOGIMIENTO COMO ALTERNATIVA FAMILIAR

María García Cara

Jefa del Servicio de Protección de Menores .

Delegación Territorial en Almería de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
Junta de Andalucía.

El acogimiento familiar es una medida de protección alternativa al acogimiento residencial, por la que un niño o niña, durante un tiempo, pasa a formar parte de una familia distinta a la suya propia.

El acogimiento familiar en general, como medida de protección a la infancia es, en todos los casos beneficioso, pero sobre todo para los menores de corta edad, dado que a edades tempranas es cuando se adquiere la figura de apego tan importante para un buen desarrollo del vínculo afectivo, el cual será fundamental para el desarrollo emocional y social del menor.

TIPOLOGÍAS DE ACOGIMIENTO FAMILIAR

Atendiendo a la legislación*:

- a) **Simple:** El acogimiento simple es de carácter transitorio, se promoverá cuando, existiendo una situación de crisis en la familia del menor, se prevea su reinserción a corto plazo en la misma, o bien, transitoriamente, mientras se acuerde una medida de carácter más estable.
- b) **Permanente:** El acogimiento permanente se promoverá cuando, no existiendo previsión de reinserción adecuada del menor en su familia biológica, las características y deseos personales del propio menor o las específicas circunstancias de su situación aconsejen su integración estable y duradera en otra familia, sin creación de vínculos de filiación entre ellos.
- c) **Preadoptivo:** El acogimiento preadoptivo se constituye como paso previo a la adopción y rompe los vínculos con la familia biológica del menor.

ANDALUCÍA	SIN FINALIDAD ADOPTIVA			TOTAL ACOGIMIENTO
	SIMPLE	PERMANENTE	PREADPTIVOS	
TOTAL	1041	3123	746	4910

Tabla 1: Menores atendidos en acogimiento simple, permanente y preadoptivo en Andalucía. 2014

ATENDIENDO A LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS:

- a) **Acogimiento de urgencia:** Responde a una modalidad especial de acogimiento simple, dirigido a menores entre 0 y 6 años sobre los que hay que intervenir de forma inmediata, evitando su ingreso en un centro de primera acogida mientras se realiza el diagnóstico de su situación familiar. Tiene una duración de seis meses.

Desde el año 2008 en Andalucía se ha evitado el internamiento de un total de 1.254 menores con edades desde los 0-6 años.



Gráfico 1: Menores en Andalucía que han sido atendidos en acogimiento de urgencia 2008-2014.

- b) **Acogimiento profesionalizado:** Es una modalidad de acogimiento simple o permanente que se aplica para niños y niñas con necesidades especiales. Nos referimos a menores con edades superior a los 7 años, grupos de hermanos, con alguna discapacidad, con enfermedades crónicas, con abusos sexuales, con trastornos de vinculación o de conducta, con fracasos previos de acogimiento, etc.



Gráfico 2: Menores en Andalucía en acogimiento profesionalizado 2008-2014

NECESIDADES DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN. PERFILES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES ACOGIDOS O ADOPTADOS

Las necesidades de los niños y niñas que se encuentran en el sistema de protección suelen estar relacionadas generalmente con la experiencia vivida en su familia de origen (situaciones de abandono, y muchos con experiencias de malos tratos, negligencias, abusos, etc) y paradójicamente con la separación de las mismas.

Necesidades de los niños van en relación a su pasado, a su vinculación y adaptación, así como a su identidad.

Además de estas necesidades generales por la experiencia vivida en sus familias, muchos niños cuentan también con necesidades especiales por su edad, discapacidad, enfermedad..., etc.

TIPO DE NECESIDAD	SIMPLES	PERMANENTES	PREADOPTIVOS	TOTAL
Mayores de 7 años	30	22	11	71
Grupo de hermanos	51	12	17	80
Problemas de salud especiales (enfermedades crónicas, grandes prematuros, retrasos madurativos, etc.)	7	2	13	22
Portador VIH y/o otros anticuerpos (por ejemplo sifilis)			7	7
Enfermo VIH y/o	1		4	5
Antecedentes clínicos hereditarios de riesgo	10	3	11	24
Discapacidad física	2	2		4
Discapacidad psíquica	5	1		6
Discapacidad sensorial				0
Trastorno de vinculación			2	2
Víctima de violencia sexual	8	1	8	17
Problemas de conducta	1	7		8
Problemas emocionales		3		3
Fracasos previos en acogimiento / adopción	3	2	2	7
Otras necesidades (indicar)	39		4	43
TOTAL	165	55	79	299

Tabla 2: Perfiles de los menores acogidos o adoptados con necesidades especiales en Andalucía 2014

LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS QUE SE ENCUENTRAN EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN ANDALUCÍA. PERFIL Y CARACTERÍSTICAS

- a) **En Programas de acogida inmediata:** Para recibir, valorar y establecer un diagnóstico de la situación del menor. Para atención urgente de menores nacionales o extranjeros.
- b) **En Programas de atención básica:** Realizado el diagnóstico de la situación del menor y valorada la no existencia de familia acogedora, el menor pasa a un centro residencial básico hasta la mayoría de edad si no hay familia acogedora o adoptiva. Los perfiles de menores son madres gestantes, menores inmigrantes, chicos y chicas que se preparan para la vida independiente, con necesidades especiales, o discapacidades leves.
- c) **En Programas específicos de atención a la diversidad:** Programa que se utiliza para la atención de menores cuyas necesidades específicas exigen un abordaje diferenciado terapéutico, bien de forma temporal como es el caso de los menores con trastornos de conducta o de forma permanente como es el caso de los grandes discapacitados.

En el contexto de centros de protección, las necesidades físicas y materiales de los niños y niñas están cubiertas (alimentación, ropa, supervisión, escolarización) pero aún en los mejores casos, existen dificultades para establecer un patrón de relación con el menor que favorezca un apego seguro y repare el daño sufrido. En un centro el personal técnico y educativo tiene a su cargo varios niños, se trabaja con turnos, los equipos de trabajo tienen cambio de personal...

Por todo lo anterior, si tratamos de definir el perfil y características de los menores de centros, nos encontramos, por lo general más niños que niñas que tienen a menudo problemas: de salud física y mental, problemas de conducta, de control de impulsos y agresividad, baja autoes-

tima, sentimientos de ansiedad, angustia, tristeza, problemas de rendimiento escolar... muchas de estas dificultades vienen derivados de las situaciones de abandono, maltrato y/o negligencia vividos y que han dado lugar a la medida de protección pero también hay que decir que el contexto residencial puede favorecerlos. Es en el ámbito emocional donde el impacto es mayor. El ser separado de su familia, de su figura de apego, incluso si esta es negativa, genera unos sentimientos de abandono y rechazo y unas necesidades que no siempre son atendidas adecuadamente en un contexto residencial.

OCUPACION CENTROS EN ANDALUCÍA		
EDADES	DICIEMBRE 2013	DICIEMBRE 2014
0-3 AÑOS	34	61
4-6 AÑOS	75	85
7-11 AÑOS	362	395
12-15 AÑOS	834	819
16-17 AÑOS	782	756
TOTAL	2087	2096

Tabla 3: Perfiles de edad de los menores en acogimiento residencial en Andalucía. (2013-2014)

Pero además, a diciembre de 2014, de los 2.096 menores que se encontraban en Andalucía en acogimiento residencial, en relación a la edad los porcentajes se distribuyen: 39% menores de 12-15 años, 36% menores de 16-17 años, el 19% menores de 7-11 años y el 6% menores de 0-6 años.

Por otra parte el número de menores de 0-6 años que se encuentran en centros representan solo un 6% (126 menores). De estos, mayoritariamente se encuentran en centros porque el 87% tienen alguna necesidad especial, fundamentalmente formar grupo de hermanos, discapacidades y problemas de salud.

En cuanto a los menores de 7-11 años, por su edad tienen ya una necesidad especial, pero además el 93% de ellos tienen alguna necesidad añadida, como son: grupos de hermanos, discapacidad, problemas comportamentales, de salud, trastornos del apego, hiperactividad, abusos sexuales...

Esta realidad hace necesario una reorientación de los centros de protección de menores. Se debe apostar por una medida de integración familiar y los centros deben proporcionar alternativas de inserción social y laboral a aquellos chicos y chicas con edades avanzadas, igualmente deben especializarse para prestar la atención a menores con patologías graves, bien comportamentales o discapacidades.

AVANCE DEL ACOGIMIENTO FAMILIAR Y NUEVOS RETOS

En cuanto al programa de acogimiento familiar, éste tiene una trayectoria en Andalucía de más de 15 años. Es un programa consolidado.

Desde su inicio (1996) se optó por un modelo de trabajo a través de Entidades Colaboradoras de Integración Familiar que nos ha proporcionado una gran disponibilidad y cercanía entre profesionales y familias acogedoras. En la actualidad el programa está estructurado en dos ámbitos de actuación diferenciados: acogimiento en

familia extensa y acogimiento en familia ajena.

Son muchos los avances que desde el 2007 se han realizado para la promoción del acogimiento familiar, como son: la generalización del programa de acogimiento de urgencia de familias ajenas, la implantación del programa para familias extensas, el desarrollo del programa de acogimiento profesionalizado, el aumento de profesionales en las entidades colaboradoras, los instrumentos y materiales de apoyo realizados para los profesionales, las campañas de sensibilización y captación realizadas, tanto por parte de la Administración como por las ICIFs...

En las líneas de actuación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales se sitúa el acogimiento familiar dentro del primer eje de actuación de la Consejería comprometiéndose a seguir apostando por la consolidación de los recursos de acogimiento familiar simple y permanente, así como seguir avanzando en el acogimiento familiar de urgencia y profesionalizado.

Por ello, los retos más inminentes en estos momentos son:

- En relación a los menores de 0-6 años: Llegar a la universalización del acogimiento familiar. bien a través del acogimiento de urgencia o de otra tipología en función de las necesidades del menor.
- En relación a los menores con necesidades especiales que se encuentran en acogimiento residencial, es ir avanzando en el acogimiento familiar para menores con perfiles menos complejos en edad, como son los menores de 0-11 años. Para estos menores necesitamos aumentar el acogimiento profesionalizado.

Para conseguir estos retos es necesario realizar campañas de sensibilización y captación. Necesitamos familias con formación específica y que comprendan las necesidades de los niños que se encuentran en acogimiento residencial, al objeto de formalizar un acogimiento familiar con carácter profesionalizado.

Las familias andaluzas que quieran ofrecerse para el acogimiento familiar de estos niños deberán dirigirse a la Delegación Territorial de nuestra Consejería en su provincia de residencia, o, también a las Instituciones Colaboradoras de Integración Familiar de su provincia, pudiendo consultar las direcciones en la página web de nuestra Consejería.

Para ello, las familias pasarán por un proceso de valoración de su idoneidad para el acogimiento familiar, valorándose entre otros, los siguientes criterios: su motivación, capacidad afectiva, ausencia de enfermedades, estabilidad familiar y emocional, etc...

Declarada la idoneidad, se le preasignará un menor o grupo de hermanos y, tras un periodo de acoplamiento, se formalizará el acogimiento. A partir del mismo, la familia cuenta con un equipo de profesionales que realizarán los seguimientos, supervisarán las visitas de los menores con su familia biológica y les asesorarán en las dificultades que puedan surgir a lo largo del acogimiento.

Se trata de un reto muy importante por varios motivos: en primer lugar por la dificultad de la tarea, en segundo lugar porque requiere de recursos económicos y humanos, así como una dotación económica suficiente, para la remuneración de dichos acogimientos y, por último, es necesario en relación a la calidad de las intervenciones que se realizan, seguir dotando de instrumentos y herramientas a los profesionales del sistema para la atención de los niños y niñas en acogimiento familiar •

* Con la entrada en vigor de la **Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia** (BOE nº 180 de 29 de julio de 2015), las modalidades de acogimiento han variado respecto a las recogidas en el presente artículo, redactado en fecha anterior. La nueva ley modifica el art. 173 bis del Código Civil, que dice lo siguiente::

“Art. 173 bis:

1. *El acogimiento familiar podrá tener lugar en la propia familia extensa del menor o en familia ajena, pudiendo en este último caso ser especializado.*

2. *El acogimiento familiar podrá adoptar las siguientes modalidades atendiendo a su duración y objetivos:*

a) **Acogimiento familiar de urgencia**, principalmente para menores de seis años, que tendrá una duración no superior a seis meses, en tanto se decide la medida de protección familiar que corresponda.

b) **Acogimiento familiar temporal**, que tendrá carácter transitorio, bien porque de la situación del menor se prevea la reintegración de este en su propia familia, o bien en tanto se adopte una medida de protección que revista un carácter más estable como el acogimiento familiar permanente o la adopción. Este acogimiento tendrá una duración máxima de dos años, salvo que el interés superior del menor aconseje la prórroga de la medida por la previsible e inminente reintegración familiar, o la adopción de otra medida de protección definitiva.

c) **Acogimiento familiar permanente**, que se constituirá bien al finalizar el plazo de dos años de acogimiento temporal por no ser posible la reintegración familiar o bien directamente en casos de menores con necesidades especiales o cuando las circunstancias del menor y su familia así lo aconsejen. La Entidad Pública podrá solicitar del Juez que atribuya a los acogedores permanentes aquellas facultades de la tutela que faciliten el desempeño de sus responsabilidades, atendiendo, en todo caso, al interés superior del menor."

ACTIVOS INDIVIDUALES Y VALORES EN SALUD

Carlos Belda Grindley

Escuela Andaluza de Salud Pública - Observatorio de la Infancia en Andalucía

Tradicionalmente la medicina y la psicología se han centrado en la enfermedad (física/mental) en lugar de en la salud positiva (física/mental). Ya en 1946, la OMS definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades"**(1)**. Sin embargo aunque esta idea ha tardado en trasladarse a los sistemas de atención a la salud y el bienestar, cada vez más se reconoce entre los investigadores y profesionales de la salud que una buena salud física y mental consiste en la presencia de bienestar, además de la ausencia de patología.

El bienestar, social y emocional es importante en sí mismo para el desarrollo personal pero también lo es porque afecta a la salud física, tanto en la infancia como en el resto del ciclo de la vida, y también afecta al desenvolvimiento en el ámbito escolar que tantos años ocupa en la vida de los niños y niñas y que tanto determina su trayectoria vital. Por tanto, una buena salud social y emocional ayuda a proteger a los niños y niñas de posibles problemas asociados con las distintas etapas del desarrollo.

En la promoción de ese bienestar tiene especial relevancia la identificación de los activos de la comunidad que pueden favorecer la producción de salud en la infancia, pero también de la identificación y promoción de activos individuales que favorecen el ajuste y el afrontamiento de las dificultades inherentes al desarrollo. Un activo para la salud es cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar **(2)(3)**.

El modelo de activos comunitarios **(4)** trata de que se identifiquen mapas de activos o fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto. No obstante este modelo no incorpora aún la promoción directa de la interacción con los activos para la salud.

De la misma manera que el enfoque

positivo de salud se centra en los activos que producen salud en las personas, la psicología positiva se centra en los activos que producen bienestar, felicidad, fortalezas y florecimiento **(5)**. Un aspecto central para la psicología positiva es explorar cómo este conocimiento puede ser comunicado y transmitido a otras personas. En ese sentido el sistema educativo, en concreto las escuelas tienen una posición privilegiada para promover el florecimiento en amplios grupos de niños, niñas y adolescentes **(6)**. Sin embargo la psicología positiva no ofrece por sí misma estrategias concretas para trabajar la promoción de las fortalezas de la persona por lo que será necesario recurrir a otras aproximaciones dentro de la psicología que sí aportan directamente estrategias que permiten trabajar y promover las fortalezas individuales a lo largo del desarrollo.

2. PSICOLOGÍA POSITIVA Y ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL DESARROLLO

La psicología positiva promulga que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadores en contra de la enfermedad mental y a favor del bienestar. Estas fortalezas podrían ser entendidas como activos individuales para la salud física y mental. Por otro lado, los psicólogos positivos afirman que lo que hacen los clínicos en sus consultas tiene más que ver con la amplificación de las fortalezas o de los activos individuales de los clientes que con la reparación de sus debilidades **(7)**. Sin embargo la psicología positiva, aunque sí nos aclara cuáles son las fortalezas a promocionar, no nos dice cómo hacerlo y, en ese sentido, no ofrece definiciones concretas sobre cuáles serían los repertorios que habría que potenciar ni aporta un cuerpo de estrategias y técnicas concretas para promover esas fortalezas.

La gran aportación de la psicología positiva ha consistido en volver a poner el énfasis en la necesidad de potenciar las fortalezas humanas en lugar de esperar a tratar las enfermedades mentales y en la necesidad de construir repertorios comportamentales más amplios y no centrarse

en reparar los déficits.

La psicología positiva puede entenderse desde la óptica hedonista o desde la eudaimónica. La visión hedonista se asocia con la maximización del placer y la minimización del dolor, así desde esta perspectiva una buena vida es aquella en la que la persona experimenta más frecuentemente emociones positivas que negativas y más sentimientos de felicidad y satisfacción que de frustración **(8)**. La visión eudaimónica sostiene que el bienestar resulta de un funcionamiento psicológico pleno y de llevar una vida acorde con los valores personales, además de que puedan experimentarse sentimientos de felicidad **(9)**.

Según la investigación mencionada parece que la óptica eudaimónica del bienestar y la felicidad tiene un mayor fundamento en evidencias científicas y quizá la combinación de una visión de la psicología positiva con otros modelos psicológicos que buscan promover cualidades, fortalezas, activos o repertorios amplios de comportamiento orientados a los valores personales pueda complementar de una manera más operativa el planteamiento que se hace desde la psicología positiva.

La perspectiva de salud positiva **(10)** pone el énfasis en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad, preguntándose ¿Qué ocurre para que algunas personas prosperen y otros enfermen en situaciones similares? y ¿dónde están los factores de éxito para la salud? A través de 150.000 entrevistas a niños, niñas y adolescentes entre 11 y 18 años de edad, el Search Institute ha identificado cuarenta experiencias y cualidades positivas que todos nosotros podemos traer a las vidas de los niños, niñas y adolescentes, son los llamados Elementos Fundamentales del Desarrollo (EFD). Estos elementos están agrupados en ocho áreas amplias del desarrollo humano, dibujando una imagen de las cosas positivas que los niños, niñas y adolescentes necesitan para crecer de forma sana y responsable.

3. LA PROMOCIÓN DE LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y EL TRABAJO DE LOS VALORES PERSONALES

El modelo Terapéutico de Aceptación y Compromiso -ACT- (11)(12) propone un enfoque terapéutico que asume que los eventos privados, como emociones o pensamientos, no pueden ser alterados de manera directa y deliberada por los humanos, aunque sí pueden llevarse a cabo estrategias de aceptación que favorecen una vida más plena y con sentido.

ACT se centra por tanto en que las personas identifiquen las direcciones valiosas en su vida, en que se controlen las actuaciones que estén orientadas hacia esas direcciones valiosas y a aceptar los eventos privados (pensamientos y emociones) que se puedan interponer en ese proceso. Es importante aclarar que cuando se habla de valores personales o de direcciones valiosas es cada persona quien fija esas direcciones, que pueden no coincidir con la de los demás. El hecho de que sea cada persona quien establezca sus propios valores supone ya una implicación de la persona en los esfuerzos por dirigirse en esas direcciones valiosas.

El concepto central del modelo terapéutico ACT es la *flexibilidad psicológica*, que consiste en la habilidad para contactar por completo con el momento presente y las experiencias internas que están ocurriendo en ese momento, sin necesidad de defenderse de ellas y, dependiendo del contexto, persistir o cambiar en dirección a los valores personales (13). Es lo opuesto a inflexibilidad psicológica o evitación experiencial. ACT busca directamente incrementar la flexibilidad psicológica, y lo hace a través de seis procesos psicológicos de cambio: aceptación, defusión, momento presente, yo como contexto, valores, y acción comprometida.

¿Podemos considerar la flexibilidad psicológica como activo individual a fomentar para promover el bienestar personal? Se ha encontrado que la inflexibilidad psicológica está presente en personas que sufren depresión, ansiedad, abuso de sustancias, estrés laboral, comportamientos disociales y dificultades en la recuperación de enfermedades físicas, por tanto la promoción de la flexibilidad psicológica puede actuar como amortiguador o como vacuna contra algunos de esos trastornos. En ese sentido ser flexible psicológicamente puede ser un activo individual que incide tanto en la salud física como en

el bienestar. La promoción de la flexibilidad psicológica a través de sus componentes de cambio aporta estrategias concretas para fomentar ese elemento que parece estar presente en las personas con buena salud psicológica.

Desde la perspectiva ACT el trabajo de los valores personales supone un elemento clave para enmarcar, dar sentido y motivar hacia las actuaciones valiosas. Los valores son elementos de la vida que nos importan y nos motivan a emplearnos en ciertas actividades. Mientras hay algunos valores comunes que muchas personas comparten, los valores son entendidos aquí como elegidos individualmente. Es importante distinguir valores y metas. Las metas son algo obtenible, por ejemplo terminar una carrera. Sin embargo, los valores no se terminan de alcanzar nunca, son más bien una dirección, hacia la que siempre podemos estar moviéndonos, por ejemplo ser un buen amigo o ser una persona segura, podrían ser algunos valores personales. Podemos perseguirlos a lo largo de toda la vida y nunca se consiguen como si fueran objetos. Pueden proporcionar una guía, significado y sentido a nuestras acciones. Funcionalmente, clarificar los valores repercute en las funciones reforzantes o de castigo que tienen los eventos involucrados en perseguir esos valores. Así, ayudar a la persona a clarificar sus valores debería ayudar a hacer más probable que afronte estímulos que estaban fortaleciendo la evitación; además las actividades cuyas propiedades reforzantes estaban teniendo poco efecto pueden ahora ser más potentes. Por ejemplo, decirle a un chico que estar en una situación que le provoca ira (y sentirla sin defenderse de ella) lo acerca a ser más valorado por sus colegas (si es que ser aceptado por su grupo es un valor para él) incrementará el valor reforzante de experimentar ira a veces.

En definitiva lo que la aproximación ACT promueve son estrategias para afrontar las emociones y pensamientos desagradables que a veces se interponen entre uno mismo y la dirección valiosa que quiere tomar en su vida. Cuando es factible evitar ciertas experiencias desagradables lo más saludable es hacerlo, es decir, evitarlas, pero ¿qué ocurre cuando debemos afrontar emociones o pensamientos propios de la experiencia que hemos tenido ya o pensamientos o emociones inherentes al desarrollo personal, como ansiedad, frustración,

tristeza, incertidumbre, miedo, inseguridad, conflicto, etc.?

CONCLUSIONES: 1) El fomento de una buena salud y bienestar es posible desde la primera infancia; 2) Tenemos ya conocimiento de elementos que se pueden promover para favorecer un desarrollo saludable en las distintas etapas del desarrollo; y 3) Algunas estrategias como la aceptación, el *mindfulness* y los valores personales pueden incidir directamente en la promoción de esos elementos fundamentales.

REFERENCIAS

- (1) OMS. Artículo primero de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Suiza; 1946.
- (2) Morgan A, Ziglio E. Promotion & Education Revitalising the evidence base for public health?: an assets model. 2007.
- (3) Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud.
- (4) Kretzman JP, McKnight JL. Building Communities from the inside Out: A path toward finding and Mobilizing a Community Assets. Chicago: Illinois: ACTA Publications; 1993.
- (5) Gable ST, Haidt J. What (and why) is positive psychology? Rev Gen Psychol. 2005;9:103-10.
- (6) Seligman MPE, Ernst RM, Gillham J, Reivich K, Linkins M. Positive education: positive psychology and classroom interventions. Oxford Rev Educ. 2009;35:293-311.
- (7) Luciano C, Páez-Blarrina M, Valdivia S. Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Clínica y Salud. 2006;17(3):339-56.
- (8) Keyes CLM, Annas J. Feeling good and functioning well: distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. J Posit Psychol. 2009;4:197-201.
- (9) Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. J Happiness Stud. 2008;9(1):13-39.
- (10) Scales P, Leffert N. Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development. Minneapolis, MN: Search Institute; 1999.
- (11) Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
- (12) Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2012.
- (13) Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44:1-25.

EL MODELO DE RECUPERACIÓN APLICADO AL MALTRATO INFANTIL

Carmen de Manuel

Psicóloga Clínica

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cádiz

Ha resultado decisiva la aplicación del modelo de la recuperación en los casos de maltrato infantil. El fin que se persigue no es otro que el de situar al menor como protagonista de su propia vida, incluido a la hora de recuperar su proyecto vital, a pesar del daño sufrido por el maltrato y a pesar de la edad.



El modelo de la recuperación se basa en una serie de principios que no sólo se pueden aplicar a la infancia sino también al entorno familiar, a las familias sustitutas o de acogida, a los centros de protección y, por supuesto, a los profesionales que intervienen durante todo el proceso.

Entiendo la recuperación como el resultado de un proceso relacional entre el niño maltratado y el entorno en que vive. Este proceso relacional está basado en el respeto hacia su persona y hacia sus derechos (reconocidos por la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas y ratificada por España en 1990) y se orienta desde una perspectiva de buenos tratos como medio para recuperar el proyecto de vida. Es un proceso relacional bientratante que aporta al menor experiencias relacionales alternativas en contraste con el maltrato recibido.

Parto de un principio básico indispensable y es que no podemos hablar de recuperación hasta que el niño no se encuentra en un entorno seguro y protector ya que es difícil retomar el proyecto de vida cuando todos los recursos están al servicio de sobrevivir a la situación de maltrato. Por ello, la Recuperación sólo comienza tras alcanzar la Protección. Por tanto, el primer paso para la recuperación es lograr la protección del niño.

La recuperación no depende de las cualidades estructurales del niño, no es algo intrínseco a él, sino que depende también de la interacción con el entorno. Por tanto, el entorno se convierte en impulsor del crecimiento a pesar de la experiencia traumática que supone el maltrato pero también a partir de ella.

Según los principios básicos de la Resiliencia, las personas somos capaces de aprender de todas las experiencias, de sacarles provecho, de desarrollar recursos y habilidades y de convertirlas en oportunidades de cambio, mejora y avance para reconstruir nuestra manera de entender el

mundo y modificar el sistema de valores y el modelo mental de las relaciones.

Nos acercaremos al menor maltratado desde una perspectiva biográfica y en ningún caso patográfica, esto es que no se niega el daño sufrido por el menor ni las secuelas que haya dejado el maltrato pero se centra en la persona (en sus fortalezas, valores, recursos y capacidades, es decir, en los activos de salud) y no en sus síntomas, en la patología o los déficits.

El maltrato es algo que le ocurrió al niño, una parte de su vida pero no es su vida y no determina necesariamente la existencia. Una de las características más saludables de las personas es la plasticidad, es decir, la capacidad para adaptarnos a los cambios y para producirlos lo que hace que el hombre puede cambiar el curso de su propia historia porque es capaz de modificar la percepción que tiene del mundo y de sí mismo.

Mencionemos a continuación algunos de los activos de la Recuperación en varios niveles.

¿CUÁLES SON LOS ACTIVOS EN EL NIÑO EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN?

- **Garantizar la Protección del menor.**
- **Fomentar su Autoestima.**
- **Así como el Desarrollo de potencialidades.**
- **Lograr que sea capaz de articular la Dependencia con una Autonomía cada vez mayor.**
- **El Apoyo entre iguales.**
- **Impulsar la empatía, la capacidad para dar y recibir, la capacidad ética, la solidaridad.**
- **Aprender a relacionarse sin ser victimizado pero también sin victimizar.**
- **Sin descuidar que sea capaz de esfuerzo y sacrificio. Presencia de metas.**
- **Todo ello desde la Disciplina positiva.**
- **Lograr que el menor sea capaz de Asumir responsabilidades ante la propia conducta y las consecuencias que de ella se derivan.**
- **Empoderamiento, poner en valor a la Infancia.**
- **Manteniendo siempre la Esperanza.**

Este último punto, la esperanza, es básico en el modelo de la recuperación. Se basa en la idea compartida de que es

posible recuperar el proyecto de vida a pesar de las experiencias traumáticas vividas.

Sin embargo, no es posible la recuperación sin la intervención del entorno siendo el entorno familiar el más importante en la infancia. Aunque encontramos con frecuencia que éste es el contexto maltratante, aquel que debería protegerle y cuidarle es justamente el que le maltrata. En estas situaciones se plantea la evaluación del contexto familiar maltratante como recuperable o no.

Necesitamos objetivar criterios respecto a cuáles son las competencias parentales necesarias para garantizar el bienestar de los niños y para decidir si es posible la rehabilitación de estas competencias. La objetivación de estos criterios proporcionan:

- Seguridad a los profesionales en la toma de decisiones.
- Disminución de la incertidumbre del profesional.
- Reducir el tiempo en la toma de decisiones.
- Proteger a los niños de intervenciones inadecuadas, tardías o incoherentes que, pretendiendo protegerles lo que ocasionan es mayor sufrimiento.

No podemos ignorar el factor **tiempo** cuando hablamos de infancia porque el tiempo para un niño no es el mismo que para un adulto. De aquí la importancia de una intervención precoz porque el niño no puede esperar a que los profesionales se aclaren y se decidan a intervenir.

Además, tampoco podemos ignorar el **derecho de todo niño a participar de forma activa** en cualquier cuestión que le competa, como ocurre durante el proceso de protección. Esto significa pedir la opinión del niño y tenerla en cuenta seriamente en las decisiones.

Igualmente respetaremos otro de sus derechos: **el derecho a estar informado** de lo que va a pasar, de las consecuencias que tendrá para él nuestras decisiones. Por esto, es necesario articular tiempos en los que informaremos al niño de lo que va a acontecer.

¿CUÁLES SON LOS ACTIVOS DE LA RECUPERACIÓN EN LA FAMILIA?

- Ñ1 **Que sean capaces de mantener una Vinculación afectiva con sus hijos.**
- Ñ1 **Que sean padres Empáticos y con Plasticidad.**
- Ñ1 **Disponibles a nivel afectivo.**
- Ñ1 **Cuyas expectativas se ajusten a la realidad.**
- Ñ1 **Que se relacionen con sus hijos y les eduquen desde la Disciplina positiva y el Autocontrol.**
- Ñ1 **Responsabilizándose de sus conductas y con deseo de reparar el daño que sus conductas hayan podido ocasionar.**

Ñ1 **Que no padezcan ninguna enfermedad, física o mental, ni siga ningún tratamiento que interfiera con sus competencias parentales.**

Ñ1 **Pertenencia a Redes sociales como fuente de apoyo a la parentalidad.**

Ñ1 **Capacidad para beneficiarse de los recursos del entorno.**

En ocasiones no es posible la permanencia del niño con su familia biológica y se plantea entonces la alternativa de la familia sustituta. Las familias sustitutas deben ser familias especializadas ya que los niños que acogen han vivido experiencias terribles.

Los activos de recuperación para estas familias coinciden con los activos de las familias biológicas debido a que las necesidades infantiles son las mismas. Con frecuencia los niños acogidos en familias sustitutas se ven envueltos en un conflicto de lealtades entre su familia natural y la sustituta que puede acabar con la no adaptación a la familia sustituta porque sería para el niño como traicionar a su propia madre si aceptara los cuidados de otra mujer.

Igualmente, se puede despertar la rivalidad entre ambas familias por demostrar quién es mejor padre o madre.

Los Centros de Protección se configuran como una alternativa cuando no es posible la convivencia con la familia biológica ni tampoco hay posibilidad de familia sustituta.

Quiero recordar que los recursos de protección cambian con el tiempo por lo que un niño puede pasar de su familia biológica al centro de protección de primera acogida, de aquí a otro centro pero ya de larga estancia o a una familia sustituta y de ésta pasar a una familia de adopción. Y mientras, el menor ha podido pasar temporadas con su familia biológica con el deseo de recuperación de sus competencias parentales para devolver al menor al circuito de protección al comprobar que la recuperación no fue posible.

Jorge Barudy denomina a este fenómeno como "síndrome del peloteo" y cuya consecuencia es la afectación de la capacidad del niño y de su entorno para vincularse de una manera duradera. De aquí la importancia de la preservación de los vínculos ya que las relaciones de apego son fundamentales en el proceso de recuperación.

Para lograr la recuperación de un proyecto de vida es necesario articular los diferentes sectores (salud, justicia, servicios sociales, educativos, fuerzas del orden, etc) y las diferentes disciplinas (pediatras, policías, jueces, maestros, psicólogos, trabajadores sociales, etc) que intervienen ya que se ve implicado todo el entorno del niño. En este sentido podemos afirmar que todos somos corresponsables del resultado de este proceso de recuperación.

Los profesionales formamos parte de este entorno y necesitamos de la colaboración de los demás para conseguir los objetivos. Por ello, es fundamental desarrollar un Trabajo en Red de forma Coordinada.

Pasamos a considerar los activos de los profesionales que favorecen la recuperación.

**¿CUÁLES SON LOS ACTIVOS DE LA RECUPERACIÓN
EN LOS PROFESIONALES?**

- Ñi Favorecer el desarrollo de un apego sano en la relación con el niño, vincularse con él de una forma saludable y estable.
 - Ñi El profesional contará con una adecuada Formación.
 - Ñi Oportunidad de supervisión no sólo del trabajo realizado con el niño sino también sobre el funcionamiento del equipo.
 - Ñi Capacidad de trabajo en equipo y en red.
 - Ñi Capacidad empática, es decir, ser capaz de ver a las personas a través de la comprensión de su historia de vida.
 - Ñi Habilidad para detectar, valorar e intervenir de forma precoz y eficaz.
 - Ñi Uso del poder como protector del menor.
 - Ñi Habilidades para la comunicación, incluida la capacidad de escucha.
 - Ñi Control de las propias emociones, es decir, ser capaz de regular nuestros sentimientos.
 - Ñi Flexibilidad/Plasticidad.
 - Ñi Elaboración de los propios traumas.
 - Ñi Compromiso con el propio crecimiento como profesionales pero también como personas.
 - Ñi Confidencialidad.
 - Ñi Desempeñar nuestras funciones en contextos institucionales funcionales.
- Y además:
- Ñi Que le gusten los niños y crea firmemente en sus derechos.
 - Ñi Que conozca el desarrollo evolutivo infantil y sus trastornos.
 - Ñi Que conozca la dinámica familiar y otras influencias del entorno.
 - Ñi Que tenga sentido del humor.

Cuidar de los cuidadores de los niños y niñas es una de las formas de cuidar de la infancia. Cuidar de sus padres pero también cuidar de los profesionales. El profesional es un activo potente en la recuperación del niño maltratado y de su familia. Se hace preciso desarrollar estrategias de prevención pues trabajar con niños que han sido vulnerados en sus derechos implica trabajar en una temática de alto contenido emocional que puede dañar al profesional.

CONCLUSIONES

De lo dicho hasta aquí se desprende que debemos revisar nuestras creencias acerca del futuro que les espera a los niños maltratados, sin invisibilizar el daño sufrido ni tampoco sobredimensionar el mismo al pensar que estos niños quedan dañados para siempre.

A pesar de la severidad, la gravedad y el trauma que supone el maltrato, las niñas y niños pueden recuperar su proyecto de vida, es decir, el retorno progresivo hacia la normalidad funcional y acceder a una vida productiva en lo afectivo, relacional, social y cognitivo. La experiencia vivida no debe convertirse en algo que detiene su desarrollo e hipoteca su presente o su futuro. Por ello, todos los que rodeamos al niño maltratado somos corresponsables de su crecimiento, a pesar de su experiencia traumática pero también a partir de ella. Porque todas las experiencias dan opción a la oportunidad.

Pero desde una perspectiva que potencie los activos y no se centre sólo en el déficit. Sin negar el daño sufrido pero estimulando y potenciando los activos o recursos que poseen estos niños y su entorno. Nos aproximaremos, por tanto, desde una concepción integral, biográfica y no patográfica del maltrato infantil.

Recordando que la plasticidad del ser humano capacita para la recuperación y permite cambiar de rumbo la propia historia; sólo es necesario un entorno adecuado.

Regidos y guiados por un maestro de los logros: la esperanza •

Bibliografía

- 1.- de Manuel, C. (2009): La terapia de familia y los niños: reflexiones desde una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la red pública andaluza. Rev. Apuntes de Psicología, 2009, Vol. 27, número 2-3, págs. 363-373.
- 2.- Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía (2010). Serie de cuadernos de trabajo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- 3.- Barudy, J. y Dantagnan, M (2005): Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona. Gedisa.
- 4.- de Manuel, C. (2014): Palabras Prohibidas. Barcelona. Ediciones Bellaterra.
- 5.- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B. y Vecina Jiménez, M. L. (2006): La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Rev. Papeles del Psicólogo. Vol. 27 (1), pág. 40-49.
- 6.- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M.: Hacer de la recuperación una realidad. Revisión de la edición en castellano: Aguila Bono del Trigo, Gonzalo Fernández Regidor, Pablo García-Cubillana de la Cruz, Angel Mena Jiménez, Esther Trillo Gallo y Evelia Vega Monclús. 2008. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A LAS ENFERMEDADES RARAS

Gema Esteban Bueno

Medico de Familia UGC Garrucha. AGSNA Almería.

Presidenta de la Asociación Española para la Investigación y Ayuda al Síndrome de Wolfram.

Delegada de FEDER Andalucía. Miembro del Grupo SEMFYC Genética Clínica-Enfermedades Raras.

El médico de familia tiene un papel muy importante en las enfermedades raras en todas sus fases: sospecha diagnóstica, derivación al especialista hospitalario, registro de la enfermedad, seguimiento de la enfermedad, sin olvidar el acompañamiento del paciente y su familia. Es el nexo entre el paciente y los múltiples enfoques que conlleva su necesaria atención multidisciplinar coordinada y enfocada a dar respuesta a las peculiaridades de estas enfermedades.

Este profesional suele ser la puerta de entrada de estos pacientes en el sistema sanitario público, en el que permanecen, por presentar generalmente entidades crónicas, degenerativas y progresivas. Estas enfermedades por sus características afectan a todo el sistema familiar que es precisamente el ámbito en el que es especialista este profesional "la familia". El equipo de atención primaria (AP) además suele ser el más accesible para la familia realizando seguimiento continuado de todas las fases de la enfermedad. Los requerimientos a los que se van a enfrentar el afectado y su familia en las distintas fases/situaciones obliga a poner en marcha una visión holística de la situación que le permita poder responder a la complejidad a la que ambos, equipo de AP y familia, se enfrentan. Estas enfermedades tienen mal pronóstico y evolución en muchos casos muy rápida. El Equipo debe de ayudar a vivir el día a día a la familia intentando que "vivan" el momento presente pero los profesionales han de ser conscientes de que la última fase llegará en un periodo más o menos breve, por ello, hay que detectar el momento oportuno para hablar/preparar a la familia y afectado en la toma de decisiones anticipadas y ofrecer todo el apoyo posible en la última fase de este proceso. Hay que tener en cuenta que esta fase será vivida de un modo muy especial por los padres de los afectados y el profesional debe saber manejar esta difícil situación.

El profesional de AP debe estar preparado y formado para identificar al posible paciente con una enfermedad poco frecuente, y desarrollar una estrategia de intervención que aborde aspectos físicos, psicológicos y sociales, poniendo en marcha todos los protocolos y recursos a su alcance, evitando la visita a múltiples especialistas y pruebas diagnósticas innecesarias.

Para facilitar la atención a los pacientes con Enfermedades Raras en las consultas de Atención Primaria, el Grupo de Trabajo de SEMFYC sobre "Genética Clínica y ER", en colaboración con el Instituto de Investigación en ER del Instituto de Salud Carlos III,

han desarrollado el **Protocolo DICE-APER**, una plataforma online gratuita. Este protocolo está disponible desde Junio del 2010 y hasta la fecha es la única herramienta conocida con estas características. Su utilidad ha quedado reflejada en varias encuestas realizadas por el Grupo de Trabajo de SEMFYC durante los años 2012-2014.

Este protocolo incide en cuatro aspectos básicos:

1. **Diagnóstico.** Identifica a las personas que tienen un diagnóstico o sospecha de ER.
2. **Información.** Proporciona información básica y de soporte al paciente, partiendo de los recursos existentes en organizaciones de pacientes y de la administración.
3. **Coordinación.** Contribuye en mejorar la coordinación asistencial que cada paciente demande, estableciendo los lazos oportunos entre el médico de AP y el servicio médico especialista que controla al paciente en lo que se refiere a su ER.
4. **Epidemiología.** Proporcionar información al sistema sanitario sobre las dimensiones del problema, facilitando que el paciente pueda inscribirse en el registro de personas con ER del ISCIII y contribuyendo a la investigación mediante la donación de una muestra de sangre para su biobanco •

AL LADO: UN MÉTODO PARA LA REDUCCIÓN DEL SUFRIMIENTO MEDIANTE DECISIONES COMPARTIDAS, EN ANDALUCÍA

Rafael Muriel Fernández ^a, José Miguel García Domínguez ^a, Antonio Sagués Amadó ^b, Amparo Carmona Casado ^c, Francisco Sánchez Rodríguez ^a, Pilar Toro Sánchez-Blanco ^d

^a Servicio de Atención Socio-sanitaria. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía, Sevilla, España

^b Jefe de Servicio de Atención Socio-sanitaria

^c Asociación Alma y Vida, Sevilla, España

^d Dpto. de Documentación y Biblioteca Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía, Sevilla, España.

Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía

RESUMEN

La estrategia "Al Lado", que se desarrolla en Andalucía, de cooperación entre servicios públicos de salud y asociaciones de personas afectadas, para la mejora de la calidad de la atención, se ha aplicado, entre otras patologías, a los problemas de adversidad en salud del menor. Para explorar las necesidades de los afectados se ha realizado un estudio cualitativo con padres de hijos fallecidos, a través del cual se han identificado los puntos clave de mejora en relación al sufrimiento que produce en la persona afectada y en su entorno cuidador próximo. El objeto del estudio incluye, además de la identificación de los aspectos mejorables, la aportación de unas propuestas a modo de recomendaciones.

"Al Lado" como estrategia participativa y transversal, actualmente en desarrollo, está implícita en los objetivos del IV Plan Andaluz de Salud, ya que su aplicación propicia la participación y el empoderamiento de las personas afectadas por una adversidad en salud.

ABSTRACT

The strategy "Next To", developed in Andalusia, about cooperation between public health services and associations of affected people, to improve the quality of care, has been applied, among other diseases, to the problems of adversity on child health. In order to explore the needs of affected population, it has been made a qualitative study with parents of deceased children, through which it has been identified the key points of improvement in relation to the suffering that occurs in the affected person and their next caregiver environment. The purpose of the study, in addition to identifying areas for improvement, includes providing proposals as recommendations.

"Next To" as a participatory and transversal strategy, currently under development, is implicit in the objectives of the Fourth Andalusian Health Plan, since its application encourages the participation and empowerment of people affected by health adversity.

PALABRAS CLAVE

Al lado
Adversidad
Sufrimiento
Decisiones compartidas
Menor

KEYWORDS

Next to
Adversity
Suffering
Shared Decision Making
Child

INTRODUCCIÓN

Este trabajo toma como referencia el Informe Hastings sobre Los Fines de la Medicina², que a continuación se relacionan:

1. La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud.
2. **El alivio del dolor y el sufrimiento** causado por la enfermedad y las dolencias.
3. La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
4. Evitar la muerte prematura y **velar por una muerte en paz**.

Según el informe "El **dolor** se refiere a una aflicción física aguda y se manifiesta de muchas formas: el dolor puede ser agudo, punzante, penetrante. El **sufrimiento**, en cambio, se refiere a un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad... el dolor no siempre provoca sufrimiento (espe-

Ideas y conceptos en torno al sufrimiento
a) El alivio del dolor y el sufrimiento como uno de los fines de la medicina
b) Dolor y sufrimiento no significan lo mismo
c) La medicina de hoy no suele cumplir con este fin
d) La intervención profesional puede reducirlo o incrementarlo
e) La implicación profesional en el proceso de atención sanitaria es inevitable
f) Dos componentes del sufrimiento son la incertidumbre y la ausencia de control percibido
g) La reducción del sufrimiento, como resultado de las decisiones compartidas, incrementa la calidad de la atención y la reducción de costes
h) El sufrimiento alcanza tanto a la persona afectada como a su entorno cuidador próximo

cialmente si el paciente sabe que es pasajero o que forma parte de un proceso de cura)..., sin embargo, la medicina que se practica hoy día en todo el mundo no suele cumplir correctamente con ese fin".

Para analizar los componentes del sufrimiento se han seguido los argumentos de Ramón Bayés en su modelo "amenazas-recursos"³, que explica cómo la adversidad en salud actúa como amenaza, provocando un nivel determinado de incertidumbre y unas posibilidades de control de las situaciones. Estos dos elementos, incertidumbre y control percibido, desencadenan reacciones emocionales como miedo, desconfianza, suspicacia, desánimo, desesperación, ansiedad... Por otro lado, se

Figura 1. Elaboración propia.

ha tenido en cuenta la aportación de la teoría de la personalidad, propuesta por Albert Ellis, precursor de las terapias cognitivas conductuales⁴. Ambas aportaciones nos han servido de base para construir el esquema relacional del proceso de producción del sufrimiento.

AMENAZAS	RECURSOS		RESPUESTA
DESENCADENANTE	COGNICIÓN	EMOCIÓN	SUFRIMIENTO
ADVERSIDAD EN SALUD: Noticia Evolución Situación Terminal Últimos días Duelo	INCERTIDUMBRE CONTROL PERCIBIDO	Miedo / Valor Confianza / Suspicion Ansiedad / Serenidad Entusiasmo / Desánimo...	ADECUADA ADAPTATIVA INADECUADA DE SADAPTATIVA

Figura 2. Esquema Relacional de producción del sufrimiento. Basado en Bayés y Ellis. Elaboración propia.

De esta forma, para entender cómo se produce el sufrimiento, el profesional puede actuar propiciando una respuesta lo más adecuada y adaptativa posible por parte de la persona afectada, o provocando una respuesta inadecuada y desadaptativa ante la adversidad. Se constatan, así, los dos componentes en relación con el sufrimiento, ligados al principio de autonomía del paciente: la incertidumbre y el control percibido. De este modo todo aquello que incremente la incertidumbre, o disminuya la percepción de control incrementará el sufrimiento, y al contrario, el sufrimiento se podrá reducir si disminuimos la incertidumbre y mejoramos la percepción del control.

El fundamento empírico básico lo hallamos en la Teoría de la Indefensión Aprendida⁵, con alta validez predictiva⁶. Los datos aportados por esta teoría muestran cómo la pérdida del control percibido y un alto grado de incertidumbre son claves de la indefensión, muy relacionados con respuestas de stress ante estas situaciones⁷.

Por tanto, la relación entre intervención profesional y sufrimiento es inevitable. Dependerá de estar capacitado para realizar una buena práctica que refuerce una respuesta adaptativa, o caer, involuntariamente, en pautas que pudieran provocar una respuesta inadecuada.

Para completar los aspectos más conceptuales que justifican la selección de este fin, la reducción del sufrimiento, nos resta aportar dos referencias más:

- La que relaciona la intervención orientada a la reducción del sufrimiento, a partir de las decisiones compartidas en la atención sanitaria, con un incremento de la calidad de la atención y a la reducción de costes⁸.
- La extensión de la reducción del sufrimiento a las personas cuidadoras, además de la persona afectada, como aporta la Estrategia Al Lado, ante la evidencia de que los cuidadores también sufren.

METODOLOGÍA

Al Lado, como expresión de la estrategia participativa y transversal del IV Plan Andaluz de Salud¹⁰, trabaja siguiendo un itinerario de atención compartida, entre servicios y asociaciones de afectados, que permite integrar la visión patográfica (esencialmente clínica) y la biográfica (gestión cotidiana de la enfermedad), resultando, así, que la historia no es de la enfermedad, sino de la persona afectada y la de las personas que lo cuidan. En su aplicación al menor con adversidad en salud, trata de impregnar la atención sanitaria de un enfoque que contemple como eje responder a la reducción del sufrimiento como necesidad expresada por las personas afectadas y el entorno familiar.

Con objeto de seguir el desarrollo biográfico, conjuntamente con el patográfico, se escoge el término **itinerario** para marcar los tiempos desde la sensibilización poblacional respecto al problema, el diagnóstico y su comunicación como proceso alrededor de la noticia, la evolución con el manejo efectivo del tratamiento, que incluye el control de síntomas y de las situaciones que se puedan presentar habitualmente; y, finalmente, la fase terminal, que engloba los últimos días, el duelo y la recuperación de los cuidadores.

ITINERARIO DE ATENCIÓN COMPARTIDA AL LADO DEL MENOR



Figura 3. Esquema gráfico que detalla los momentos claves del itinerario. Elaboración propia.

Usa el concepto de atención para expresar que se va más allá de la pura asistencia, incorporando los aspectos relacionales. Finalmente califica la atención como compartida para señalar la alianza de otros actores, como los iguales que ya han pasado por el problema.

La construcción del itinerario se realiza, por tanto, de forma participada: es esencial partir de las necesidades de los afectados. Una de las formas de exploración de estas necesidades ha consistido en realizar una investigación cualitativa, a través de un grupo focal compuesto por padres con hijos fallecidos. La constitución del grupo se ha hecho factible gracias a la participación directa de la Asociación Alma y Vida, como informante clave para la selección del mismo.

Hijo/a Edad al fallecimiento	Edad de los padres al fallecimiento	Enfermedad que provoca el éxitus	Ámbito y nivel de estudios participantes	Otros hermanos Edad al fallecimiento	Lugar de atención
Hijo 12 años (Hace 3 años)	Madre, 46 Padre, 45	Encefalitis	Ámbito rural Estudios básicos	Uno, 10 años	Atención Primaria, Urgencias UCI pediátrica
Hijo 21 años (Hace 3 años)	Madre, 52 Padre 60	Osteosarcoma	Ámbito urbano Estudios superiores	Uno, 20	Oncología CCPP domiciliarios
Hijo 8 meses (Hace 2 años)	Madre, 33 a. Padre, 37 a.	Neuromiopatía degenerativa	Ámbito urbano Estudios superiores	No	Atención Primaria Neurología Urgencias Domicilio Rechazo UCI
Hijo 28 años (Hace 5 años)	Madre, 52 Padre, 57	Leucemia aguda	Ámbito urbano Estudios superiores	Uno, 24	Urgencias de traumatología Hematología UCI
Hijo 19 años (Hace 10 años)	Madre, 55	Osteosarcoma	Ámbito urbano Estudios superiores	Tres, 24, 27 y 30	Dos sistemas de atención. Oncología Rechazo UCI

Figura 4. Perfil de los participantes del grupo focal padres y madres con hijos fallecidos.

El itinerario centró las aportaciones, de modo que en cada fase se trabajó sobre una selección de opiniones, que se estructuraron a modo de ficha (figura 5): Resultando, 5 fichas correspondientes a la fase de Alrededor de la Noticia, 3 fichas a la Evolución del Proceso y 5 a la Fase Terminal y Últimos Días.

RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se ha optado por facilitar una visión global que relacione las opiniones textuales de los afectados, seleccionadas por el análisis, seguidas de los comentarios que conectan las opiniones con el tipo de atención que se presta actualmente en los servicios. Las opiniones y comentarios se relacionan con los fundamentos: bioéticos, jurídicos y científicos.

Por razón de limitación de espacio disponible se han seleccionado 3 fichas, cada una perteneciente a una fase distinta del itinerario:

- Ñ De la fase Alrededor de la noticia se selecciona la ficha Nº 4 "Atender especialmente la relación"
- Ñ De la fase Evolución del proceso se ha escogido la ficha N º 7 "Acompañamiento en las emociones"
- Ñ De la fase Terminal, últimos días y duelo, se seleccionó la ficha Nº 10 "En casa..."

Ficha nº 4: "Atender especialmente la relación"

Opinión 6

...y con una actitud fría y académica, como si estuviese, no sé, dando una lección magistral a unos MIR, nos dice, un poco por encima, cual es el diagnóstico, pero que aún hay que hacer más pruebas. Y allí nos quedamos y se fue...

Opinión 7

Carecimos absolutamente de cualquier aspecto humano (... de acogida). Sí nos sentimos agredidos, agredidos porque estábamos en un lugar donde no nos correspondía; ya se le habían hecho pruebas durante 5 horas, veníamos con un diagnóstico devastador. ¿Qué hacíamos entonces en la puerta de urgencias?

Opinión 8

¿Es necesario que mi hijo se entere de que tiene un osteosarcoma, que se le pueda amputar la pierna, y que las perspectivas de vida que tiene son pocas? Entonces, el doctor... me dijo, mira, si tu hijo no conoce la verdad difícilmente va a colaborar, porque no va a entender los tratamientos, ni va a entender todo. Entonces yo necesito que tu hijo colabore.

Comentarios:

- Ñ Dominar el conocimiento de lo que ocurre no significa tener la actitud ni disponer de las habilidades para manejar la situación. Hay que cuidar la relación.
- Ñ La ausencia de empatía puede conllevar una percepción de agresión. Algunas veces sin tener intención y sin darse cuenta se roza la agresión y el maltrato institucional. Se ha de tener siempre presente esta posibilidad, para no caer en ella.
- Ñ Se pueden realizar bien las cosas a pesar de las cargas negativas, emplazar a la esperanza y a la lucha compartida entre profesionales y afectados.

Fundamentos:

- Ñ Las cuestiones que afectan al final de la vida exigen un tratamiento progresivo y continuado (Planificación anticipada en distintos momentos) que reflejen el deseo de los afectados. Según Informe SUPPORT¹¹.
- Ñ Las situaciones del maltrato institucional se hallan descritas como tal tipología; dentro de ellas se encuentran las de ámbito hospitalario¹².
- Ñ Una noticia de tal magnitud tiende a crear una respuesta reactiva asincrónica¹³, que puede de ser compensada por la comunicación, incluida la no verbal, para evitar percepciones de agresión y reducir en lo posible el sufrimiento.
- Ñ El derecho del paciente, en general, y de la persona menor, en concreto, a conocer la noticia de forma adecuada al nivel de comprensión¹⁴.
- Ñ El profesional está inmerso en una dinámica crítica. Es posible que la práctica consolide frases que revelan actitudes defensivas ante este tipo de situaciones¹⁵ ... Es necesario salvar estas tendencias en momentos tan decisivos como las primeras noticias y los últimos días¹⁶.

Propuestas de mejora

La relación que se crea en el proceso de dar la noticia ha de tener en cuenta los siguientes parámetros:

ITINERARIO DE ATENCIÓN	FICHA	DENOMINACIÓN
I ALREDEDOR DE LA NOTICIA	1	Impacto
	2	Referencia. Ritmo y Respeto
	3	El clima de la comunicación
	4	Atender especialmente la relación
	5	Reducir el sufrimiento
II EVOLUCIÓN DEL PROCESO	6	La acogida
	7	Acompañamiento en las emociones
	8	La relación cuidada
III FASE TERMINAL ULTIMOS DÍAS DUELO	9	Al lado también en la UCI
	10	En casa...
	11	La batalla campal
	12	La despedida
	13	Y después...

Figura 5. Fichas de vaciamiento de las opiniones del grupo focal. Elaboración propia.

- Ñ11 La atención clínica debe completarse con el manejo efectivo del proceso relacional.
- Ñ11 Neutralizar la posible percepción de agresión o maltrato, que pudiera darse sin intención.
- Ñ11 Tener en cuenta las condiciones colaterales y el manejo de la expresión no verbal.
- Ñ11 Equilibrar la carga negativa inicial, planteando un escenario de trabajo conjunto.
- Ñ11 Contar con el menor y los cuidadores para hacer frente a aquello de "haremos lo posible".

Ficha nº 7: "Acompañamiento en las emociones"

Opinión 16

En el proceso de los tratamientos no sabíamos lo que nos íbamos a encontrar...mi hijo se sentía como un objeto en el que hay que poner una serie de medicación, nunca se sintió persona. Llegó incluso a decirle al médico: es que yo me siento muy cansado para ir a clase y sacar el carné y hacer esto en "quimio"... Tú eres un enfermo, y decía mi hijo: no, soy una persona que tiene una enfermedad, no soy un enfermo para vivir en el hospital.

Opinión 17

Yo quisiera insistir en la figura del acompañante, y luego en la información. Yo se que esto puede ser culpa de la falta de tiempo o la falta de medios, eso es indiscutible. Pero aquí el acompañante es como una especie de ser molesto, que además, no sé porqué se te echa de la habitación, nada más entrar, ¡fuera!, si yo soy la madre, ¡fuera! Entonces el acompañante molesta.

Opinión 18

Nosotros nos sentimos, en la escala, desde el auxiliar hasta el médico con más renombre, nos sentimos juzgados, agredidos, y a la vez nos sentimos arropados por enfermeros y otros profesionales, Tú decías: "quillo" ¿por qué este enfermero me da más información y me arropa más que el propio doctor? No lo entendíamos ¿Por qué esa enfermera o ese doctor me está juzgando a mí como padre en la decisión que yo estoy tomando?

Comentarios:

- Ñ Informar detalladamente (sentados) sobre el sentido de cada intervención es esencial. Recordemos que son malas prácticas las pruebas que no tienen una justificación, como los ingresos innecesariamente prolongados¹².
- Ñ Debe de invertirse la tendencia de considerar que es en el hospital donde mejor se puede estar (para los afectados y para el profesional). El domicilio es el espacio natural preferente¹².
- Ñ La evidencia de la importancia del acompañante no tiene discusión, como no la tiene la falta de identificación del profesional con el cuidador "yo soy tu médico, no tu madre"¹⁷.
- Ñ Las opiniones constatan que ya hay, en nuestro sistema de atención, quién atiende a las emociones y los sentimientos, y a quien este aspecto no le merece ninguna atención, a veces ni siquiera respeto¹⁷.

Fundamentos:

- Ñ ... nos sentimos juzgados por toda la escala de profesionales...a la vez nos sentimos arropados por algunos de ellos. Un diálogo mantenido (sentados) durante el proceso limita la sensación de sentirse rechazado e incrementa la confianza¹⁷.
- Ñ El tiempo de dedicación como las pruebas a realizar medidas en coste también se reducen con la cooperación entre servicios y asociaciones⁸.
- Ñ Refiriéndose a un trato integral que incorpore tanto la atención emocional como la clínica en la recuperación del proyecto de vida¹⁸.

Propuestas de mejora

El significado etimológico de la palabra "clínica" se deriva del vocablo griego "kliniké" (κλινική), la técnica de inclinarse ante quien está en cama, lo que conlleva en este escenario:

- Ñ11 Dialogo mantenido basado en el respeto
- Ñ11 Información de los procedimientos clínicos detallados
- Ñ11 Capacidad de escucha y gestión emocional relacional
- Ñ11 Sensibilidad para el acompañamiento
- Ñ11 Preferentemente atención en el domicilio

Ficha nº 10: "En casa..."

Opinión 25

Tuvimos a nuestro hijo en el domicilio, él mismo participó en la decisión, dijo: "ya no más hospital". Le agobiaba mucho que no se pudiera abrir la ventana. No se podía abrir la ventana, la de su lado. Porque la de las enfermeras sí estaba abierta (ese es otro de los peligros de aplicar los protocolos sin criterio; los protocolos pueden ser un arma de doble filo) "Es que llueve y me gusta oler la lluvia" (No se puede abrir la ventana). "Es que quiero oír la lluvia, y quiero sentir... No quiero la calefacción que me agobia, porque tengo morfina, tengo mucha medicación que me da calor y quiero un poco de aire fresco (No se puede abrir la ventana). "Quiero irme a casa, ya no quiero más hospital". Los médicos ¿Cómo reaccionan? Con un silencio que habla, ese silencio se mastica y te dicen, bueno, pues para casa.

Opinión 25 bis

Ningún servicio médico del Hospital informó de los servicios de cuidados paliativos o de la hospitalización domiciliaria, nos

enteramos por un conocido. Cuando fue asistido y controlado por asistencia domiciliar se generó una colaboración cordial entre paciente y equipo médico, trascendental para la vida del propio paciente y la de la familia.

Apareció la aceptación y el control vital. Fue posible la despedida. En la fase de duelo la familia sigue unida y luchadora. Ha asimilado la experiencia de la pérdida. Lo más importante, haber disfrutado de la experiencia de tener un hijo tan válido.

Comentarios:

- Ñ La indicación de ingreso en un hospital y su permanencia han de estar estrictamente supeditadas a la necesidad categórica de la eficacia de la intervención, de forma que la acción no estará justificada si no aporta un valor a la evolución.
- Ñ En cualquier caso los afectados deberán recibir la información con carácter global, con las distintas alternativas posibles, incluyendo la posibilidad de la atención paliativa en el domicilio.
- Ñ Hay que romper el prejuicio de relación negativa entre cuidados paliativos y proximidad de la muerte. Esta relación, aunque es real, puede ser bien gestionada.

Fundamentos:

- Ñ Romper la relación cuidados paliativos y muerte y hacer prevalecer el enfoque de cuidados paliativos como control de síntomas y reducción del sufrimiento al final de la vida y llevar estos parámetros a la atención domiciliaria².
- Ñ Los procedimientos éticos y jurídicos de la "Atención al Final de la Vida en la Infancia y en la Adolescencia" se encuentran documentados en la guía del mismo nombre .

Propuestas de mejora

Las condiciones más favorables para la atención a la fase terminal y el bien morir se refieren a²⁰⁻²¹:

- Ñ Tener como finalidad el alivio del dolor y el sufrimiento propiciando una buena muerte.
- Ñ Deberán ser decididas por los afectados tras una información detallada por los profesionales implicados.
- Ñ Deberán comprender las condiciones más favorables para la atención de los últimos días, tanto en el domicilio como en la situación de ingreso.
- Ñ Las condiciones más favorables están en relación a hacer posible, con el acompañamiento, la despedida y un duelo natural.

Ello exige respecto a los profesionales implicados¹¹:

- Ñ Plantear la atención en la fase terminal como un aspecto más de la atención habitual, específicamente para los distintos profesionales del ámbito hospitalario y de atención primaria.
- Ñ Los equipos más especializados de paliativos deberán dotar de las habilidades en atención paliativa a los profesionales implicados, tanto del ámbito hospitalario (oncología, UCI,...) como de la atención primaria (medicina de familia, pediatría, enfermería...). En cualquier caso hay que estar formado para poder acompañar ante la muerte.

DISCUSIÓN

El artículo plantea traer al primer plano de las prioridades de la atención en salud "la reducción del sufrimiento".

La mayoría de los trabajos publicados sobre la reducción del sufrimiento demuestran que ésta es posible y evaluable²², aunque todos se centran en la persona afectada. El presente trabajo dedica una especial atención a extender esta reducción a los cuidadores del entorno próximo.

La práctica de la atención clínica interactúa inevitablemente con el sufrimiento de la persona afectada y de su entorno próximo: Las propuestas de mejora resaltan la necesidad de neutralizar las prácticas que puedan incrementarlo, y recomendar aplicar aquellas que pueden reducirlo.

Las propuestas de mejora sugieren importantes cambios en el campo de la gestión, de la planificación y de la elaboración de las políticas públicas de salud, así como de las políticas de salud pública.

¿Qué se sabe sobre el tema?

- Ñ La reducción del sufrimiento es uno de los fines de la medicina, aunque en la práctica actual no se suele cumplir con este fin.
- Ñ Se conocen como componentes del sufrimiento, la incertidumbre y el control percibido.
- Ñ Existen escalas validadas para evaluar las intervenciones.
- Ñ Las aportaciones de carácter bioético fundamentan desarrollos jurídicos, presentes, por ejemplo en Andalucía.
- Ñ La calidad de la atención en salud tiene un amplio margen de mejora con la incorporación de la gestión emocional de las adversidades.

¿Qué añade el estudio realizado?

- Ñ El estudio crea oportunidades para recuperar la reducción del sufrimiento como uno de los ejes de la atención sanitaria.
- Ñ Plantea cómo puede reducirse a lo largo de un itinerario de atención basado en las decisiones compartidas.
- Ñ Va más allá de la persona afectada, considerando que el entorno cuidador próximo también sufre.
- Ñ Relaciona los fundamentos bioéticos, jurídicos y científicos orientándolos a un mismo fin.
- Ñ Aporta una serie de propuestas de mejora, a partir de la gestión relacional, para su aplicación en situaciones concretas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales: Ciudadanía [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía (ES); 2013. 'Al Lado' con...; 2012, nov, 15 [consultado el 21/01/2014]; [unas 22 páginas]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_4_PARTICIPAR_EN_SALUD/C_10_al_lado/al_lado?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/C_4_PARTICIPAR_EN_SALUD/&idioma=es&tema=/temas_es/C_4_PARTICIPAR_EN_SALUD/C_10_al_lado/&contenido=/channels/temas/temas_es/C_4_PARTICIPAR_EN_SALUD/C_10_al_lado/al_lado/
- 2 Los fines de la medicina = Els fins de la medicina. Barcelona. 2ª ed. Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2007. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 11 Consultado el 27/01/2014. Disponible en http://www.fundaciongrifols.org/portal/es/2/7353/ctnt/dD10/_/_/5v5/11-Los-fines-de-la-medicina-The-Goals-of-Medicine-.html#p7370. Traducción al español y catalán de The Goals of Medicine: Setting New Priorities Hastings Center Report 26, n. 6 (1996).
- 3 Bayés R. Cuidados críticos y sufrimiento. Med Cli. 2006 126(15): 576-588.
- 4 Matin, A., Looyeh MY, Afrooz GA., et al. The Effect of Group Rational Emotive Behavior Restructuring on Mental Health of Parents of Exceptional Children. Procedia Soc Behav Sci. 2012;46:1872-1875. DOI: 10.1016/j.sbspro. 2012. 05.394
- 5 Seligman ME, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. J Exp Psychol. 1967; 4:1-9. DOI:10.1037/h0024514
- 6 Vollmayr B, Gass P. Learned helplessness: unique features and translational value of a cognitive depression model. Cell Tissue Res. 2013 Oct; 354(1):171-8. DOI:10.1007/s00441-013-1654-2
- 7 Matthias JM. Helplessness and perceived pain intensity: relations to cortisol concentrations after electrocutaneous stimulation in healthy young men. Biopsychosoc Med. 2011;5:8. DOI:10.1186/1751-0759-5-8
- 8 Oshima Lee E., Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. N Engl J Med, 2013; 368(1):6-8. DOI:10.1056/NEJMp1209500
- 9 Muriel R, Espinosa J M, Valle I et al. La estrategia Al Lado: una alternativa participada y cooperativa a la atención individual convencional entre servicios públicos asistenciales y asociaciones de personas afectadas. Salud 2000. 2011; 134: 18-23.
- 10 IV Plan Andaluz de Salud [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía (ES), 2013 oct.; [consultado el 7/2/2014]. 142 p. Disponible en <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1338>
- 11 Barrio MI, Simón P, Júdez J. De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de las Decisiones. Nure Investigación, 2004; 5:1-9.
- 12 Gómez de Terreros I. Los profesionales de salud ante el maltrato infantil. 2a ed. Granada: Ed. Comares, 1997. p. 186-199.
- 13 Hood B. The Self Illusion: How the Social Brain Creates Identity. New York: O U Press, 2012. p. 207 - 9.
- 14 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art. 4.2.
- 15 Tavis, C. and Aronson E. Mistakes were made (but not by me): Why we justify foolish belief, bad decisions and hurtful acts. Orlando: Houghton Mifflin Harcourt; 2007. 292 p.
- 16 Cía Ramos R, Fernández de la Mota E, Fernández López A, et al. coordinadores. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008-2012). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía (ES), 2007 [consultado el 12/2/2014]. 82 p. Disponible en <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1525>
- 17 Williams KD, Nida SA. Ostracism: Consequences and Coping. Curr Dir Psychol Sci. 2011; 20(2):71-75. DOI:10.1177/0963721411402480
- 18 Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Art. 3.1.
- 19 Aguayo J, Arcos L, Cía R, et al. El final de la vida en la infancia y la adolescencia. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía (ES); 2011. 163 p.
- 20 Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- 21 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 22 Limonero JT, Mateo D, Maté-Méndez J, González-Barboteo J, Bayés R, Bernaus M, et al. Assessment of the psychometric properties of the Detection of Emotional Distress Scale in cancer patients. Gac Sanit [Internet]. 2012 [Consultado el 5/11/2013];26(2):145-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22033008> DOI:10.1016/j.gaceta.2011.07.016

Resumen

* La Guía completa (28 páginas) puede descargarse en: <http://pediatriasocial.es/Articulo.aspx?IdSeccion=3&IdArticulo=98>

Una enfermedad rara o enfermedad poco frecuente es aquella que se detecta en menos de 1 cada 2.000 ciudadanos.

Los alumnos/as de técnico en farmacia y parafarmacia y técnico en auxiliar de enfermería del colegio La Salle Virgen del Mar, nos sensibilizamos con esta causa tras convivir con una compañera con esta patología. Ella se llama Alba, y nos contagió su entusiasmo, positividad, su fuerza y sobre todo sus ganas de superar las barreras que su enfermedad le provoca.

Este hecho, junto a otros motivos, nos animó a participar el año 2014 en el **I Congreso Escolar Internacional de Enfermedades Poco Frecuentes** del cuál fue sede nuestro colegio. Nuestra ponencia fue orientada a una investigación del proceso que sigue un enfermo desde que se le detecta una sintomatología distinta a lo habitual en el área de atención primaria hasta que intenta conseguir un diagnóstico y tratamiento acertados, cosa que en la mayoría de los casos no se logra, ya que este tipo de enfermedades afectan a un número muy limitado de la población y la sintomatología de los pacientes suele ser diferente, por lo que necesitan tratamientos personalizados con un coste económico muy elevado.

Resumimos nuestro trabajo en un vídeo con las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales sanitarios junto a un testimonio de la madre de Nerea, junto a dos posters para resumir el recorrido de dicho trabajo de una forma más gráfica.

Fue una experiencia grandiosa a nivel grupal por lo que al enterarnos de la convocatoria de un II congreso, no dudamos en formar un nuevo equipo y volver a presentarnos para así aportar nuestro granito de arena en esta causa.

Inicialmente detectamos la necesidad de valorar el grado de sensibilidad de los alumnos y lo que sabían sobre estas enfermedades, así que realizamos una encuesta con preguntas sobre EPF a 12 colegios de Almería y provincia.

El test realizado se compone principalmente de tres bloques donde pretendimos evaluar el conocimiento de los alumnos de manera cualitativa y cuantitativa, su sensibilidad y el conocimiento que tienen con respecto a estas patologías para averiguar principalmente si eran conscientes de que podrían padecer una EPF en cualquier momento de sus vidas.

Elaboramos unas gráficas para analizar los resultados obtenidos y como conclusión obtuvimos **que hay mucho desconocimiento y confusión al respecto**.

A raíz de esto se nos ocurrió elaborar una **Guía de Buenas Prácticas**, con la intención de que otros centros apliquen estas medidas para intentar solucionar la problemática y el desconocimiento que rodea a estas enfermedades.

Nuestra guía se compone de 7 puntos principales:

1. Introducción a las EPF
2. Actividades de sensibilización realizadas anteriormente en el centro
3. Análisis DAFO
4. Resultados de los Test
5. Gráficas Estadísticas
6. Actividades propuestas
7. Conclusiones



Uno de los puntos importantes a destacar en la Guía son las actividades de sensibilización que proponemos. Todas ellas las hemos realizado en nuestro centro para comprobar que se obtienen los objetivos esperados, y en todas se han obtenido grandes resultados de sensibilización del alumnado.

Nuestra propuesta se basa en la realización de 4 actividades principales: La rosa negra, realización de deportes adaptados, búsqueda y creación de posters de varias EPF y recogida de tapones solidaria para contribuir económicamente con una familia padecedora de una patología similar.

Pero si debemos destacar alguna de ellas esa es la actividad de la rosa negra... Se nos ocurrió la idea de crear una pequeña fábula que grabamos con la colaboración de alumnos de primaria de nuestro colegio. Cuenta la historia de Claudia, una chica que vive en una aldea y padece una enfermedad que le hace brotar una rosa negra en su brazo. La leyenda cuenta la lucha de Adam, su padre, por obtener ayuda y como el resto de ciudadanos se solidarizan con ella. Fue tal el impacto que causó el cuento que decidimos tomar la rosa negra como símbolo principal de nuestra ponencia.

Hemos conseguido sensibilizar a los alumnos del centro y presentar nuestro trabajo a nivel nacional, donde repartimos muchas de nuestras guías para que otros colegios iniciaran su sensibilización, pero lo que realmente pretendemos iniciar es una cadena de favores que ahora está en vuestras manos continuar.

Hay que ser conscientes de que los niños son el futuro y que se deben concienciar, empatizar y normalizar las situaciones ocasionadas por estas enfermedades. Si se logra incidir en los más pequeños consiguiendo estos objetivos en una sociedad futura esta problemática habrá desaparecido....

"MUCHA GENTE PEQUEÑA, EN LUGARES PEQUEÑOS, HACIENDO COSAS PEQUEÑAS, PUEDEN CAMBIAR EL MUNDO" •