

Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

Sumario



Editorial	
La ilusión de una nueva etapa V. Martínez Suárez	669
El hijo de padres separados P. Castells Cuixart	671
Adopción y acogimiento familiar C. Martínez González	678
Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación H. Paniagua Repetto	686
El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución F. Domingo-Salvany	694
Valoración inicial del niño inmigrante V. Fumadó Pérez	713
El Rincón del Residente Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico S. Alandete Germán, À. Meseguer Ripollés, E. Bartoll Alguacil A Hombros de Gigantes +Pediatri@ D. Gómez Andrés	722
De Interés Especial Vitamina D: más allá de sus efectos sobre el metabolismo óseo V. Martínez Suárez, J. Dalmau Serra	728
Noticias	734

28

Congreso Nacional de Pediatria Extrahospitalaria y Atención Primaria- SEPEAP

23 al 25 de Octubre de 2014

Valencia



Secretaría: GRUPO PACÍFICO
Marià Cubí, 4 • 08006 Barcelona
Tel: 932 388 777 • Fax: 932 387 488
E-mail: congresosepeap@pacifico-meetings.com
www.sepeap.org



sepeap
Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



sepeap

Pediatría Integral

Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Programa de Formación Continua en Pediatría Extrahospitalaria

Consejo editorial

Director Fundador

Dr. J. del Pozo Machuca

Directora Ejecutiva

Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Subdirectores Ejecutivos

Dr. J. de la Flor i Brú
Dr. J.C. Silva Rico

Junta directiva de la SEPEAP

Presidente de Honor

† Dr. F. Prandi Farras

Presidente de Honor

Dr. J. del Pozo Machuca

Presidente

Dr. V. Martínez Suárez

Vicepresidente

Dr. J. Pellegrini Belinchón

Secretario

Dr. J. Carlos Silva Rico

Tesorero

Dr. L. Sánchez Santos

Vocales

Dra. M.E. Benítez Rabagliati

Dr. C. Coronel Rodríguez

Dr. J. García Pérez

Dr. F. García-Sala Víguer

Dra. A.M. Rodríguez Fernández

Jefe de Redacción

Dr. J. Pozo Román

Secretaría Técnica

C. Rodríguez Fernández

Consultoría Docente

Prof. J. Brines Solares

Sección de Educación Pediátrica de la AEP

Prof. M. Crespo Hernández

Comisión Nacional de Especialidades

Dr. F. Malmierca Sánchez

Expresidente de la SEPEAP

Prof. M. Moya Benavent

Comisión Nacional de Especialidades

Consejo de Redacción

Vocales Regionales. Pediatría Extrahospitalaria

Dr. J. García Palomeque

S. Andalucía Occidental y Extremadura

Dr. V. Bolívar Galiano

S. Andalucía Oriental

Dra. M. Á. Learte Álvarez

S. Aragón, La Rioja y Soria

Dr. J. Pellegrini Belinchón

S. Asturias, Cantabria y Castilla-León

Dra. A. Cansino Campuzano

S. Canaria, sección Las Palmas

Dr. A. Hernández Hernández

S. Canaria, sección Tenerife

Dr. J.L. Grau Olivé

S. Castilla-La Mancha

Dr. J. de la Flor Bru

S. Cataluña

Dr. M. Sanpedro Campos

S. Galicia

Dr. P. Ruiz Lázaro

S. Madrid

Dr. A. Iofrío de Arce

S. Murcia

Dr. R. Pelach Pániker

S. Navarra

Dr. F. García-Sala Víguer

S. Comunidad Valenciana

Asesoría Docente

Prof. J. Álvarez Guisasola

Valladolid

Prof. J. Ardura Fernández

Valladolid

Prof. J. Argemí Renom

Sabadell

Prof. A. Blanco Quirós

Valladolid

Prof. E. Borrajo Guadarrama

Murcia

Prof. J. Brines Solares
Valencia

Prof. M. Bueno Sánchez
Zaragoza

Prof. J.J. Cardesa García
Badajoz

Prof. E. Casado de Frías
Madrid

Prof. M. Casanova Bellido
Cádiz

Prof. M. Castro Gago
Santiago

Prof. M. Crespo Hernández
Oviedo

Prof. M. Cruz Hernández
Barcelona

Prof. A. Delgado Rubio
Madrid

Prof. E. Doménech Martínez
Tenerife

Prof. G. Galdó Muñoz
Granada

Prof. M. García Fuentes
Santander

Prof. J. González Hachero
Sevilla

Prof. M. Hernández Rodríguez
Madrid

Prof. R. Jiménez González
Barcelona

Prof. S. Málaga Guerrero
Oviedo

Prof. A. Martínez Valverde
Málaga

Prof. J.A. Molina Font
Granada

Prof. L. Morales Fochs
Barcelona

Prof. M. Moya Benavent
Alicante

Prof. J. Peña Guitián
Santiago

Prof. J. Pérez González
Zaragoza

Prof. M. Pombo Arias
Santiago

Prof. J. Quero Jiménez
Madrid

Prof. V. Salazar Alonso-Villalobos
Salamanca

Prof. R. Tojo Sierra
Santiago

Prof. A. Valls Sánchez de Puerta
Sevilla



En portada

La separación de los padres y sus consecuencias es uno de los acontecimientos vitales más estresantes que pueden acontecer a los hijos y también a los adultos protagonistas. Cuando las separaciones son de litigio y los divorcios no son consensuados, el niño experimenta inexorablemente una acusada sensación de vulnerabilidad. En su mente se rompe bruscamente la confianza en la continuidad y capacidad de protección de la familia. El mundo se vuelve menos fiable y menos predecible. Se afecta de forma importante el estado psicoemocional de los hijos.

PEDIATRÍA INTEGRAL (Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria) es el órgano de Expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

PEDIATRÍA INTEGRAL publica artículos en castellano que cubren revisiones clínicas y experimentales en el campo de la Pediatría, incluyendo aspectos bioquímicos, fisiológicos y preventivos. Acepta contribuciones de todo el mundo bajo la condición de haber sido solicitadas por el Comité Ejecutivo de la revista y de no haber sido publicadas previamente ni enviadas a otra revista para consideración. PEDIATRÍA INTEGRAL acepta artículos de revisión (bajo la forma de estado del arte o tópicos de importancia clínica que repasan la bibliografía internacional más relevante), comunicaciones cortas (incluidas en la sección de información) y cartas al director (como fórum para comentarios y discusiones acerca de la línea editorial de la publicación).

PEDIATRÍA INTEGRAL publica 10 números al año, y cada volumen se complementa con dos suplementos del programa integrado (casos clínicos, preguntas y respuestas comentadas) y un número extraordinario con las actividades científicas del Congreso Anual de la SEPEAP.

PEDIATRÍA INTEGRAL se distribuye entre los pediatras de España directamente. SWETS es la Agencia Internacional de Suscripción elegida por la revista para su distribución mundial fuera de este área.

© Reservados todos los derechos. Absolutamente todo el contenido de PEDIATRÍA INTEGRAL (incluyendo título, cabecera, mancha, maquetación, idea, creación) está protegido por las leyes vigentes referidas a los derechos de propiedad intelectual.

Todos los artículos publicados en PEDIATRÍA INTEGRAL están protegidos por el Copyright, que cubre los derechos exclusivos de reproducción y distribución de los mismos. Los derechos de autor y copia (Copyright) pertenecen a PEDIATRÍA INTEGRAL conforme lo establecido en la Convención de Berna y la Convención Internacional del Copyright. Todos los derechos reservados. Además de lo establecido específicamente por las leyes nacionales de derechos de autor y copia,

ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida de forma alguna sin el permiso escrito y previo de los editores titulares del Copyright. Este permiso no es requerido para copias de resúmenes o abstracts, siempre que se cite la referencia completa. El fotocopiado múltiple de los contenidos siempre es ilegal y es perseguido por ley.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 534 bis del Código Penal vigente en España, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reprodujeran o plagiaran, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

La autorización para fotocopiar artículos para uso interno o personal será obtenida de la Dirección de PEDIATRÍA INTEGRAL. Para librerías y otros usuarios el permiso de fotocopiado será obtenido de Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service o sus Agentes (en España, CEDRO, número de asociado: E00464), mediante el pago por artículo. El consentimiento para fotocopiado será otorgado con la condición de quien copia pague directamente al centro la cantidad estimada por copia. Este consentimiento no será válido para otras formas de fotocopiado o reproducción como distribución general, reventa, propósitos promocionales y publicitarios o para creación de nuevos trabajos colectivos, en cuyos casos deberá ser gestionado el permiso directamente con los propietarios de PEDIATRÍA INTEGRAL (SEPEAP). ISI Tear Sheet Service está autorizada por la revista para facilitar copias de artículos sólo para uso privado.

Los contenidos de PEDIATRÍA INTEGRAL pueden ser obtenidos electrónicamente a través del Website de la SEPEAP (www.sepeap.org).

Los editores no podrán ser tenidos por responsables de los posibles errores aparecidos en la publicación ni tampoco de las consecuencias que pudieran aparecer por el uso de la información contenida en esta revista. Los autores y editores realizan un importante esfuerzo para asegurar que la selección de fármacos y sus dosis en los textos están en concordancia con la práctica y recomendaciones actuales en el tiempo de publicación.

No obstante, dadas ciertas circunstancias, como los continuos avances en la investigación, cambios en las leyes y regulaciones nacionales y el constante flujo de información relativa a la terapéutica farmacológica y reacciones de fármacos, los lectores deben comprobar por sí mismos, en la información contenida en cada fármaco, que no se hayan producido cambios en las indicaciones y dosis, o añadido precauciones y avisos importantes. Algo que es particularmente importante cuando el agente recomendado es un fármaco nuevo o de uso infrecuente.

La inclusión de anuncios en PEDIATRÍA INTEGRAL no supone de ninguna forma un respaldo o aprobación de los productos promocionales por parte de los editores de la revista o sociedades miembros, del cuerpo editorial y la demostración de la calidad o ventajas de los productos anunciados son de la exclusiva responsabilidad de los anunciantes.

El uso de nombres de descripción general, nombres comerciales, nombres registrados... en PEDIATRÍA INTEGRAL, incluso si no están específicamente identificados, no implica que esos nombres no estén protegidos por leyes o regulaciones. El uso de nombres comerciales en la revista tiene propósitos exclusivos de identificación y no implican ningún tipo de reconocimiento por parte de la publicación o sus editores.

Las recomendaciones, opiniones o conclusiones expresadas en los artículos de PEDIATRÍA INTEGRAL son realizadas exclusivamente por los autores, de forma que los editores declinan cualquier responsabilidad legal o profesional en esta materia.

Los autores de los artículos publicados en PEDIATRÍA INTEGRAL se comprometen, por escrito, al enviar los manuscritos, a que son originales y no han sido publicados con anterioridad. Por esta razón, los editores no se hacen responsables del incumplimiento de las leyes de propiedad intelectual por cualesquiera de los autores.

PEDIATRÍA INTEGRAL está impresa en papel libre de ácido. La política de los editores es utilizar siempre este papel, siguiendo los estándares ISO/DIS/9706, fabricado con pulpa libre de cloro procedente de bosques mantenidos.



Actividad Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, integrada en el Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios de carácter único para todo el Sistema Nacional de Salud.

Visite la web oficial de la Sociedad: www.sepeap.org, allí encontrará:

- Información actualizada
- Boletín de inscripción a la SEPEAP (gratuito para los MIR de pediatría: los años de residencia más uno)
- Normas de publicación
- Cuestionario on-line para la obtención de créditos
- El Rincón del Residente: casos e imágenes clínicas

También puede consultar la revista en su edición electrónica: www.pediatriaintegral.es



Secretaría de redacción

Ergon. Srta. Carmen Rodríguez
Plaça Josep Pallach, 12. 08035 Barcelona
carmen.rodriguez@ergon.es

© Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Edita: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)
Coordinación Editorial: Ergon

I.S.S.N. 1135-4542
SVP: 188-R-CM
Depósito Legal M-13628-1995



Impreso en papel libre de ácido
Printed on acid free paper

Continuing Education Program in Community Pediatrics

Summary



Editorial	
The illusion of a new stage V. Martínez Suárez	669
The child of separated parents P. Castells Cuixart	671
Adoption and foster care C. Martínez González	678
Impact of information and communication technologies H. Paniagua Repetto	686
Maltreatment and sexual abuse of children in Primary Health Care. The pediatricians: part of the problem and part of the solution F. Domingo-Salvany	694
Initial evaluation of the immigrant child V. Fumadó Pérez	713
The Resident's Corner	
Images in Clinical Pediatrics. Make your diagnosis S. Alandete Germán, À. Meseguer Ripollés, E. Bartoll Alguacil	
On the Shoulders of Giants +Pediatri@ D. Gómez Andrés	722
Of Special Interest	
Vitamina D: beyond its effects on bone metabolism V. Martínez Suárez, J. Dalmau Serra	728
News	734



XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

Santander 7 y 8
de Marzo 2014



www.sema2014.es

SEDE DEL CONGRESO

Hotel Santemar
C/ Joaquín Costa, 28
39005 Santander, Cantabria

SECRETARÍA CIENTÍFICA Y TÉCNICA

AFID Congresos
Menéndez Pelayo, 6, Entresuelo A
39006 Santander, Cantabria
Teléfono: 942 318180 Fax: 942 318653
Email: info@afidcongresos.com



V. Martínez Suárez

Presidente de la SEPEAP

“ Al concepto de Pediatría General es al que hay que dar mayor valor. Y el pediatra general, el que desde el centro de salud, desde su consulta privada o desde el hospital mantiene una visión integral del niño y aspira a realizar una medicina completa de la infancia, siempre va a favorecer cualquier paso que la sociedad actual precise y nos demande ”

Editorial

LA ILUSIÓN DE UNA NUEVA ETAPA

Como especialidad médica la pediatría tiene la responsabilidad de atender a los problemas de salud de los niños, mejorando sus condiciones de vida y favoreciendo su relación positiva con el entorno, tanto familiar como social. Esa ha sido para la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) su misión preceptiva y sustancial. Y como principales responsables de su gestión desde su Junta Directiva serviremos a esa idea por encima de cualquier otra cosa. Todo lo demás entendemos que son medios o acciones para ese fin.

Y es precisamente desde ese punto de partida que nuestros principales proyectos van a consistir en ayudar a los pediatras a desplegar todas las potencialidades de su profesión, que son muchas y amplias, aunque probablemente no suficientemente cumplidas. Para ello creemos que al concepto de Pediatría General es al que hay que dar mayor valor. Y el pediatra general, el que desde el centro de salud, desde su consulta privada o desde el hospital mantiene una visión integral del niño y aspira a realizar una medicina completa de la infancia, siempre va a favorecer cualquier paso que la sociedad actual precise y nos demande. Porque la única medida válida de la eficacia de nuestra actuación vendrá dada por nuestra capacidad para mejorar las circunstancias en que la infancia se desenvuelve y enfrenta sus dificultades físicas, psíquicas y sociales. Y esto debiera de preocupar por igual a todos los pediatras, independientemente de su posición dentro del sistema sanitario.

Es por eso también que si miramos hacia atrás no podemos más que felicitar y agradecerles a los que nos precedieron su labor excelente y llena de consecuciones. Sobre todo, ellos han sentado en nuestra Sociedad las bases de su continuidad y

han definido un carácter que nosotros asumimos. Y debemos señalarlo aquí ya que, precisamente en este 2014, se cumplirán los 30 años de su fundación. Imaginamos que entonces y en todo este tiempo encima de la mesa se pusieron creencias diferentes y posiblemente contrapuestas, planes atrevidos e inteligentes, cada uno aportando un punto de vista en su construcción. Pero, sobre ello, temas de preocupación comunes, voluntad de compartirlos y el interés de resolverlos juntos. Mantener ese trasfondo de identidad e identificación, conservar las preocupaciones de orden general por encima de las barreras de la edad y de concepciones o intereses más limitados permite encontrar reunidos hoy en la SEPEAP a pediatras diversos en sus ideas, en sus actitudes y en sus ambiciones, pero capaces de vislumbrar un proyecto con la suficiente entidad como para erigir sobre él una interpretación profunda y relativamente fácil de compartir.

Gracias a ello somos una sociedad con ya más de 3.000 socios y ahora más de 900 residentes de pediatría vinculados a nuestras actividades. Con esa misma noción de continuidad y de transformación recientemente hemos creado nuevos grupos de trabajo y en los próximos meses se constituirá algún otro, lo que se sumará al nuevo ímpetu que desde la dirección se les pedirá a los ya existentes. Igualmente, nuestros vocales regionales deben tener un protagonismo mayor en la vida diaria de nuestra Sociedad. Cualquier socio, en fin, podrá incorporarse a todas nuestras tareas y debiera sentir la obligación de transmitirnos sus inquietudes, sus preocupaciones y sus ideas de trabajo. Junto a una renovada voluntad de proximidad, de compromiso y de transparencia, esto resultará fundamental para reordenar la idea de futuro para la SEPEAP.

También vamos a buscar la mayor sintonía posible con las diferentes Administraciones, con las que forzosamente tenemos que compartir el interés por esclarecer determinados problemas y por favorecer la eficiencia asistencial. Trabajaremos para aumentar la colaboración con la industria, proponiéndole proyectos de interés compartido. Mejoraremos el nivel de exigencia científica de nuestros foros y de nuestros órganos de expresión, lo que supondrá un mayor cuidado en la formalidad, más controles de calidad y su aproximación decidida a la información primaria, original y veraz; es decir, al producto de la investigación.

Respecto a otras sociedades pediátricas, vemos en algunos temas propósitos y prioridades diferentes, pero debemos mantener la voluntad de relacionarlos con los nuestros y alinearlos para que se produzca el entendimiento, sin dejar de sostener un discurso propio. Nuestra sensibilidad hacia los

problemas que tenemos delante y nuestros argumentos los haremos notar y los haremos valer. Todo ello, desde la lealtad institucional que exigiremos también hacia nosotros y desde una voluntad de acuerdo, pero también desde una vocación de defensa de la SEPEAP y de sus intereses, que entendemos que son los de la pediatría española.

Personalmente, me siento confiado y honrado con la compañía de aquellas personas que asumirán más directamente las responsabilidades en la gestión de la Sociedad. Me refiero a su Junta Directiva, a los vocales regionales y a los coordinadores de los diferentes grupos de trabajo; a los responsables de nuestra revista y de nuestra página web. Creo que todos ellos piensan que proyectar sobre el esfuerzo y la exigencia profesional esa noción sentimental, responsable y agradecida que otros antes nos han señalado nos ayudará a afrontar más ilusionados los nuevos retos que desde nuestra consulta se vislumbran.

El hijo de padres separados

P. Castells Cuixart

Psiquiatra infanto-juvenil. Especialista en Pediatría, Neurología y Psiquiatría.
Profesor Titular de la Universidad Abat Oliba CEU, de Barcelona



Resumen

El aumento del número de separaciones y divorcios (desde 2010: un divorcio por cada matrimonio que se realiza), obliga a que el pediatra de Atención Primaria tenga conocimiento de estas situaciones que, a menudo, degeneran en episodios de extrema violencia entre los ex cónyuges, repercutiendo, obviamente, en el estado psicoemocional de los hijos. En el presente trabajo, se hace una revisión de los aspectos que más interesan al pediatra (respuestas del niño según su edad, factores de buen o mal pronóstico de la separación, etc.), que es la persona que mejor conoce la familia del niño y que, además, puede tomar “el pulso emocional” en que se encuentran los progenitores cuando acuden a consultar por problemas en sus hijos. Podrá observar como se comportan entre sí los padres (desprecios, insultos, etc.) y hacer sus oportunas observaciones para mejorar la calidad de su deteriorada relación, indicando, también, cuál será la mejor situación para preservar al hijo de sus trifulcas de pareja.

Abstract

Increasing the number of separations and divorces (since 2010: one divorce for every marriage is performed), forces the primary care pediatrician to be aware of these situations that often degenerate into episodes of extreme violence between former spouses, rebounding, obviously, in the psycho-emotional state of the children. This paper is a review of the aspects that most interest the pediatrician (child's responses by age, factors of good or poor prognosis of separation, etc.), who is the person who best knows the child's family, and, moreover, can take “the emotional pulse” where are the parents when they come to check for problems in their children. You can see how they behave with each other parents (slights, insults, etc.) and make their observations appropriate to improve the quality of their deteriorating relationship, stating, also, what is the best situation to preserve the child of her partner squabbles.

Palabras clave: Separación de la pareja; Divorcio; Efectos en los hijos de la ruptura matrimonial.

Key words: Separation of the couple; Divorce; Effects on children of the marriage breakdown.

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 671-677

Estado de la cuestión

Desde 2010 hay aproximadamente el mismo número de nuevos matrimonios que de separaciones. En la actualidad, se calcula que cada 3-4 minutos hay una ruptura de pareja.

La mayoría de autores están de acuerdo en que la separación de los padres y sus consecuencias es

uno de los acontecimientos vitales (*live event*) más estresantes que pueden acontecer a los niños⁽¹⁾. Y también para los adultos protagonistas, ya que, con excepción de la muerte de la pareja amada, la separación y el divorcio son, para la mayoría de las personas, las experiencias más traumáticas y penosas de su vida⁽²⁾.

Cuando las separaciones son contenciosas, es decir, de litigio entre ambas

partes (en un 30% de los casos) y los divorcios no son consensuados, teniendo que ser el juez quien dictamine el proceso a seguir (en un 40% de los casos), sumándose a todo ello una carga de virulencia entre los ex cónyuges que se expande a todo el entorno familiar, el niño experimenta inexorablemente una acusada *sensación de vulnerabilidad*. En su mente se rompe bruscamente la con-

fianza en la continuidad y capacidad de protección de la familia. El mundo se vuelve menos fiable y menos predecible.

La reacción depresiva, en mayor o en menor grado, casi siempre está presente: un 34% de los niños reaccionan con una depresión enmascarada.

También, el aumento de divorcios está cambiando la concepción de la familia, precisamente para proteger a los hijos –según puntualiza José Antonio Marina⁽³⁾–: la indisolubilidad del matrimonio está siendo sustituida por la indisolubilidad de las responsabilidades respecto a los hijos.

La prueba de que los progenitores son cada vez más conscientes de la situación en que se quedan sus hijos y que deben esforzarse en mitigar los efectos que les produzca su separación matrimonial, la tenemos en el aumento en la demanda de la fórmula de custodia compartida (Tabla I), que –a pesar de que en la actualidad sólo se solicita en el 10% de los casos– era algo prácticamente impensable un par de décadas atrás.

Aunque seamos fervientes partidarios de la custodia compartida, siempre que las circunstancias así lo permitan^(4,5); hay que aceptar que madres y padres, estando solos, también pueden educar exitosamente a sus hijos si disponen de los adecuados factores protectores y permiten una integración armoniosa de los hijos con ambos progenitores⁽⁶⁾ (Tablas II y III).

Cuanto mejores sean las relaciones entre los ex cónyuges y entre los miembros de la familia en la etapa de postseparación, también mayores serán las posibilidades de recuperación de los hijos de las consecuencias negativas de la separación de sus padres^(5,7) (Tabla IV).

Respuestas de los niños según su edad

No existe una edad para que el hijo encaje mejor la separación de los padres, ya que todo dependerá de cómo se desarrolle el proceso divorcista y sean las circunstancias propias del niño, para que las respuestas sean de mayor o menor intensidad.

En general, las respuestas de los niños de cualquier edad a la separación de sus padres dependerán de diversos factores, como, por ejemplo, su previo estado emocional cuando la familia esta-

Tabla I. Ventajas de la custodia compartida

- Contacto continuo del hijo con ambos padres
- Presencia de las dos ramas familiares: p. ej., abuelos
- Participación parental de ambos padres, con reparto equitativo de responsabilidades: evita que uno de los padres “desaparezca” de la vida del niño
- Mayor capacidad de comunicación entre los padres, con disminución de litigios postseparación
- Percepción del hijo de que ambos padres tienen sus individualidades y maneras distintas de entender y organizar la vida familiar
- El hijo sigue disfrutando de sus padres, aunque estos hayan establecido nuevas relaciones de pareja
- Mejor autoestima del hijo, que se sabe querido por ambos padres
- La idea de divorcio no se transmite con tanta intensidad de padres a hijos
- La mayoría de padres que escogen la custodia compartida tienen un solo hijo, y también se prefiere esta fórmula cuando los hijos son pequeños
- Es una defensa de la coeducación, con igualdad de oportunidades para el hombre y la mujer

Tabla II. Factores protectores del hogar monoparental

- Disponer de red social de soporte
- Contar con estatus financiero seguro
- Calidad de las funciones alternativas de cuidado y familiares, personal doméstico, etc.)
- Capacidad para mantener la disciplina apropiada
- Aptitud para soportar el cansancio de la dedicación exclusiva
- Capacidad de establecer relaciones sociales y de colaborar con otros adultos en la educación de sus hijos

Tabla III. Autorizar al hijo a amar al otro padre

- Cuando eche de menos al otro padre hay que respetar sus sentimientos
- Dejar que llame por teléfono al otro padre, si así se siente mejor
- Permitir que el niño tenga fotografías del otro padre en el dormitorio o un álbum
- Renunciar al tiempo que el hijo tiene que pasar con un padre, si desea estar con el otro: la flexibilidad es un ejemplo positivo para el hijo (y también para el ex)
- Mostrarse interesado y feliz si el hijo cuenta lo bien que lo ha pasado con el otro padre
- Si el otro padre tiene una nueva pareja, el hijo necesita que se le conceda “permiso” para que le guste esta persona y para aceptarla en su vida

Tabla IV. Indicadores de cómo irán las cosas en la etapa de postseparación

- Factores que apuntan un buen resultado**
- Continuidad en la buena relación del hijo con ambos progenitores
 - No hay excesiva fricción entre los padres y las visitas se hacen puntualmente
 - Buena relación mutua del hijo con el progenitor custodio
 - Hay una eficaz red de soporte con un buen entorno familiar: parientes, amigos, educadores, sanitarios, etc.
-
- Factores que apuntan un pobre o mal resultado**
- Mala relación del hijo con ambos progenitores
 - Hay fricción entre los padres y las visitas son inconstantes
 - Mala relación mutua del hijo con el progenitor custodio
 - No hay red de soporte

ba intacta, su propia personalidad, nivel de sensibilidad y fortaleza, el grado de entendimiento que tenía con sus padres, etc.⁽⁵⁾.

Asimismo, es muy importante saber distinguir los trastornos propios del niño a consecuencia de la separación de los padres, de las diversas respues-

tas conductuales que manifiesta en las variadas etapas de su desarrollo psicomotriz. Así, por ejemplo, la enuresis puede presentarse durante la crisis de separación como síntoma de ansiedad y temor del niño ante la situación estresante (se tratará, pues, de una enuresis secundaria), o deberse a un simple retraso en la maduración de los esfínteres, con suficientes antecedentes familiares enuréticos (será una enuresis primaria).

En general, la experiencia de la separación en el niño se manifiesta por una intensa sensación de vulnerabilidad, acompañada de un sentimiento de tristeza y lástima, una preocupación por los padres, conjuntamente con una sensación de rechazo y abandono, la incidencia de un sentimiento de ira y la aparición de un conflicto de lealtades, ya que el niño quiere por igual a ambos padres.

Menores de 3 años

Viendo las reacciones que tienen los niños según la edad en que se presente la separación de los padres, se observa que, en los primeros años de vida, si el menor ha estado atendido con el cariño continuado por ambos progenitores y no ha habido escenas de violencia física y/o verbal en que el menor se haya visto involucrado como protagonista o directo observador, no tiene por qué presentar respuestas específicas al proceso de separación (Tabla V). Otra cuestión, bien distinta, es la de que *el bebé sí se entera de quién le prodiga afecto*.

Una madre y un padre no sólo alimentan, bañan o juegan con su hijo sino que, con sus muestras de cariño, van estableciendo con él un vínculo cada vez más sólido. Lo que equivale a decir que la vinculación afectiva, que nace de la proximidad y del contacto físico con los progenitores, es de vital importancia para el hijo.

Así pues, si un progenitor, que antes estaba bien involucrado en el cuidado del bebé, desaparece de pronto de su vida cotidiana, el apego (o vínculo) que habían establecido irá languideciendo, dependiendo, claro está, de lo que dure la ausencia de este padre⁽⁸⁾.

La secuencia se desarrollará de la siguiente manera. Al principio al niño le costará interactuar con el progenitor que ha roto el vínculo continuado.

Cuando éste vuelva de visita, de entrada lo mirará como a un extraño y tardará un tiempo –hasta que procese las imágenes de reconocimiento que guarda en su incipiente memoria– en volver a cogerle confianza para interactuar con él. En caso de seguir este progenitor desapareciendo de su vida, puede ser que el bebé primero proteste más de lo habitual (incluso psicomatizando su angustia de separación con inapetencia, eccemas, insomnios, etc.) y, después, se comporte de un modo apático, reservado o parezca triste, adentrándose a lo que se denomina *fase de desapego* (que puede abocar en un cuadro depresivo), en la que no mostrará ningún interés por este padre que se ha alejado, mientras que estará excesivamente dependiente de aquellos otros adultos que lo cuidan^(5,8).

Cuando el niño está cercano al año de edad, ya empieza a tener una cierta autonomía, inicia la deambulación, lo cual le permite acercarse o alejarse de quien quiera y, aunque no domina el lenguaje expresivo, comprende perfectamente lo que se le dice. En esta edad, es muy selectivo en sus afinidades afectivas, con una predilección para su cuidador habitual y demostrando poco interés por aquel progenitor con quien se siente menos vinculado. Habiendo que puntualizar aquí que, en el caso del padre no custodio, hay que hacerle entender que no crea que, cuando lo rechaza su hijo, es porque ha dejado de necesitarlo. Y así no caiga en el error de muchos varones separados que creen que a esta temprana edad el niño necesita más a la madre o al canguro, que al padre^(8,9).

3 a 5 años

Cuando los padres se separan, los niños pequeños, de 3 a 5 años, se muestran asustados, aturridos y tristes. Los miedos están omnipresentes. En estas tempranas edades, su dificultad en diferenciar la fantasía de la realidad les hace especialmente vulnerables. Rabietas, tozudeces y trastornos del sueño son alteraciones frecuentes en estos niños.

El síntoma fundamental es el *temor a perder a los seres queridos*. Algunos no quieren ir a la escuela y se resisten a dejar la casa... porque no quieren perder de vista a los padres. Técnicamente,

Tabla V. Sintomatología más acusada para cada franja de edad

Menores de 3 años

- No afectados por la separación
- Depresión por carencia afectiva

3 a 5 años

- Regresión
- Ansiedad de separación
- Aumento de agresividad

6 a 8 años

- Sentimiento de abandono
- Lástima por el padre ausente
- Proceso de duelo
- Fantasías de reunificación

9 a 12 años

- Intento de dominio por la actividad
- Sentimiento de enfado hacia los padres
- Sacudida de su identidad
- Ansiedad acerca del sexo

13 a 18 años

- Sentimiento de pérdida
- Manifestaciones depresivas
- Alianza con un progenitor
- Ansiedad acerca del sexo
- Retirada estratégica o aplazamiento de la entrada a la adolescencia

llamamos a esta situación: *ansiedad de separación*, y puede llegar a convertirse en una espectacular crisis de pánico en caso de insistir a la fuerza a que el niño acuda a sus compromisos fuera de casa (escuela, fiestas infantiles, colonias, etc.).

La doctora Judith S. Wallerstein⁽¹⁾, compara esta situación de ansiedad de separación con la del famoso cuento de Hansel y Gretel, en el cual los niños van dejando miguitas a medida que se meten en el tupido bosque, porque temen no encontrar el camino de regreso al hogar o temen no encontrar a los padres al volver a casa... También, el psiquiatra Richard Gardner en *El libro para chicos de padres separados*⁽¹⁰⁾ compara el temor de perder al progenitor custodio después de la separación con el que puede tener una persona a la que le queda un solo ojo sano. Él lo llama “la preocupación del tuerto”, y dice al respecto que los niños se comportan como tuertos porque, cuando tenían a sus dos padres (dos ojos) no se preocupaban de tener uno, pero cuando les queda un solo padre (un solo ojo), tienen mucho miedo de perderlo.

“Si se ha ido papá, ¿quién me asegura a mí que no se irá también mamá?”, puede preguntar, angustiado, el hijo. Y los miedos nocturnos hacen su reiterada presencia... acudiendo a pernoctar en la cama del progenitor custodio, habitualmente la madre en nuestro medio (extendida práctica que los anglosajones denominan *cosleeping*)⁽¹¹⁾.

6 a 8 años

Hay autores que señalan la edad de los 7 u 8 años como frontera entre la incomprensión y la comprensión de la separación matrimonial de los padres (por algo se llama: la edad de la razón). Dicen que el niño, de alguna manera, acepta mejor la situación y es más tolerante con sus progenitores cuando sobrepasa los siete años (como es obvio, no se trata de una regla común para todos los niños, ya que la madurez mental no es uniforme para todos a una misma edad).

Es una característica de estas edades que los niños elaboren un importante “proceso de duelo”, como se denomina en la práctica psiquiátrica al reconocimiento y al acto de asumir la pérdida de una persona querida. Estos menores presentan un acusado sentimiento de pérdida y tienen que pasar por una etapa de luto emocional, que precisa de un tiempo para resolverse adecuadamente (este es el mecanismo del proceso de duelo a que hacemos referencia). Obviamente dependerá, en gran parte, de las propias condiciones emocionales del niño. La depresión está al acecho.

Un curioso fenómeno es que las “fantasías de reunificación” son continuas en estas edades. Los niños creen firmemente que sus padres volverán a unirse y se reconciliarán, y así lo manifiestan a todo el mundo. A la gente en general y a los padres en particular, sorprenden estas “explicaciones” del niño tan fuera de lugar.

Todo hijo tiene una imagen de pareja inseparable en el inconsciente, y esta representación de pareja de padres está interiorizada en cada niño, es decir: asumida plenamente en su interior. El menor, por su parte –como aconseja la psicoanalista infantil François Dolto⁽¹²⁾– necesita saber que él es la auténtica representación de la indisolubilidad y de la combinación viviente de lo esencial

de estos dos seres que son sus padres. Es decir, hay que darle al menor el sentido de que es él quien “representa” a sus dos progenitores. Si logramos que se convenza de esto, entonces ya no le será imprescindible –aunque lo siga deseando y le apetezca– tenerlos presentes a ellos dos en su vida cotidiana. De esta manera, mitigaremos un poco sus fantasías de reunificación de los padres.

Surgen los tremendos conflictos de lealtad. Cerca de una cuarta parte de estos niños se hallan bajo una fuerte presión de sus progenitores custodios para que se desinteresen del otro padre. A pesar de todo, siguen leales a ambos padres, a menudo a costa de un gasto emocional considerable, entendiéndose como tal el esfuerzo psicológico que han de hacer para mantenerse tenazmente fieles a su doble progenitura.

Aparecen equivalentes de reacciones depresivas. Como pueden ser las fantasías del niño de quedarse privado de alimentos, pasando a una sobrealimentación compulsiva con imparable necesidad de ingerir comida (lo que popularmente se conoce como “comer con ansia”), o bien fantasías de quedarse sin poder jugar, que le hacen acaparar juguetes, propios y ajenos, u otras situaciones prácticamente adictivas.

Aflora también un sentimiento de lástima-compasión por el padre ausente. Más de la mitad de los niños echan de menos al progenitor que se ha ido de casa.

En estas edades, también existe una inhibición de la agresividad hacia el progenitor ausente, ya que son muy pocos los niños que expresan odio hacia el padre que se fue de casa, y son escasos los que critican solapadamente al padre ausente. En contraste con la dificultad de expresar odio a este progenitor, hay estudios en niños, especialmente varones, que manifiestan considerable odio hacia su progenitor custodio, haciéndole a éste –al padre o la madre– responsable de la separación o reprochándole haber mandado al otro progenitor fuera de casa⁽⁵⁾.

9 a 12 años

Se dice que de los 8 a los 9 años se produce un rápido fortalecimiento de la personalidad infantil, apareciendo nuevas capacidades para comprender la

realidad: los niños ven con mayor claridad los hechos.

En estas edades del final de la niñez y del inicio de la adolescencia, se observa un intento de dominio de las circunstancias a través de la actividad y el juego. Así, a diferencia de los pequeños que responden a la fractura familiar con reacciones depresivas o regresivas en sus conductas, en estas edades que ahora consideramos, la respuesta del niño se traduce en intentar una vigorosa actividad, “sublimando” su comportamiento hacia la mejora de las actividades lúdicas y escolares. Es sorprendente ver hasta qué punto ciertos hijos de padres separados alcanzan elevadas cotas de madurez social y de autonomía en manejarse por la vida.

También, aflora el sentimiento de enfado hacia los progenitores. Aproximadamente, la mitad de los niños de estas edades están enojados con sus madres, la otra mitad con sus padres, y un buen número con ambos. Está, pues, prácticamente omnipresente en el colectivo infantil este sentimiento de enfado o de rabia contenida.

Un importante aspecto en esta franja de edad es el dramático cambio que experimenta la relación entre padres e hijos. Siendo el más llamativo de ellos el establecimiento de estrecha alianza con un progenitor. En el amplio estudio de casos de Wallerstein y cols., una cuarta parte de los niños constituía una fuerte alianza con un progenitor en contra del otro⁽¹⁾.

Asimismo, también aumenta la ansiedad acerca del sexo y aparece una mayor actividad sexual del niño, como, por ejemplo, la masturbación u otras actividades eróticas, fomentadas en gran medida por la forma de vida de sus propios padres, volcados en frenéticas aventuras amorosas, en las que predominan las relaciones sexuales efectuadas sin el debido recato delante de los hijos.

A menudo, los hijos de esta edad con padres separados parecen más independientes y maduros que otros niños con sus mismos años. Pero, no por ello están más capacitados para circular con seguridad por el mundo, aunque derrochen aires prepotentes (todos encajan en el refrán: “Dime de que presumes y te diré de qué careces”). Porque, en el fondo, no dejan de ser niños, necesita-

dos del cariño y el apoyo, tanto de la madre como del padre^(4,5).

13 a 18 años

Cuando alcanzan la pubertad y llegamos a la adolescencia –franja de la vida tan variable que oscila entre los 10-13 y los 18-21 años–, la característica más destacable es la aparición de un profundo sentimiento de pérdida, el cual se puede manifestar en el joven por una desagradable sensación de vacío, dificultad para concentrarse, fatiga crónica, pesadillas intensas, etc., y abocar todo ello en la constitución de un cuadro de severa depresión^(1,5).

Hay que advertir de algo muy serio que puede acontecer en esta etapa adolescente: el intento de suicidio. De la misma manera que no hemos de dejarnos sorprender porque en algún momento, de manera muy esporádica, el adolescente nos comunique ideas de suicidio, que no hay que confundir con las auténticas tentativas de realizarlo, aunque siempre haya que valorar clínicamente su potencial de riesgo (es decir, consultar con un especialista), tampoco hemos de infravalorar la situación si las circunstancias que envuelven la separación y la personalidad del chico así lo requieren. Tengamos especial cuidado con adolescentes con tendencia depresiva y con padres separados. Es una peligrosa combinación.

Y es en estos momentos de desolación, cuando la comprensión de un adulto no angustiado, que deja expresar al adolescente, sin reprochárselo, sus sentimientos depresivos que le manifiesta confidencialmente, pasa a ser el mejor apoyo –incluso sin que el propio adulto sea consciente de su papel consolador– y el mejor paño de lágrimas que necesita el joven en esta situación.

En otros casos, podemos asistir a un curioso fenómeno: retirada estratégica o aplazamiento de la entrada en la adolescencia. Se observa con frecuencia en estos chicos situados “en fase de aplazamiento” una sensación de malestar y de ansiedad con respecto a las cuestiones relacionadas con el sexo y detecto que están muy preocupados por su futura vida en pareja.

El sentimiento de enfado hacia los padres es una respuesta común en la mayoría de adolescentes. Con todo, tam-

bién hay un reconocimiento de la infelicidad de los progenitores (al menos de uno de ellos) y de que necesitan ayuda. Esta situación cataliza el incremento de maduración en autonomía y responsabilidad, evidente en la mayoría de estos jóvenes, que empiezan a preocuparse por las necesidades económicas de la familia e intentan, en algunos casos, asumir en casa el papel del progenitor ausente.

Una advertencia que hay que transmitir a los progenitores es que estén al tanto en lo referente a la promiscuidad sexual y la drogadicción de los hijos. Está demostrado que el uso del sexo de manera precoz es frecuente entre las hijas de padres separados: una de cada cinco niñas tiene su primera experiencia sexual antes de los catorce años. Y uno de cada cuatro niños varones, en la misma situación de separación, comienza a consumir alcohol y otras drogas también antes de los catorce años. Cuando llegan a los diecisiete años, más de la mitad de estos adolescentes beben o consumen drogas de manera habitual^(1,5).

La difícil identificación con los padres

Es quizá de lo más preocupante entre las secuelas de la separación matrimonial, ya que el proceso natural de identificación de los hijos se resiente. Así, según sea el padre o la madre la persona ausente, repercutirá en el hijo del mismo sexo. En el caso del hijo varón, por ejemplo, se rompe el proceso de identificación con el progenitor varón, si ha sido éste el que ha partido y desaparecido de su vida. Y lo mismo sucede con la hija si la ausentada y en paradero desconocido es la madre.

Es fácil adivinar que la falta de este progenitor con quien identificarse (también para rivalizar con él o ella, para emularle, o para imitarle) angustia al menor, que pide urgentemente al progenitor custodio del otro sexo... ¡que vuelva a casarse! Y como complacer a los hijos en esta cuestión de volver a matrimoniar no es tarea sencilla, bien porque no se tienen ganas de repetir la experiencia o porque no surgen los pretendientes a la vuelta de la esquina, hay que ingeniárselas para que los menores tengan su modelo de identificación, aunque sea en papel de “padre suplente”.

El hijo varón que está confiado a la tutela de la madre necesita la presencia de un personaje masculino en su vida; al igual que la niña necesita de la presencia de una mujer, si le toca vivir sola con el progenitor masculino. Quiero, pues, que quede claro que, después de toda separación, es muy deseable que los hijos tengan contacto con adultos de cada sexo. De la familia de origen de cada uno de los esposos, han de surgir las figuras adultas que hagan esta función vicariante, supliendo al progenitor que ha desaparecido de la estructura familiar. Así, a falta de nuevo consorte, muy a menudo son los abuelos los que asumen estos papeles de padres sustitutivos. Al abuelo varón le toca representar el aspecto de masculinidad que necesita el niño varón, cuando la custodia la tiene la madre y no se sabe nada del padre; mientras que la abuela representa la feminidad, cuando la custodia recae en el padre y no se tienen noticias de la madre (obviamente, nos estamos refiriendo a los abuelos que siguen próximos a la familia después de la separación y no han sido apartados y convertidos en pobres “víctimas colaterales del divorcio”)^(5,11).

Si el joven no puede crecer con un representante de cada sexo en casa, se puede producir en él una limitación de su capacidad de identificación, lo que se ha venido a llamar metafóricamente “hemiplejía simbólica”⁽¹²⁾. Aunque esta situación puede verse compensada si el hijo dispone de una familia extensa adonde arrimarse: abuelos, padrinos, tíos..., o bien de amistades cuyas casas puede frecuentar. Personas, en suma, muy valiosas que le sirvan de modelo para el desarrollo de su personalidad.

Capítulo aparte en esta situación de difícil identificación con los padres merece el denominado *síndrome de alienación parental* (SAP)⁽¹³⁾, expuesto por el psiquiatra norteamericano Richard Gardner en 1985, según el cual, un progenitor, habitualmente el encargado de la guarda y custodia, manipula (“aliena”, es decir: enloquece, en la terminología de Gardner) a los hijos para indisponerlos en contra del otro ex cónyuge, imposibilitando así que se identifiquen con éste. Como contrapunto a este síndrome y, para explicar bajo otra óptica el proceso que conduce

Tabla VI. Situaciones en que debe intervenir el pediatra

- Cuando los padres deseen asesorarse
- Cuando haya excesiva turbulencia familiar
- Cuando el hijo se ha convertido en cabeza de turco de las desavenencias matrimoniales
- Cuando se establecen alianzas patológicas entre los miembros de la familia
- Cuando los parientes y/o amigos se entremeten demasiado y de manera partidista

al supuesto SAP, se han propuesto dos nuevas acuñaciones: el *síndrome de confusión filial* (SCF)⁽¹⁴⁾ y el *síndrome de indefensión parental* (SIP)⁽¹⁵⁾.

Función del pediatra de Atención Primaria en los casos de separación

El pediatra es de las personas que está en disposición de actuar precozmente en los casos en que se prevé una disolución de la relación matrimonial por el conocimiento que tiene de la familia del niño. A él le corresponde vislumbrar los primeros síntomas y signos de desavenencia de la pareja de padres, viendo las actitudes que surgen entre ellos cuando acuden para consultar sobre el hijo (discusiones, contradicciones importantes, insultos, etc.). Así podrá *tomar el pulso emocional* de la situación, interrogando a los padres sobre la visión que tiene cada uno de

ellos de las circunstancias que atraviesan. Y aprovechar su ascendencia profesional para asesorarles sobre las vicisitudes y los pros y contras que presente cada caso, y las que pueden presentarse en el futuro. Proponiéndoles las soluciones más oportunas, contando siempre con la ayuda del colega especialista, como puede ser el paidopsiquiatra experto en temas de conflictos de parejas. También, al pediatra le corresponde decidir sobre las mejores condiciones que se pueden ofrecer al hijo cuando se desencadena el proceso divorcista^(5,7) (Tabla VI).

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Wallerstein JS, Lewis JM, Blakeslee S. El inesperado legado del divorcio. Madrid: Atlántida; 2002.
- 2.** Rojas Marcos L. La pareja rota. Madrid: Espasa Calpe; 2003.
- 3.*** Marina JA. El entorno familiar. *Pediatr Integral*. 2012; XVI(5): 414-7.
- 4.*** Poussin G, Lamy A. Custodia compartida. Madrid: Espasa Calpe; 2005.
- 5.** Castells P. Separarse pensando en los hijos. Barcelona: Plataforma Editorial; 2014.
- 6.* Morris R. Guía para familias monoparentales. Madrid: Pearson; 2008.
7. Castells P. Psicopatología de los hijos de padres separados. *Arch Pediatr*. 1983; 34: 245-50.
- 8.* Rodríguez N. ¡Socorro! Papá y mamá se separan. Barcelona: Océano; 2003.
9. Castells P. Consejos del Doctor para padres principiantes. Barcelona: Península; 2013.
- 10.** Gardner R. El libro para chicos de padres separados. Buenos Aires: Galerna; 1978.
- 11.* Castells P. Tenemos que educar. Barcelona: Península; 2011.
- 12.* Dolto F. Cuando los padres se separan. Barcelona: Paidós; 1989.
- 13.** Gardner R. Parental alienation syndrome. Cresskill: Creative Therapeutics; 1992.
14. Castells P. Síndrome de confusión filial. En: *Psicología de la familia*. Barcelona: Ceac; 2008.
- 15.* Castells P. Síndrome de indefensión parental. *Psychologies*. 2008; 42: 62-3.

Bibliografía recomendada

- Wallerstein JS, Lewis JM, Blakeslee S. El inesperado legado del divorcio. Madrid: Atlántida; 2002.

Prácticamente el mejor manual para manejarse en el intrincado mundo de las separaciones de pareja y sus repercusiones en los hijos. Wallerstein y cols. han hecho un minucioso estudio retrospectivo y prospectivo de los efectos de la ruptura matrimonial en los hijos, con un seguimiento de cada caso durante años.

- Poussin G, Lamy A. Custodia compartida. Madrid: Espasa Calpe; 2005.

Excelente alegato a favor de la fórmula de custodia compartida, aunque no se limita a reseñar sus ventajas, sino que también contempla sus inconvenientes, que pueden ser muchos si los ex cónyuges no deciden voluntariamente dejar aparte las diferencias entre ellos y volcarse en las necesidades del hijo. Suya es la precisa frase introductoria de que “el fracaso de la pareja conyugal no tiene por qué obstaculizar el triunfo de la pareja parental”.

- Castells P. Separarse pensando en los hijos. Barcelona: Plataforma Editorial; 2014.

Libro que, aparte de la experiencia del propio autor, ha basado su contenido en los estudios realizados en EE. UU. a cargo de prestigiosos especialistas en el tema de las separaciones y divorcios.

Caso clínico

Iván, un joven de 14 años, hijo mayor de una fratria de tres hermanos (le seguían una niña de 10 años y un niño de 8 años), es traído a consulta por presentar una conducta violenta con la madre custodia, que lleva separada de su marido desde hace cuatro años.

La ruptura matrimonial fue muy conflictiva, con previas y continuas discusiones entre los cónyuges, que se acompañaban de insultos y maltrato verbal (y algún que otro físico) por parte del esposo.

Según relata la madre, el padre era una persona penden-ciera y violenta que no tenía ningún autocontrol y explotaba a la más mínima contrariedad que se le presentase o que él creyera que se le presentaba. Era muy celoso y tenía que saber en cada momento lo que hacía su mujer. Acostumbraba a consumir alcohol en cantidad y su conducta empeoraba en las situaciones de embriaguez.

Los hijos presenciaban las escenas de violencia del padre hacia la madre y, luego, daban a ella su apoyo, animándola incluso a que se separara. Como la situación se hacía cada vez más insostenible, la madre buscó un abogado y empezó a hacer los trámites de separación. Enterado del proceso que ya estaba en marcha, el marido, en un principio, se resistía a abandonar la casa (propiedad de la esposa), pero, luego, optó por marcharse a la vista de la presión que ejercieron sobre él los familiares de la esposa, especialmente el suegro y un cuñado, y la amenaza de que, si no se marchaba, iban a denunciarlo a la policía. Una noche hizo sus maletas y desapareció de la casa. No ha habido noticia de él en estos cuatro años de ausencia.

Según parece, en el primer año de postseparación reinó la calma en el hogar. Pero, a partir del segundo año, Iván, que hasta entonces no había presentado problemas de conducta y era un niño dócil y de buen trato, empezó a enfrentarse a su madre, negándose a obedecerla e insultándola por el más mínimo motivo. Esta actitud tan negativa fue acrecentándose hasta que la madre decidió traerlo a consulta.

En la anamnesis, en el interrogatorio de la madre sin que estuviese su hijo delante, no se detallan trastornos en su desarrollo psicomotriz. Aceptable estudiante, con facilidad para hacer amigos. Hay un buen desarrollo pondo-estatural y un buen estado de salud. Come y duerme bien. Practica el fútbol en la escuela. La madre se muestra apesadumbrada y con aspecto triste (está tomando medicación antidepressiva) y relata no entender el cambio de manera de ser de su hijo

mayor. Iván llega al extremo de fiscalizar todo lo que ella hace; incluso, se entromete en la forma en que se viste, criticando sus atuendos y, además, opta por controlar sus horarios de entrada y salida de casa. La madre se queja de que la despótica conducta de Iván: “ya viene a ser igual o peor que la que tenía conmigo mi ex marido”. En un momento de la entrevista, dice entre sollozos: “¡Me controla tanto que me hace sentir mal y me siento culpable!”. También se lamenta de que sus otros dos hijos, la niña y el niño, están intentando imitar algunas de las díscolas conductas de este primogénito.

Durante el interrogatorio en solitario con Iván, muestra una actitud arrogante y desafiante. Había venido muy “rebotado” a la consulta. Habla muy despectivamente de su madre. “Ella se ha buscado lo que le pasa... ¡porque ella lo echó de casa!”, dice con rabia, refiriéndose a la marcha del padre. “Se viste como una p... y tengo que vigilarla muy de cerca para que no haga tonterías”, manifiesta con aire de superioridad.

El diagnóstico de esta aberrante situación familiar es lo que en la práctica paidopsiquiátrica denominamos: *ocupación de la plaza del esposo ausente*. Actuación que, con cierta frecuencia, efectúan los hijos varones adolescentes en hogares monoparentales con madres custodias (también puede suceder con hijas adolescentes a cargo de padres varones custodios, aunque es menos habitual). Estos hijos, de una manera consciente o inconsciente, se identifican con el padre ausente, usurpando su papel de esposo-padre todopoderoso. Así, el hijo se inviste del poder que ha dejado vacante el padre desaparecido, convirtiéndose en el representante simbólico del padre despótico en la nueva estructura familiar.

El tratamiento consistirá en realizar sesiones de terapia familiar (psicoterapia sistémica) para hacer ver al joven lo que acarrea en lo demás su anómala conducta, fomentando su capacidad de empatía con la madre y los hermanos. En estas sesiones es conveniente contar, si es posible, con la figura de un pariente varón con ascendencia en la familia (abuelo, tío, etc.) al que se pueda traspasar las funciones vicariantes del esposo-padre ausente que ahora tiene “prestadas” el hijo, despojándolas del despotismo que tenían. Si conseguimos que el hijo sea consciente de que así se “libera” de esta carga jerárquica que había asumido y que no le correspondía, podrá volver a ocupar su lugar de hijo mayor y otorgarle otro papel importante en la familia más acorde a su edad, como, por ejemplo: ayudante de la madre en las tareas domésticas, supervisor de la marcha escolar de sus hermanos menores, etc.

Adopción y acogimiento familiar

C. Martínez González

Pediatra. EAP San Blas. Parla, Madrid. Magíster en Bioética.
Coordinadora del Comité de Bioética de la AEP



Resumen

La adopción y el acogimiento familiar plantean las decisiones subrogadas (*por el menor, sin el menor*) probablemente de mayor trascendencia en la infancia. Son medidas complejas de protección de las que surgen múltiples problemas éticos relacionados con respetar y definir al máximo el *interés superior del menor*.

Proteger a un niño es obligado, pero retirar la tutela de un hijo es doloroso. Mantener a un menor en un centro es privarle de una familia, pero resistir las presiones de organismos y particulares sin incumplir ningún trámite legal ni forzar las políticas internas de los países menos desarrollados, es imprescindible.

La mayoría de los niños adoptados en España provienen de la adopción internacional a pesar de ser uno de los países de nuestro entorno con más niños pequeños en sus instituciones. Sin embargo, el acogimiento familiar introducido en España en 1987, está insuficientemente desarrollado frente al acogimiento residencial.

Los problemas médicos de los niños adoptados o acogidos no difieren de los que provienen de familias con graves carencias o problemas sociales.

El pediatra de Atención Primaria puede atender la mayoría de los problemas médicos, orientar muchos aspectos psicológicos y promover la normalización de estos niños, que sólo ocasionalmente necesitan atención especializada.

Abstract

Adoption and foster care, pose one of the most important surrogate decisions (for the child, without the child) in childhood. They represent complex measures of child protection, from which multiple ethical dilemmas arise in relation to the best interest of the child. To protect a child is mandatory, but custody removal can be painful. Keeping children in an institution implies depriving them of a family, but on the other hand it is essential to resist the pressure of organisms and particular interests and not break the laws on adoption nor force the internal policies of less developed countries.

The majority of adopted children in Spain come from international adoption even though in relation to other countries it has more children in residential care. In contrast, foster care which was established in Spain in 1987 has been less developed.

The medical problems of adopted children or children in foster care are not different from those that are found in families with poor backgrounds.

The primary care paediatrician can attend the majority of medical problems these children present by addressing possible psychological issues and normalizing their situation. Only on rare occasions will they need specialized care.

Palabras clave: Adopción; Adopción internacional; Acogimiento familiar; Ética.

Key words: Adoption; International adoption; Foster care; Ethic.

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 678-685

Introducción

La adopción y el acogimiento familiar (AF) son medidas de protección complejas frente al desamparo de los menores. Conciernen fundamentalmente al ámbito de la justicia, a las políticas sociales y a los planes y leyes que cada país desarrolla en materia de protección a la infancia.

Los menores adoptados o acogidos son un grupo heterogéneo de niños que tienen en común la imposibilidad de criarse con su familia biológica. El pediatra debe conocer el tema desde un enfoque integral que amplíe la visión de los problemas estrictamente médicos, pues la morbilidad general, carencias o enfermedades, es similar a los hijos de familias con graves problemas sociales. Sin embargo, hay diferencias específicas que tienen que ver con la manera de canalizar el deseo de ser padres, la construcción del vínculo afectivo y la existencia de otra familia que siempre ocupará un lugar real o imaginario.

La adopción es un hecho tan antiguo como la humanidad (recordemos la historia de Moisés criado por la hija del faraón), que ha cambiado sustancialmente en nuestros días en cuanto a motivación, circunstancias, contexto y visibilidad. Lo que hasta hace poco era prácticamente la solución de los matrimonios heterosexuales con problemas de esterilidad, ahora no es una opción exclusiva para parejas, y es independiente de la orientación sexual o el vínculo legal. Se ha convertido en un hecho visible, no sólo por las diferencias raciales que con frecuencia tiene el hijo, sino también por estar socialmente mejor visto, no exento en ocasiones de cierta moda e incluso noticia de portada en los medios cuando se trata de famosos.

El AF, sin embargo, es una figura legal relativamente nueva; tiene como antecedente la situación clásica de *hijo cedido* por una madre con problemas económicos, soltera o viuda, que renunciaba y delegaba sus funciones en algún familiar con más posibilidades.

La adopción en España

En los últimos años, la adopción ha sido prácticamente internacional, debido a la importantísima reducción de niños españoles adoptables.

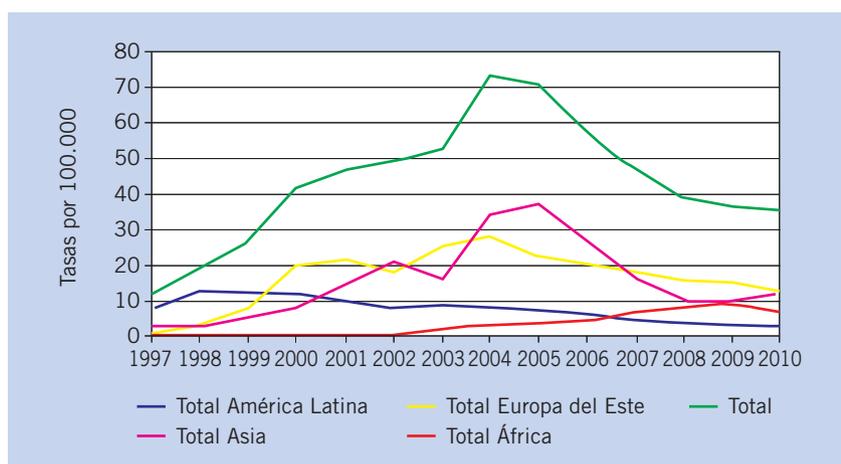


Figura 1. Adopciones internacionales en España. Distribución por continente de origen.

Esta realidad positiva, consecuencia directa del bienestar social de nuestro país, originó un aumento exponencial de la adopción de niños extranjeros a mediados de la década pasada. Un hecho que, sin embargo, se ha visto reducido en los últimos años por diversos motivos y no sólo en España. Las cifras mundiales, que alcanzaron su punto máximo de 45.298 niños en el año 2004, descendieron a 29.005 en el año 2010⁽¹⁾.

China y Rusia, los principales países de origen, han endurecido sus condiciones por razones éticas y jurídicas, y Marruecos y Malí por motivos religiosos. En general, se aplica más el Convenio de La Haya sobre Protección de los Niños y Cooperación en Adopción Internacional que, en síntesis dice que, si un niño puede ser adoptado en su país, no debe estar disponible para la adopción internacional (AI).

En España, Asia va perdiendo el liderazgo como continente de origen, posiblemente debido a la disminución de las adopciones procedentes de China, y el descenso es generalizado para todos los continentes (Fig. 1 y Tabla I)⁽²⁾.

La adopción nacional, sin embargo, permanece bastante estable con cifras entre 1.075 y 652 niños anuales⁽³⁾.

El acogimiento familiar en España

El AF es un recurso insuficientemente desarrollado al que pocas familias acceden, quizá porque la motivación no sea tanto *quiero ser padre, como quiero ayudar a un niño*⁽⁴⁾.

El AF se introduce en España con la Ley 21/1987, junto con una nueva mentalidad social y profesional de la protección a la infancia. Con la ley, desaparece el término tradicional de *abandono*, que pasa a ser *desamparo*, evidenciando la necesidad de atender un espectro más amplio de situaciones que el abandono físico, y se diferencian las situaciones de desamparo, de las de riesgo social.

Sin embargo, después de 25 años, el AF que fue contemplado como piedra angular de la respuesta al desamparo, no ha tenido el desarrollo que se pretendía. No sólo el acogimiento residencial (AR) sigue siendo la medida de protección mayoritaria, sino que se da la situación paradójica de ser uno de los países del entorno con más AI, a la vez que más niños propios mantiene en sus instituciones. Esto es una gran incoherencia y un escándalo “poco escandaloso”, porque los niños que están en centros son socialmente invisibles^(5,6). El AF, no obstante, puede ofrecer lo que no existe en el mejor de los centros: una vida normalizada y un entorno afectivo seguro y estable, condiciones imprescindibles para que se logren los procesos mentales y se construyan relaciones afectivas significativas, sobre todo en los primeros años de vida. Por eso, la *Comisión Especial de Estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines del Senado*, en su informe de 2010, insiste en la necesidad de “desalojar de los centros de menores a los niños entre cero y seis años y ponerlos bajo la protección de familias de acogida”.

Tabla I. Adopciones internacionales en España. Total por continente de origen

	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Abs niños	Tasa por 100.000 niños	AbsS niños	Tasa por 100.000 niños	Abs niños	Tasa por 100.000 niños	Abs niños	Tasa por 100.000 niños										
América																		
Latina	595	8,01	679	9,08	585	7,74	564	7,39	490	6,34	374	4,75	331	4,12	262	3,22	258	3,17
Asia	1.586	21,42	1.194	15,97	2.577	34,12	2.854	37,37	2.041	26,40	1.269	16,12	865	10,77	724	8,90	1.016	12,49
Europa este	1.395	18,84	1.915	25,61	2.111	27,95	1.727	22,62	1.567	20,27	1.460	18,55	1.304	16,24	1.236	15,19	1.039	12,77
África	51	0,69	163	2,18	268	3,55	278	3,64	374	4,84	545	6,92	656	8,17	784	9,64	578	7,10
Total	3.625	48,95	3.951	52,85	5.541	73,36	5.423	71,02	4.472	57,85	3.648	46,34	3.156	39,30	3.006	36,95	2.891	35,53

Fuente: Consulados españoles en el extranjero.

Los AF se llaman *especiales* cuando los niños tienen algún problema de salud o minusvalías, y *terapéuticos* si los menores tienen problemas de salud mental. Los acogimientos con algún familiar son los más frecuentes. Y una modalidad pendiente de desarrollar es el AF *profesionalizado*, con finalidad claramente educadora y terapéutica, compensación económica y, sobre todo, apoyo profesional para el acogido y el/ los acogedores.

En España, existen cerca de 30.000⁽⁷⁾ niños en AR. Muchos de estos menores, tutelados por la administración por circunstancias transitorias o permanentes de los padres (desintoxicación, cárcel, enfermedad mental), o por enfermedades del niño que han causado el desamparo, como el síndrome de Down, podrían criarse en una familia adoptiva o acogedora que aceptara sus condicionantes familiares o personales.

Aspectos psicoafectivos

Los aspectos afectivos y psicológicos son los más específicos de la adopción y el acogimiento.

Todos los padres, biológicos o adoptivos, deben establecer un vínculo afectivo con sus hijos. Los padres adoptivos, además, deben entender que es insuficiente el afecto sin asumir un pasado incierto y sus posibles consecuencias, porque acoger o adoptar a un niño es aceptarlo con un pasado que no se puede borrar. Esto condiciona marcadas diferencias con la maternidad o la paternidad biológica:

- Los padres adoptivos tienen que elaborar el duelo del embarazo ausente,

de la experiencia del parto, de no ser los primeros en ver al hijo recién nacido en el que poder reconocer rasgos familiares. Sin elaborar este duelo es difícil aceptar plenamente a un hijo que ya existía con otros padres e, incluso, con otros rasgos étnicos.

- El legítimo deseo de ser padres en ocasiones está mezclado con sentimientos de solidaridad y altruismo, no siempre favorecedores del vínculo paternofilial.
- La construcción del vínculo de filiación requiere contar necesariamente con un pasado y unos recuerdos reales o imaginados.
- Las diferencias étnicas en ocasiones generan conductas patógenas, como la insistencia en las diferencias, la idealización del exotismo, o la anulación de las diferencias con excesivos esfuerzos de normalización.

La mayoría de los estudios reflejan que los niños adoptados están bien adaptados en general, pero sobrerrepresentados en los servicios de salud mental⁽⁸⁾, quizá influenciado por una mayor sensibilidad de los padres y de los pediatras.

Es frecuente que en los primeros años haya conductas regresivas o negativas ante el dolor o la pérdida (muertes, separación de los padres, pérdida de una mascota), los cambios (colegio, casa), el establecimiento de nuevas relaciones afectivas (inicio de escolarización) o en momentos clave del desarrollo de la identidad, como la adolescencia. Esto no implica que se deba interpretar todo lo que le ocurre a un niño adoptado en

función de sus orígenes, ni que todas sus conductas sean “contra” la madre o el padre, porque la mayoría de las veces serán desajustes similares a los de otros niños de su edad, superables y transitorios.

Los niños que han sufrido una grave privación afectiva, como una institucionalización prolongada y precoz, sin embargo, tienen mayor riesgo de psicopatología: alteraciones en la vinculación afectiva, falta de atención con o sin hiperactividad o alteraciones del espectro autista en los casos graves.

La integración familiar es buena la mayoría de las veces, pero se han descrito rupturas del proceso adoptivo entre el 1,4% y el 24,2% de los casos, según recoge Berastegui⁽⁹⁾. La dispersión de cifras se corresponde con las grandes diferencias metodológicas entre estudios (periodo estudiado, muestra poblacional, tipo de adopción nacional o internacional, concepto de ruptura, etc.). Pero, en general, las tasas son menores en adopciones de niños más pequeños y mayores en niños con necesidades especiales o mayor edad al inicio de la adopción, factor que frecuentemente se asocia al tiempo de institucionalización prolongado o fracasos anteriores en otras familias. En la Comunidad de Madrid, la tasa de ruptura es del 1,5%.

La realidad es que el fracaso de un proceso adoptivo es un hecho siempre complejo y doloroso para la propia familia y para el hijo, que sufre un segundo abandono y un doble desarraigo si proviene de otro país. En la legislación española, la adopción es irreversible y los vínculos legales idénticos a la filia-

ción biológica. Por tanto, es un eufemismo hablar de “devolución” de un hijo adoptado: el abandono en la calle es un delito y si el estado asume su tutela, sigue siendo un hijo mientras no se retire judicialmente la patria potestad.

Problemas médicos

No existe ninguna patología propia de la adopción o el AF.

Los problemas más específicos dependen de la precariedad de cuidados prenatales, de los factores sociales asociados (pobreza, drogadicción, prostitución, maltrato, etc.) y del contexto de institucionalización previo. Todo ello condiciona una morbilidad mayor que en la población infantil general, que requiere una evaluación extensa del estado de salud⁽¹⁰⁾.

Nutrición y crecimiento

La prevalencia de la malnutrición es variable y la etiología múltiple: desde alimentación carencial, prácticas culturales, infecciones intestinales repetidas o privación afectiva, hasta enfermedades clásicas no detectadas, como: enfermedad celíaca o intolerancias alimentarias.

Generalmente, se produce la recuperación o *catch up* en el primer año. El crecimiento se puede evaluar mediante las gráficas habituales del país de acogida priorizando, no tanto la comparación con estándares, sino consigo mismo.

En los retrasos de talla sin *catch up*, con velocidad de crecimiento normal, edad ósea acorde con la cronológica y sin enfermedad basal, el estudio endocrinológico exhaustivo se puede diferir 12 a 18 meses.

Los estudios complementarios deben incluir: hemograma, bioquímica básica con hierro, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y orina. Si hay malnutrición clínica o retraso pondoestatural, añadiremos proteínas totales, hormonas tiroideas, pre-albúmina, proteína transportadora de retinol, transferrina, test del sudor, ionograma, despistaje de enfermedad celíaca y parasitosis intestinal.

Déficit de vitamina D

Los niños que provienen de orfanatos en países con insuficiente exposición solar, de los que no hay constancia de

una adecuada profilaxis con vitamina D en el primer año y los de piel oscura, pueden tener un déficit de vitamina D. Y es probable que este déficit sea un factor coadyuvante y soluble, en lactantes y niños pequeños con retraso de crecimiento, hipotonía, infecciones de repetición, etc.

Síndrome alcohólico fetal⁽¹¹⁾

El alcohol es el teratógeno humano más frecuente y la primera causa de retraso mental evitable. Los efectos adversos fetales del alcohol provocan un espectro de anomalías estructurales y alteraciones neurocomportamentales, que van desde formas oligosintomáticas hasta graves malformaciones con retraso mental. No hay un nivel seguro de consumo, pero existe una relación directa entre dosis ingerida, rasgos dismórficos y desarrollo cerebral en las primeras semanas de gestación. Algunos informes de adopciones documentan el abuso de alcohol en la madre biológica, pero generalmente es una excepción que se aporte este dato. Por otro lado, los rasgos dismórficos pueden variar con la edad, quedando a veces sólo en diagnóstico de sospecha.

Intoxicación por plomo

La intoxicación crónica por plomo (Pb) se asocia con deterioro intelectual, alteraciones del comportamiento y del aprendizaje, talla baja y alteraciones auditivas. Los efectos en el SNC pueden ser irreversibles, pero la vulnerabilidad individual es variable y parece depender también de factores genéticos y ambientales.

Hay estudios que recomiendan *screening* de plumbemia en niños de países con prevalencia elevada. Aunque no está definido el nivel sanguíneo seguro, el CDC ha establecido como punto de riesgo >10 µg/dl de Pb en sangre, nivel superado en el 1-13% de niños adoptados en EE.UU. provenientes de China y en el 1-5% de Rusia. No hay que olvidar que el arroz es un alimento básico de la alimentación en China y los arrozales están al lado de las carreteras, por donde circulan coches con gasolina clásica.

Pubertad precoz⁽¹²⁾

La pubertad precoz ocurre fundamentalmente en niñas adoptadas con

deficiente estado nutricional, cuando alcanzan su masa corporal determinada genéticamente con un rápido *catch-up*. Este hecho no se observa en inmigrantes, lo que hace pensar en factores psicológicos implicados con factores nutricionales y neuroendocrinos. En algunos casos, el paso de una dieta vegetariana, pobre en calorías, a otra más equilibrada, podría estimular la síntesis de IGF-1 y finalmente la GH.

El riesgo es mayor en niñas de 5-6 años con bajo peso y retraso en la edad ósea, cuando ésta progresa rápidamente. También, en situaciones de rápida ganancia ponderal y aumento del tejido adiposo, en las que podría estimularse la conversión normal de andrógenos suprarrenales en estrógenos y estos, a su vez, estimular los centros hipotalámicos de forma precoz.

Problemas infecciosos

Se recomienda un *screening* de enfermedades infecciosas (repitiendo los análisis aportados en su caso del país de origen, pues ha podido haber contagio posterior, durante la extracción de sangre o errores técnicos) 2-4 semanas después de la adopción, excepto en niños con enfermedad aguda o malnutrición. En ese tiempo, los padres podrán observar al niño y ofrecer más información al pediatra antes de iniciar los estudios.

- Serología de hepatitis B. Repetir 6 meses después, pasado el posible período de incubación.
- Serología luética. Pruebas reagínicas (VDRL y RPR), confirmando los resultados positivos con pruebas treponémicas (FTA-ABS).
- Serología VIH 1 y 2. Repetir a los 4-6 meses, superado el posible período ventana.
- Hemograma con índices eritrocitarios.
- Parásitos en heces, antígeno de *Giardia* y *Cryptosporidium* en heces.
- *Screening* de tuberculosis. Se recomienda un Mantoux al llegar, valorando el resultado positivo independientemente de que tengan BCG previa y repitiendo a los dos meses si es negativo.

Valoración del estado vacunal⁽¹³⁾

Los niños que provienen de un centro de menores en España tienen con-

troles de salud normalizados y registros de inmunizaciones, como la población general. En los niños que provienen de AI, se valorará la existencia de un registro vacunal escrito, que consideraremos correcto y veraz cuando consten de forma clara las vacunas que ha recibido el niño y las fechas en que fueron administradas, comprobando la coherencia entre la fecha de nacimiento y las fechas de vacunación.

Si no hay constancia clara, no existe un registro escrito o éste es confuso o impreciso, se debe considerar que las vacunas no han sido administradas.

Desarrollo madurativo

Es frecuente la existencia de un retraso madurativo global, sobre todo en niños pequeños que han sufrido una institucionalización precoz o prolongada. Pero, en ausencia de antecedentes de riesgo (exposición a drogas, alcoholismo materno, infección congénita...), enfermedad neurológica, microcefalia o dismorfias, lo habitual es que se corrija. Constituyen signos de alarma que deben orientar a ampliar estudios, los retrasos muy importantes desde el inicio, o la falta de evolución positiva (signos de apego, mejoría de los hitos motores, lenguaje...) durante los primeros meses.

La mayor dificultad es la veracidad o la interpretación de los informes previos a la adopción de un niño extranjero, que puede mostrar incoherencias. Por eso, la simple evaluación del informe médico pre-adoptivo elaborado en el país de origen no es suficiente para valorar el riesgo respecto a la salud física y mental del menor a adoptar.

Aspectos éticos de la adopción y el AF⁽¹⁴⁾

Las situaciones de desamparo son de máxima vulnerabilidad para el niño y máxima responsabilidad para los profesionales que han de tomar las decisiones de sustitución posiblemente de mayor trascendencia en la infancia.

Este contexto plantea múltiples problemas éticos. Proteger a un niño es obligado, pero retirar la tutela de un hijo siempre es doloroso. Mantener a un niño en un centro es privarle de una familia, pero decidir cuál es el “mejor

interés del menor” es complejo. Y resistir la urgencia de organismos y particulares, sin incumplir ningún trámite legal ni forzar las políticas internas de los países menos desarrollados, es imprescindible.

Entre los múltiples puntos que suscitan problemas, destacamos algunos:

- Es tan obvio como necesario asegurar la *adoptabilidad*⁽¹⁵⁾ jurídica del menor: considerar la separación definitiva de la familia de origen y la integración en una nueva, como la última y mejor medida de protección, respetando el *principio de subsidiariedad* (Convenio de La Haya). Este principio prioriza la familia extensa, frente a la familia ajena y las soluciones que permiten al niño permanecer en su país, frente a salir de él. Los trámites son largos y complicados para evitar el riesgo de adoptar un niño sin cumplir todos los requisitos. No hay que olvidar que muchos niños, para ser adecuadamente protegidos, no necesitan una familia nueva, sino que se ayude a la suya a hacerse cargo de él.
- Tener en consideración que la AI no puede ser una solución estructural para los problemas de la infancia en los países menos desarrollados, cuyos sistemas de protección tendrán la prioridad de trabajar con la familia biológica cumpliendo con el Convenio de la Haya. Las instituciones correspondientes deben articular ambas partes desde una premisa clara: existen los derechos del niño pero no el derecho a un niño.
- El proceso de protección del niño desamparado requiere de máxima transparencia y no deberá constituir una fuente de provecho financiero ni de otra índole. Se dará preferencia a la búsqueda de una familia sustitutoria frente al AR, sobre todo si se prevé un internamiento largo o indefinido.
- Las instituciones competentes deben preparar el niño, la familia adoptiva y la familia biológica para la adopción y ofrecer apoyo postadopción, especialmente en niños con necesidades especiales.
- Los medios de comunicación tienen un papel importante en la sensibi-

lización e información a los ciudadanos. Pero deben evitar trivializar y contribuir a todo aquello que pueda constituir la promoción de una moda o el *marketing* en búsqueda de familias adoptivas.

- Frente a las antiguas leyes, las legislaciones modernas anteponen el derecho del niño a conocer sus orígenes al llegar a la mayoría de edad. En España esto queda recogido en la Ley 54/2007 de 28 de diciembre. Indiscutiblemente, es una garantía de transparencia que trata de evitar hechos delictivos, como el secuestro, el tráfico de niños o la adopción ilegal. Pero es muy probable que la búsqueda de los orígenes biológicos en muchos casos, inicie un camino espinoso hacia un destino plagado de incertidumbres y hechos dolorosos que remuevan los cimientos de la identidad innecesariamente.
- Nuestro marco legal reconoce la igualdad entre parejas homosexuales y heterosexuales y hasta el momento no hay estudios que demuestren que la crianza de un niño por una pareja homoparental tenga consecuencias negativas. La Academia Americana de Pediatría se pronunció a favor de la coparentalidad o adopción por segundo padre o madre del mismo sexo en 2002 y recientemente se pronuncia a favor de la adopción por parejas del mismo sexo⁽¹⁶⁾. Una de las críticas a la adopción homoparental argumenta la necesidad de la figura de un padre y una madre para que los niños dispongan de ambos modelos en su desarrollo. Pero la evidencia contraria es clara: la mayoría de las personas homosexuales se han criado en el seno de una familia tradicional con padre y madre. Por otro lado, la Convención de Derechos del Niño recomienda ofrecer continuidad en la educación y en el origen étnico, religioso, cultural y lingüístico del hijo adoptivo. Cultura es un conjunto de representaciones, imaginarios y simbologías de una sociedad determinada, que estructuran una concreta visión del mundo y, en este sentido, probablemente hay más riesgo de ruptura de esa

continuidad cultural en los niños criados por una pareja homoparental, que en aquellos criados según el patrón mayoritario estadísticamente, de padre y madre. Reconociendo tanto la complejidad del tema como la legitimidad de las dudas, lo más prudente sea valorar individualmente cada caso y articular desde las instituciones los intereses de adoptados y adoptantes, partiendo de la premisa general de que existe el derecho del niño a ser adoptado, pero no el derecho a adoptar un niño.

- Las razones para realizar test genéticos deben ser las mismas para los niños adoptados o pendientes de adoptar que para los hijos biológicos. Si hay riesgo claro de enfermedad genética, deben realizarse las pruebas⁽¹⁷⁾. Pero hay que valorar el posible efecto estigmatizante, incluso la pertinencia de realizar test genéticos de enfermedades de inicio en la edad adulta que sólo informan de probabilidad y, sin embargo, pueden reducir las posibilidades de encontrar una familia⁽¹⁸⁾.

Orientaciones para padres, pediatras y profesores

Los padres deben mantener un diálogo veraz durante toda la vida, sin esperar ningún momento oportuno, dando la información que pueda procesar el hijo según su momento evolutivo. Es importante frenar el riesgo constante de construir a un niño vulnerable y atribuir todo a sus antecedentes biológicos.

Es aconsejable que los profesores conozcan que el niño es adoptado. Esta información favorecerá que estén preparados con sensibilidad y respuestas adecuadas en momentos en los que el tema familia, raza o cultura aparezca en las clases o entre sus compañeros.

El pediatra de Atención Primaria o extrahospitalario, salvo excepciones, es el profesional adecuado para hacer el seguimiento de estos niños promoviendo una atención normalizada. Las consultas especializadas cumplen una función puntual para casos especiales.

Finalmente, la adopción, el AF y los distintos modelos de familias actuales, son una oportunidad para incorporar al ámbito escolar y a la sociedad en general los valores de la tolerancia y la diver-

sidad, así como para reflexionar sobre la relatividad de la filiación biológica frente a la fuerza del vínculo afectivo electivo.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.** Selman P. Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010. National Council for Adoption. 2012. Disponible en: <https://www.adoptioncouncil.org/publications/adoption-advocate-no-44.html>
2. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Observatorio de la infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín 13, 2012. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mssi.gob.es/productos/pdf/Proteccion_14.pdf
3. Adopciones nacionales. INE. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- 4.* Martínez González C. Acogimiento familiar, ¿justicia o solidaridad? Revista Pediatría de Atención Primaria. 2008; 10: 703-9. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-875-pdf/988.pdf>
- 5.*** Palacios González J. La transición que no llega. Trabajo Social Hoy. 2010; 1: 13-34.
6. Browne K. A European survey of the number and characteristics of children less than three years old in residential care at risk of harm. Adoption and Fostering. 2005; 29: 23-33.
7. Cuadernos de Pediatría Social. SEPS 2012; 17. Disponible en: <http://www.pediatriasocial.es/Revista/Cuadernos17.pdf>
- 8.** Juffer F. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. JAMA. 2005; 293: 2501-15.
9. Berastegui Pedro-Viejo A. Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid. Consejo Económico y Social Comunidad de Madrid 2003; 30.
- 10.*** Jones VF. Committee on early childhood, adoption and dependent care. Comprehensive Health Evaluation of the Newly Adopted Child Pediatrics. Pediatrics. 2012; 129: e214-e223. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e214.full>
11. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs). Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/facts.html>
12. Jiménez Gil de Muro ST, Moros Peña M, Mínguez Herrero MD. Pubertad precoz en niñas adoptadas de países en vías de desarrollo. Carta al editor. An Pediatr (Barc). 2004; 60: 378.

- 13.*** Alberola S, Berastegui A, Aranzábal M, Cortes A, Fumadó V, García M, et al. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2008. Disponible en: <http://www.coraenlared.org/index.php?id=79>
- 14.** Díaz Huerta JA, Martínez González C. La adopción infantil y el acogimiento familiar: responsabilidad, solidaridad y justicia. En: De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (eds). Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha; 2010. p. 287-94.
15. Gómez Bengoechea B. Adoptabilidad. En: Adopciones, familias e infancia. AFIN Newsletter 11, 2010.
16. Committee on psychosocial aspects of child and family health. Promoting the Well-Being of Children Whose Parents Are Gay or Lesbian. Pediatrics. 2013; 131: 827-30. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/4/827.long>
17. Ethical and Policy Issues in Genetic Testing and Screening of Children. Committee on Bioethics, Committee on Genetics and, the American College of Medical and Genomics Social, Ethical and Legal Issues Committee. Pediatrics. 2013; 131: 620. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/620>
18. García-Muñoz Rodrigo F, et al. Medicina predictiva potencialmente maleficente. An Pediatr (Barc). 2011; 75(5): 347-54. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/revista/anales-pediatria-37/medicina-predictiva-potencialmente-maleficente-90035101-cartas-al-editor-2011>
19. Hernández Merino A. Niños procedentes de adopción internacional; niños con necesidades especiales, pero no niños especiales. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003; 5: 545-51. http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPp-m2684yjmAZ-Jjz_xvYK0

Bibliografía recomendada

- Alberola S, Berastegui A, Aranzábal M, Cortes A, Fumadó V, García M, et al. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2008. Disponible en: <http://www.coraenlared.org/index.php?id=79>

Guía promovida por la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA) dirigida al profesional sanitario de Atención Primaria. Realizada por consenso entre múltiples profesionales con experiencia en adopción. Ofrece un panorama muy completo de todos los aspectos relacionados con la adopción internacional hasta 2008.

Caso clínico

Niña de 18 meses recién llegada de China a una familia española compuesta por padre y madre sin hijos.

Proviene de un orfanato y aporta un informe escueto que, traducido, indica que se desconocen los antecedentes familiares, no ha presentado patologías previas y tiene “todas las vacunas correctas”.

Realiza la primera visita al pediatra de Atención Primaria al día siguiente de su llegada, que recoge los datos que aporta y una primera exploración física. La niña tiene un excelente estado general, con buena coloración de piel y mucosas, sin malformaciones aparentes, con auscultación cardiopulmonar, abdomen, genitales y exploración neurológica normal. Los datos antropométricos están en el límite inferior de la normalidad: peso de 9,100 kg (P3), talla de 75 cm (P3). Presenta un leve retraso madurativo global: a nivel motor anda con apoyo y dice algunas palabras sueltas que no se entienden. No manifiesta conductas de apego y sonríe de forma inespecífica sin mostrar preferencias por nadie.

El pediatra programa la siguiente visita dos semanas después, dado que no hay ni signos ni síntomas de enfermedad aguda.

En la segunda visita los padres manifiestan que no duerme casi por la noche, pero se queda en la cuna sin llorar

ni reclamar atención. Se adapta a los ritmos de comidas fácilmente aunque come muy poca cantidad de todo. Está asintomática, excepto diarrea leve, con una o dos deposiciones al día de consistencia blanda.

Se pide una analítica general, hematología y bioquímica con anticuerpos anti gliadina y antitransglutaminasa. Serologías VHB, VIH y luética. Parásitos en heces, Mantoux y se inician inmunizaciones siguiendo el calendario vacunal de la Comunidad de Madrid.

3ª visita a las 72 h: Mantoux negativo.

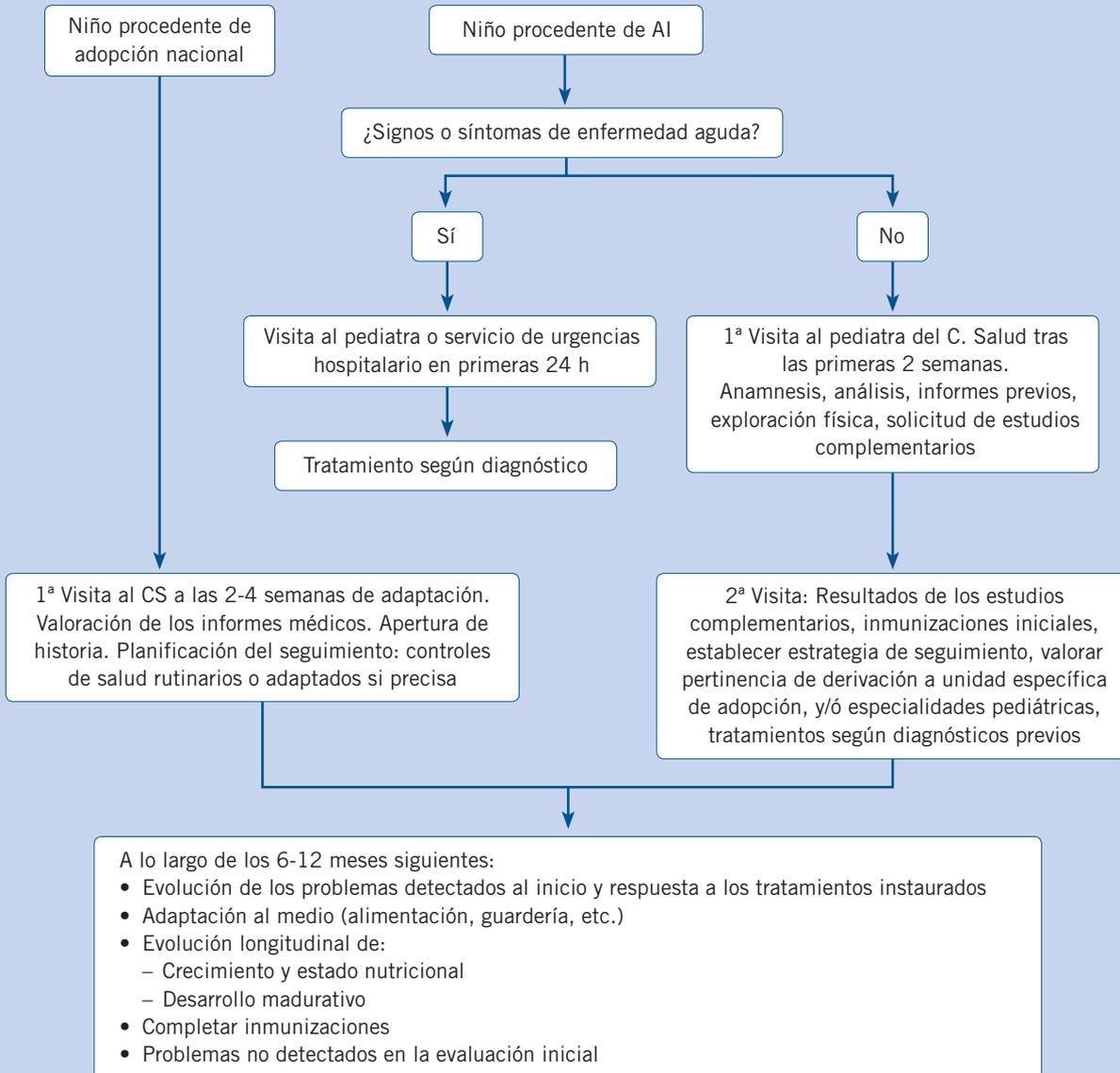
4ª visita para resultados, a los 10 días: analítica normal.

5ª visita al mes para seguimiento de adaptación. La niña duerme y come bien, las deposiciones son normales, manifiesta conductas de apego con ambos padres, inicia marcha liberada y dice 4 palabras con sentido.

El pediatra programa la siguiente visita a los 2 años de vida dentro del programa de salud infantil, dada la buena evolución de la niña.

En la actualidad tiene 4 años, ha iniciado la escolarización normal, tiene un lenguaje fluido, duerme bien, come de todo, se relaciona bien con iguales y se ha integrado perfectamente en su familia nuclear y ampliada. El crecimiento es adecuado, permaneciendo los datos antropométricos en el percentil 3.

Protocolo de adopción



Modificado de *Guía Consensuada de Pediatría en Adopción, 2008*. Coordina Alberto Núñez López, Ministerio de Educación y CORA.

Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación

H. Paniagua Repetto

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud "Dávila". Santander



Resumen

Los niños y adolescentes de las actuales generaciones han sido considerados como *nativos digitales*, al estar inmersos desde sus primeros años de vida en las tecnologías de la comunicación y la información (TIC). El contacto precoz y el uso generalizado que hacen de estos soportes han propiciado que su manera de relacionarse con el entorno familiar y social y con el mundo en general sea diferente al de las generaciones anteriores. El uso de estas tecnologías ofrece indudables beneficios que van acompañados de no desdeñables riesgos y daños que deben ser conocidos y valorados por padres, educadores y personal sanitario. Entre estos, destacan cuestiones tan sensibles como la recepción de información inexacta, la intimididad y la seguridad, el acceso a contenidos inadecuados o perjudiciales para la edad y el acoso cibernético. El pediatra de atención primaria puede jugar un importante papel potenciando el uso adecuado de las TIC, intentando así minimizar las consecuencias negativas que una utilización no apropiada de estas tecnologías puede provocar en el desarrollo psicofísico y social de los niños y adolescentes.

Abstract

Children and adolescents in the current generations have been considered as digital natives, to be immersed from his early life in the information and communication technologies (ICT). Early contact and the widespread use that make these supports have led to that their way of interacting with the family and social environment and the world in general is different from that of previous generations. The use of these technologies offers undoubted benefits that are accompanied by considerable risks and damage that must be known and valued by parents, educators and medical personnel. These include such sensitive issues as the receipt of inaccurate information, privacy and security, access to inappropriate or harmful content for age and cyber bullying. Primary care pediatrician can play an important role in promoting the proper use of ICT, trying to minimize the negative consequences which could result in a not appropriate use of these technologies in the psycho-physical and social development of children and adolescents.

Palabras clave: Tecnologías información y comunicación; Infancia; Adolescencia.

Key words: Information and communication technologies; Childhood; Adolescence.

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 686-693

Introducción

Desde la aparición de las primeras pantallas, ha preocupado el impacto que puede provocar su uso en los menores, acrecentado en la actualidad por el uso generalizado de las nuevas tecnologías.

El impacto que el uso de las tecnologías de la comunicación y la información (TIC) podría ocasionar a niños y adolescentes ha preocupado desde que se comenzó a popularizar su uso. Datan de alrededor de 1930 los primeros estudios relacionados con la

influencia que el cine podría causar en edades tempranas de la vida. Años más tarde, con la aparición y el uso cada vez más extendido de la televisión, creció la preocupación por las consecuencias que el consumo abusivo de este medio podría tener entre la población más joven;

al mismo tiempo, se valoraron también sus ventajas como nuevo elemento favorecedor de la educación y de una nueva relación con el mundo exterior. Posteriormente, los videojuegos ocasionaron similares inquietudes en relación con las consecuencias que su utilización traería entre los menores.

Desde finales del siglo XX, nuevas preocupaciones han surgido por el uso generalizado que niños y adolescentes hacen de las nuevas TIC.

Los nativos digitales y la generación interactiva

Los niños y adolescentes entienden la búsqueda de información, la comunicación y el ocio y entretenimiento de manera diferente a las generaciones anteriores.

Mark Prensky acuñó, en 2001, el término *nativo digital* para referirse a las generaciones nacidas, a partir de los años finales del siglo XX, inmersas en las nuevas tecnologías. En contraposición, definió a los *inmigrantes digitales* como aquellas personas pertenecientes a las generaciones previas al desarrollo de esas tecnologías y que debieron adaptarse a esa nueva situación, con mayores o menores dificultades, pero sin poder salvar enteramente la distancia con los más jóvenes en relación al desarrollo tecnológico⁽¹⁾.

En 2004, este autor identificó las áreas en que se observan diferencias entre los *nativos e inmigrantes digitales*; son, entre otras, las referidas a la comunicación, el aprendizaje, la socialización, la búsqueda de información, los juegos y las compras. Afirmaba que, por el uso de las TIC, la forma de pensar de las nuevas generaciones había cambiado y era diferente a la de los mayores. Aunque Prensky hacía estas consideraciones desde el mundo de la educación y las refería a la brecha digital que se había abierto entre las generaciones jóvenes y sus profesores, pueden ser de utilidad estos conceptos para comprender cómo viven las nuevas tecnologías niños y adolescentes desde el punto de vista de los adultos⁽²⁾.

Parece irreversible el proceso que ha llevado a las jóvenes generaciones a protagonizar en primera persona la revolución que ha significado el desarrollo de las TIC. Los adultos han intentado adap-

tarse a esta nueva situación, con mayor o menor éxito, pero sin llegar a comprender, en muchos casos, que niños y adolescentes puedan estar atentos en forma simultánea a las diversas pantallas a las que tienen acceso y que su forma de pensar ha cambiado en relación con los jóvenes de anteriores generaciones, convirtiéndose en la denominada generación interactiva⁽³⁾.

Uso de las pantallas

El uso de las pantallas es generalizado desde edades tempranas, prefiriendo en la adolescencia las nuevas tecnologías en detrimento del televisor.

Televisión

La práctica totalidad de los hogares poseen un televisor, existiendo un segundo aparato de televisión en un 73,5% de ellos. Cerca de la mitad de los niños y adolescentes disponen de esta pantalla en el dormitorio o cuarto de estudio y, ya entre los 10 y 12 años, declaran tenerla el 28%⁽³⁻⁵⁾. Los menores pasan varias horas al día frente a esta pantalla, sobre todo los más pequeños, llegando a estar, entre los 4 y 12 años, 2 h 44 m cada día frente al televisor⁽⁶⁾. En edades mayores, disminuye este consumo y, entre los 10 y 18 años, la mayoría destina menos de dos horas diarias a esta actividad. Merece ser destacado que un número no despreciable de niños y adolescentes, el 20%, ven televisión a partir de las 22 h en días no festivos, cifras que se duplican los fines de semana⁽⁵⁾.

Entre las preferencias por la programación, los dibujos animados destacan entre los más pequeños y a edades mayores, las películas de ficción y las series de televisión, más elegidas por las chicas, y el deporte, más escogido entre los chicos. Además, un tercio de los menores manifiesta su interés por los *reality show*, competiciones y programas concurso⁽³⁾.

En España, el menor está protegido legalmente frente a los contenidos de la programación televisiva en el horario de 6 a 22 h, según la Ley 7/2010 de 31 de marzo. Ese amparo se ve reforzado de lunes a viernes de 8 a 9 h y 17 a 20 h y los festivos de 9 a 12 h. Sin embargo, en esas horas, niños y adolescentes

tienen acceso a programas dirigidos a adultos en horario de protección al menor, incluidos en los de protección reforzada.

Videojuegos

Los primeros videojuegos aparecieron hace más de cuarenta años y han evolucionado, desde las primitivas consolas, utilizadas inicialmente como soporte, hasta la sofisticación actual, en que es posible jugar en videoconsolas, en el ordenador o en línea y mediante el teléfono móvil. Son utilizados por el 90% de los niños de 6 a 9 años y lo hacen mayoritariamente mediante videoconsolas. Este porcentaje va disminuyendo a medida que se avanza en edad y entre los 10 y 18 años lo usan el 61%, utilizando como soporte fundamentalmente el ordenador o juegan en línea. Durante los días lectivos, dedican a esta actividad menos de una hora diaria la tercera parte de los menores, pero un 23% de ellos los utilizan entre una y dos horas al día. Mayoritariamente son varones y juegan en solitario más de la mitad de ellos y el resto con amigos, hermanos o padres⁽³⁾.

La temática preferida es la aventura, seguida por los deportes y la lucha, siendo la mayoría de los soportes utilizados copias no legales. Una tercera parte reconoce jugar con videojuegos para mayores. Probablemente, como consecuencia de ello, más de la mitad de los menores reconoce jugar con videojuegos en que se daña, tortura o mata a las personas, un 20% juega con aquellos en los que se utiliza violencia extrema frente a niños, embarazadas y ancianos, y un porcentaje inferior en los que se consumen drogas de forma normalizada⁽³⁾.

El uso adecuado de los videojuegos, por parte de los menores, no está protegido por leyes específicas que regulen o controlen su calificación por edad de acuerdo a su contenido. Dicha protección está regulada voluntariamente en todo el mundo por las propias empresas productoras de estos soportes.

En Europa, la mayoría de los fabricantes de consolas y editores y desarrolladores de juegos interactivos están adheridos voluntariamente al sistema "PEGI" (Información paneuropea sobre juegos). Así, se clasifican los vi-

de juegos valorando su idoneidad en relación a su contenido, como recomendados para mayores de 3, 7, 12, 16 y 18 años, independientemente de su nivel de dificultad. “PEGI online” es un complemento al anterior y ofrece la misma información sobre los videojuegos en línea. En Estados Unidos de América, también son los propios fabricantes quienes autorregulan la idoneidad de los videojuegos para las distintas edades, según su contenido, a través de la Junta de Clasificación de Software de Entretenimiento (ESRB).

Ordenador e Internet

La utilización del ordenador y el acceso a Internet en la infancia y adolescencia se ha generalizado en la última década. Los hogares con hijos menores de edad disponen de esta pantalla en cifras muy superiores a la media española de ordenadores en las viviendas; además, ellos hacen un mayor uso de este dispositivo que sus padres^(4,7).

A los cuatro años de edad, el 30% de los niños usan el ordenador y el 20% acceden a Internet, entre los 10 y 15 años el 96% disponen de este soporte y se conecta a la red una gran mayoría (Fig. 1). La mitad lo hace casi a diario incrementando la frecuencia de su uso a medida que aumenta la edad⁽⁷⁾.

Acceden desde su casa en primer lugar el 80%, desde el aula como segunda opción el 50% y, en menor medida, desde casas de amigos y familiares. La gran mayoría navega por Internet en solitario y cerca de la mitad de los accesos a la red desde el hogar se realizan desde una habitación no compartida. La media de uso diario de la red entre los 9 y 16 años es de 71 minutos, no observándose diferencias notables de género. El tiempo dedicado a la red se va incrementando con la edad, siendo menor de una hora por debajo de los diez años y superando los noventa minutos a partir de los quince años⁽⁷⁾.

El acceso a la red se efectúa desde un ordenador, propio o compartido, siendo muy bajo el porcentaje de menores que actualmente lo hacen mediante la telefonía móvil u otro dispositivo portátil. La conexión a Internet en la infancia y adolescencia se hace por tres motivos principales, como son: búsqueda de información, comunica-

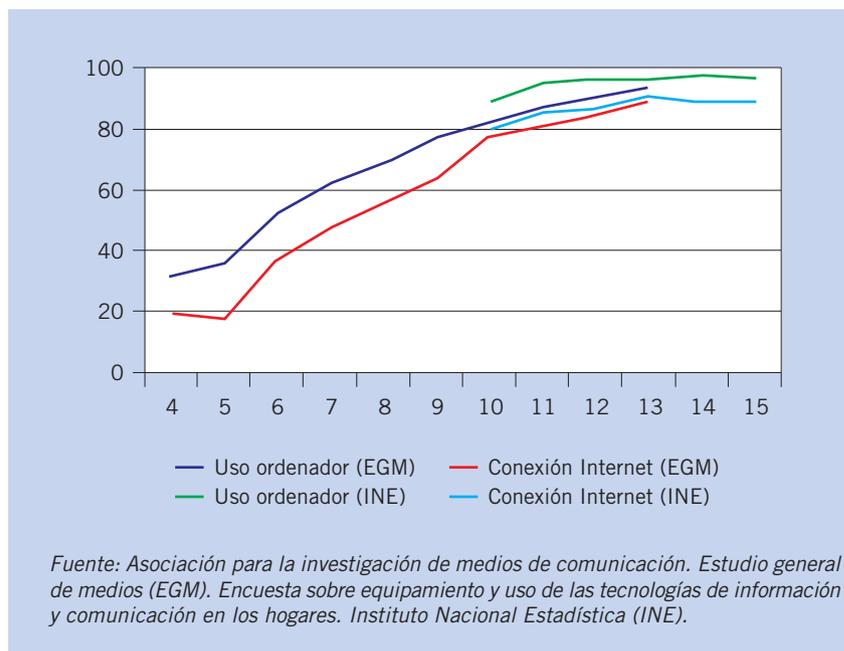


Figura 1. Uso del ordenador y conexión a Internet en España entre los 4 y 13 años y entre los 10 y 15 años según encuestas EGM e INE, respectivamente.

Tabla I. Progresión de las actividades en Internet de los niños y adolescentes europeos

1. El 100% comienzan a usar Internet para sus trabajos escolares y videojuegos, solos o contra el ordenador
2. Posteriormente, el 86% añaden la visualización de *videoclick*, se inicia el uso de Internet como vehículo de información y entretenimiento
3. El 75% utilizan la red, además, como medio de comunicación, mediante redes sociales, mensajería instantánea o correo electrónico y para consultar noticias
4. El 56% añaden los juegos en línea con otros menores, descargan películas y música y realizan contactos con sus pares a través de *webcam* y colgar mensajes en el muro de una red social
5. Finalmente, un grupo más reducido, el 23%, hacen un uso más avanzado y creativo de Internet. Chatean, comparten o intercambian archivos, publican blogs o pasan tiempo en un mundo virtual

Fuente: EU Kids on line; 2011.

ción y ocio. Así, obtienen ayuda en las tareas escolares, mantienen o aumentan sus relaciones sociales a través de la red y la utilizan como una forma de entretenimiento, donde los videojuegos y videoclips tienen un destacado papel^(3,7). A partir de los 13 años y en toda la adolescencia, aumentan las actividades de ocio y el uso de las redes sociales, siendo muy frecuente en estas edades: chatear, visitar un perfil social, usar el correo electrónico y descargar música o películas^(3,7). La tabla I muestra la progresión del uso de Internet que hacen los niños y adolescentes europeos.

Teléfono móvil

El uso del teléfono móvil se ha expandido en la última década en la población general y lo ha hecho también desde edades muy tempranas. Lo posee la tercera parte de los niños entre los seis y nueve años, porcentaje que se eleva al 80% a los doce años, siendo su utilización generalizada a partir de los 16 años, con mayor penetración en el sexo femenino (Fig. 2)^(3,4). Los más pequeños lo usan para comunicaciones telefónicas, como plataforma de videojuegos y, con menor frecuencia, para el envío de mensajes. Los mayores, para comunicarse mediante conversa-

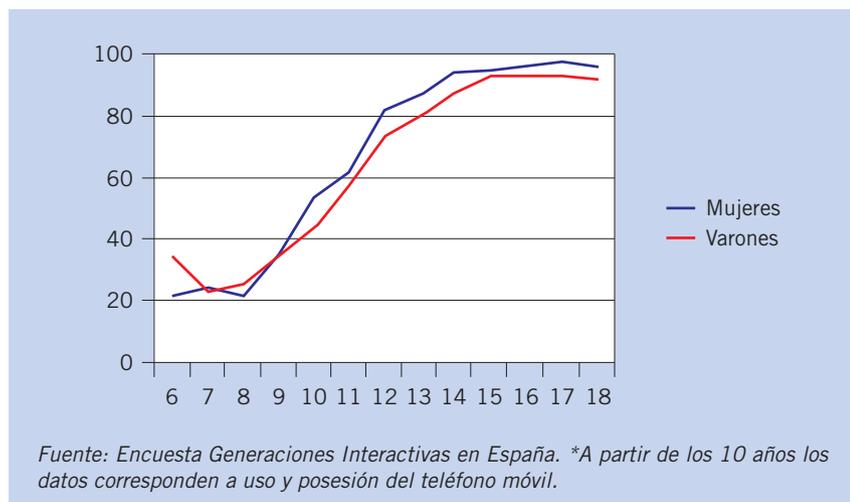


Figura 2. Uso del teléfono móvil por niños y adolescentes españoles por edad y sexo (%)*.

ción o a través de mensajes, como una forma de ocio y entretenimiento y la obtención de fotos y videos. Son sus interlocutores, entre los más pequeños, sus padres u otros familiares, y en la adolescencia, fundamentalmente los amigos y la madre. Sólo la mitad de los menores refieren apagarlo en clase y una tercera parte de ellos duermen con el teléfono encendido. La mitad de los menores envía casi a diario un mensaje SMS durante los días lectivos, contacto que aumenta considerablemente los fines de semana⁽⁸⁾.

Utilización y preferencia de las diversas pantallas

Los niños y adolescentes destinan cada día un número importante de horas al uso de las pantallas de las que disponen. Entre los diez y dieciséis años, la pantalla más utilizada es el televisor, seguida muy de cerca por el ordenador y, a más distancia, por el teléfono móvil, dedicando casi la mitad de ellos alrededor de cuatro horas al día al uso de estos tres soportes⁽⁸⁾.

Gradualmente se incrementa, a mayor edad, la preferencia por las nuevas TIC en detrimento del televisor. Ante la disyuntiva de elección entre la televisión e Internet, los adolescentes se decantan por este último. Si la decisión debiera tomarse entre la televisión y el teléfono móvil, los varones preferirían el televisor y las mujeres el teléfono. Entre internet y el teléfono móvil, optan mayoritariamente por la red⁽³⁾.

Beneficios y riesgos del uso de las pantallas

El uso de todas las pantallas ofrece indudables beneficios que van de la mano con riesgos que son consecuencia generalmente de una inadecuada utilización.

Televisión

La televisión fue la primera gran ventana al mundo en la que niños y adolescentes, a partir de la segunda mitad del siglo XX y desde sus hogares, comenzaron a percibir distintas realidades insospechadas hasta ese momento. Este medio creó grandes expectativas frente a los efectos positivos que tendría en estas edades. A través de esta pantalla, pueden conocer otros mundos, reales o ficticios, recibir información fácilmente asimilable y tener a su disposición un complemento a su formación y su educación. Además de servir como entretenimiento, sirve para promover conductas sociales adecuadas de comportamiento y fomentar la cooperación⁽⁹⁾.

Se han descrito diversos riesgos provocados fundamentalmente por un uso inadecuado de este medio. Los niños más pequeños pueden no discriminar la realidad de la ficción y todos, incluidos los adolescentes, son vulnerables frente a los mensajes recibidos, incluidos los publicitarios, que pueden influir negativamente en sus comportamientos, además de fomentar el consumismo. Puede dificultar la comunicación familiar y restar tiempo para el juego, la lec-

tura, el deporte o el paseo. El progresivo acercamiento a la sexualidad del menor puede verse distorsionado por escenas que no alcanza a comprender. La visualización de la violencia, muy frecuente en la televisión puede aparecer como un hecho aceptable y cotidiano para dirimir disputas o ser una conducta a imitar. El exceso de horas frente al televisor ha sido relacionado con un mal rendimiento académico y con conductas agresivas y violentas. La exposición reiterada a la violencia es un riesgo de conductas agresivas a corto y largo plazo, pero no todos los niños y adolescentes expuestos a ella las padecerán; por lo que, hay que considerar otros factores ajenos a esta tecnología, personales o sociales, como inductores de estos comportamientos. Como actividad sedentaria, acompañada generalmente de un consumo de alimentos no recomendados, puede provocar sobrepeso u obesidad⁽⁹⁾.

Videojuegos

Diversos aspectos positivos destacan en esta pantalla, siendo en primer lugar una manera de entretenimiento y diversión. Su utilización favorece la coordinación óculo motora, estimula la memoria, la toma de decisiones y refuerza el control personal, además de potenciar la autoestima. Desde el punto de vista social, es un facilitador de las relaciones. Tienen, además, un gran potencial educativo, siendo, además, de utilidad como un medio de aprendizaje encubierto en menores conflictivos o con dificultades para aceptar métodos educativos tradicionales⁽¹⁰⁾.

Existen riesgos provocados por la utilización de los videojuegos asociados con el tiempo dedicado a ellos y por su contenido. Un uso excesivo quita horas para el estudio u otras actividades lúdicas o deportivas. Otro riesgo es el provocado por no estar adaptada su temática a la edad del usuario o a su nivel madurativo, como puede ocurrir con aquellos con alto contenido violento. Desde su aparición se ha considerado al videojuego como un inductor de conductas egoístas, impulsivas, agresivas y violentas⁽¹¹⁾. Otros investigadores, sin embargo, relacionan estos comportamientos con rasgos particulares de la personalidad del menor y conductas anómalas previas a la utilización de este

soporte, unido a un uso inadecuado por su contenido y el tiempo dedicado⁽¹²⁾.

Ordenador e Internet

El ordenador y la conexión a Internet ofrecen indiscutibles beneficios a niños y adolescentes. Son una ayuda en las tareas escolares, ofreciendo información general o específica, además de ser utilizados como entretenimiento o diversión y ayuda para las relaciones interpersonales. Favorece la socialización mediante la conexión con amigos y familiares y la posibilidad de hacer nuevos amigos. A través de la red, pueden expresar sus ideas con respeto y tolerancia y mejorar su rendimiento académico contactando con compañeros de estudio o profesores.

Entre los riesgos que se describen por su uso, destacan recibir información inexacta o falsa y el acceso a contenidos que pueden ser inadecuados o potencialmente perjudiciales. Entre estos últimos, aquellos que incitan a la violencia o al odio, que promueven conductas alimentarias no saludables o relacionadas con la drogadicción o con contenido pornográfico. Otras cuestiones preocupantes son el uso inadecuado de las redes sociales y las cuestiones referidas a la seguridad e intimidad del menor, principalmente la cesión de datos personales y el contacto y/o concertación de citas con desconocidos. Como actividad sedentaria, está asociada con el sobrepeso y la obesidad, y una presencia prolongada ante el ordenador puede llevar a la pérdida de la noción del tiempo y, si es diariamente, conducir al aislamiento familiar o social⁽⁷⁾.

Teléfono móvil

El teléfono móvil inicialmente fue usado por las familias como una manera de supervisión y control de sus hijos y paulatinamente los menores lo han convertido en un instrumento de autonomía que les permite la conexión inmediata con sus pares y una herramienta más a su disposición para el ocio y entretenimiento⁽⁸⁾.

Es una excelente forma de comunicación con sus pares y familiares y de obtener ayuda ante una emergencia, además de recibir información si existe conexión con la red. Puede ser utilizado como instrumento de ocio y

entretenimiento, usando videojuegos o escuchando música, además de una conexión para solicitar ayuda ante una emergencia⁽⁸⁾.

El riesgo más preocupante, desde su gran expansión entre los menores, fue el de los efectos nocivos en la salud que podrían causarles las radiaciones ionizantes emitidas. La Organización Mundial de la Salud ha alertado recientemente sobre el posible efecto carcinogénico de los campos electromagnéticos de estos dispositivos. No hay evidencia científica actual de esta relación en niños y adolescentes, pero la prudencia indicaría que debe hacerse un uso racional en el tiempo⁽¹³⁾.

Puede existir un uso inadecuado en clase, un uso abusivo de la mensajería instantánea y de las redes sociales, incluida la utilización de *chats* instantáneos como WhatsApp®. Los menores pueden caer en el consumismo de múltiples aplicaciones o accesorios para su teléfono, o un gasto exagerado por su utilización. La recepción o envío de imágenes de fotografías o vídeos a través del teléfono móvil, con mayor o menor contenido sexual, conocido como *sexting*, pueden llegar a ser comprometedoras y declaran haberlas recibido el 9% de los adolescentes^(7,8,14).

Las redes sociales

El uso de las redes sociales por parte de los adolescentes se ha generalizado, pero no se ha desarrollado para colaborar en las tareas escolares o como herramienta educativa.

Las generaciones anteriores de niños y adolescentes han estado relacionadas durante muchos años con una sola pantalla, el televisor, a la que se añadió posteriormente la videoconsola y, en las últimas generaciones, se han sumado las nuevas TIC, como el ordenador con acceso a Internet y la telefonía móvil. Como colofón a esta progresión tecnológica, han surgido en los últimos años las redes sociales, después de una etapa inicial en que la mensajería instantánea y los *chats* iniciaron la comunicación directa a través de la tecnología. Este hecho es consecuencia del protagonismo que quieren asumir los menores en la red y no ser meros receptores de información, configurando lo que se ha

llamado la Web 2.0. El mayor uso de las redes sociales está relacionado directamente con una mayor disposición tecnológica existente en el hogar.

La presencia de los adolescentes en las redes sociales se ha generalizado en los últimos años. En España, la más seguida es Tuenti®, a excepción de Cataluña donde la más utilizada es Facebook®. A partir de los 14 años, alrededor del 80% de los adolescentes tienen un perfil en una red social, porcentaje que se va incrementando con la edad. La mayoría refiere tener un perfil privado al que sólo sus amigos pueden acceder, un 6,7% refieren tener contactos con desconocidos, de los cuales el 8% han quedado o citado con ellos. En España, es ilegal participar en una red social en edades inferiores a los 14 años, sin embargo, el 42% de menores entre los once y doce años afirman tener dicho perfil^(7,14).

Estas redes son muy utilizadas, conectándose varias veces al día el 39%, con más frecuencia las mujeres. El motivo principal es contactar con amigos y con personas a las que se ve esporádicamente, siendo una opción muy poco referida el conocer nueva gente. Las actividades preferidas son enviar mensajes privados y compartir y comentar fotos. A pesar del intenso uso de las redes sociales por los adolescentes, sus preferencias para las actividades de ocio son salir con amigos y practicar deporte^(7,14).

Los beneficios que brinda su uso están relacionados con la comunicación, al estimular el diálogo, y con la cooperación, al promover acciones compartidas e integrar grupos afines. Es, además, una herramienta aún no desarrollada para las tareas escolares y también una potente herramienta didáctica. Como efectos no deseados, implica estar más tiempo en la red y un mayor uso del teléfono móvil, sin dedicar por ello menos horas a la televisión y los videojuegos. Por lo tanto, disminuye necesariamente la dedicación al estudio, a la lectura y a las relaciones intrafamiliares. Entre los riesgos destacan, como se refirió en relación al uso de la red, las cuestiones de seguridad y privacidad, que preocupa a los adolescentes. Más de la mitad de ellos cree que en una red social puede correr peligro su privacidad e intentan protegerla⁽¹⁴⁾.

Uso problemático de las TIC

El uso abusivo de las TIC puede dar lugar a conductas adictivas, asociadas frecuentemente con psicopatologías previas.

La utilización de las nuevas TIC puede dar lugar a conductas adictivas que, generalmente, ocurren en aquellos menores con psicopatologías previas y no como consecuencia del uso de la propia tecnología.

La conducta adictiva a Internet es definida como un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre su uso. Esta conducta conduce paulatinamente al aislamiento y al descuido de las relaciones sociales, de las académicas, recreativas, de la salud y de la higiene personal. Se detecta en el 1,2% de los adolescentes europeos y el 12,7% están en riesgo de presentarla⁽¹⁵⁾.

En relación al teléfono móvil, no hay consenso en la literatura sobre la patología que subyace en un uso excesivo; para algunos, es un uso abusivo que puede llegar a tener cierta dependencia psicológica, pero no una conducta adictiva; otros lo consideran un trastorno adictivo, ya que, cumpliría criterios diagnósticos del DSM-IV, como la abstinencia, la falta de control y problemas derivados de su uso⁽¹⁶⁾.

Otro motivo de discrepancia es el relacionado con la adicción a los videojuegos. Para algunos autores, existe un patrón de uso excesivo o abuso sin llegar a la adicción como tal. Otros describen conductas adictivas, con una sintomatología que, aunque no consensuada, estaría dada por trastornos depresivos, ansiedad y hostilidad, habiéndose observado su asociación con TDAH, siendo, además, su padecimiento una predicción significativa^(12,17,18).

Riesgos y daños de las nuevas TIC

Los mayores riesgos de las nuevas TIC son los contactos no deseados, accesos a contenidos perjudiciales, la seguridad y el acoso.

Los beneficios que ofrecen las nuevas TIC van de la mano con nuevos riesgos y, como consecuencia de ellos, se pueden producir daños. Los mayores riesgos a que se ven sometidos los menores son los contactos con desconoci-

Tabla II. Tipos de ciberacoso: *ciberbullying* y *grooming*

Ciberbullying

- La situación de acoso se dilata en el tiempo, excluyendo acciones puntuales
- El acoso no tiene elementos de índole sexual
- Víctimas y acosadores son de edades similares
- El medio utilizado para llevar a cabo el acoso es tecnológico

Grooming

- Se inicia con una relación de amistad para ganar la confianza del menor
- Posteriormente se profundiza esa relación obteniendo referencias sobre la vida, costumbres y datos íntimos del acosado
- Se consigue el envío de fotografías o vídeos de contenido sexual
- A partir de ese momento, se inicia el chantaje al menor, exigiendo el envío de más material comprometedor y, en algún caso, se llega al contacto físico

Fuente: Pantallas amigas.net. Guía legal sobre ciberbullying y grooming. Observatorio de la seguridad de la información. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Gobierno de España.

dos, seguido por el acceso a contenidos potencialmente perjudiciales, el acceso a imágenes sexuales, el uso indebido de datos y el acoso.

Los menores que se han sentido dañados por el uso de las nuevas TIC indican como primera causa el provocado por el acoso cibernético (90%), seguida por la visualización de imágenes sexuales (32%) y, en menor medida, la recepción de mensajes sexuales y las consecuencias no deseadas de las citas con personas conocidas en la red⁽⁷⁾.

Acoso cibernético

La gran expansión de las nuevas TIC y de las redes sociales entre niños y adolescentes ha dado lugar a la posibilidad de que estos puedan sufrir algún tipo de acoso que, sin ser nuevo en estas edades, lo es en relación a que se produce con la tecnología como vehículo.

Ciberbullying

Es una conducta de acoso entre iguales en el entorno TIC entre menores, que incluye chantaje, vejaciones e insultos. El riesgo de padecer *ciberbullying* no es alto, comparado con otros a los que se enfrentan los niños y adolescentes en la red; sin embargo, entre el 4 y el 5,9% de ellos lo han sufrido y lo han provocado el 2,9% de los menores⁽¹⁵⁾.

Se realiza mediante la difusión de información lesiva o difamatoria o la publicación de vídeos o fotografías. Cualquier medio es válido, utilizándose el correo electrónico, la mensajería

instantánea o las redes sociales y deben concurrir determinadas condiciones que se recogen en la tabla II⁽¹⁹⁾.

Grooming

Es el acoso ejercido por un adulto a un menor y es realizado deliberadamente para establecer una relación y un control emocional con el fin de preparar el terreno para el abuso sexual del menor. Los padres refieren en encuestas que el 2,1% de los menores han estado expuestos a *grooming*, mayoritariamente por adultos que simulan ser niños, seguido por acudir a citas a solas con adultos o desconocidos y, en menor medida, por haber sido objeto de acoso sexual⁽¹⁶⁾. Cualquier medio es válido y se realiza mediante la secuencia recogida en la tabla II⁽¹⁹⁾.

Actitud frente al ciberacoso

Ante la sospecha de ciberacoso, la prioridad será atender al menor ofreciéndole ayuda y procurando que no tenga un sentimiento de culpa por la situación, además de evitar nuevos contactos con el acosador. Se buscarán apoyos de sus iguales y se actuará en forma coordinada con la familia y la escuela. Ante un caso de *ciberbullying*, la familia y el acosado valorarán la conveniencia de judicializarlo; si se está frente a una situación de *grooming*, debería ser denunciado el hecho inmediatamente por estar implicado un mayor de edad y porque probablemente esté acosando o lo hará en un futuro a otros menores⁽¹⁹⁾.

Tabla III. Consejos a los padres para un uso racional de las TIC

1. Evitar el uso de las pantallas por debajo de los dos años de vida
2. A partir de los dos años, limitar el uso de las pantallas a 1-2 h diarias
3. Los dormitorios deberán estar libres de pantallas, que estarán ubicadas en sitios comunes de la vivienda. Dentro de lo posible, se hará una visualización conjunta de ellas con los menores y se discutirá su contenido
4. El menor deberá ser ayudado a discernir sobre la información inexacta o falsa y alertado sobre contenidos perjudiciales que se pueda encontrar en la red
5. Los videojuegos deberán ser adecuados para cada edad según el código PEGI
6. El teléfono móvil deberá ser usado prudentemente por los probables efectos dañinos de las radiaciones ionizantes emitidas
7. Los menores deben conocer los riesgos de seguridad y la probable invasión de la intimidad por el uso de las redes sociales
8. Los menores no deben ser considerados como víctimas pasivas de los riesgos del uso de las TIC, sino ser parte del problema y de la solución
9. Se debe procurar utilizar estrategias activas para un buen uso de las TIC, antes que soluciones de urgencia ante los problemas que pueda plantear su utilización
10. El niño deberá ser protegido de los peligros inherentes al uso de las tecnologías al igual que se le protege en la vida real. Progresivamente, deberá adquirir responsabilidades en su uso para no correr riesgos innecesarios o sufrir daños por una inadecuada utilización

Fuente: American Academy of Pediatrics. *Protégeles.com*. *Pantallas amigas.net*.

Uso racional de las TIC en la infancia y adolescencia

Es innegable que la irrupción de las TIC, que permite la conexión inmediata con el mundo, ha modificado sustancialmente las relaciones humanas y brinda nuevas y extraordinarias experiencias desde la infancia. Niños y adolescentes las utilizan desde edades tempranas y obtienen importantes beneficios para su desarrollo, su educación y es una ayuda en las relaciones sociales, además de ser una de las maneras de ocio y diversión. Paralelamente, hay riesgos evidentes y se pueden producir daños relacionados con un uso inadecuado; por lo que, se debe potenciar un uso racional y responsable de esta moderna tecnología desde los primeros años de la vida. Progresivamente, a lo largo de la infancia y adolescencia, se les deberá responsabilizar para evitar riesgos innecesarios y daños por una inadecuada utilización.

Función del pediatra de Atención Primaria

Desde los primeros contactos con el niño y su familia, el pediatra de Atención Primaria puede potenciar un uso racional y responsable de las TIC en función de la edad del niño, aconsejando que no tenga relación con las pantallas por debajo de los dos años de vida y, en

edades posteriores, que su utilización sea controlada y adecuada, no superando las dos horas diarias⁽²⁰⁾ (Tabla III). A lo largo de la infancia y la adolescencia, puede detectar precozmente un uso indebido de las TIC y la exposición a riesgos o la presencia de posibles daños y actuar en consecuencia. Además, por su posición privilegiada ante las familias y la sociedad, puede ser un elemento motivador para padres, educadores y la sociedad en general, alertando de las consecuencias negativas que un mal uso de las TIC puede ocasionar en el desarrollo psicofísico y social de niños y adolescentes.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Prensky M. On the Horizon. MCB University Press. 2001; 9(5).
- 2.** Prensky M. The emerging online life of the digital native. 2004. [Acceso 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.marcprensky.com/writing/>.
- 3.*** Bringué Sala X, Sábada Chalezquer C. La generación interactiva en España. Barcelona. Ed: Colección Fundación Telefónica y Ariel; 2009.
4. Encuesta sobre equipamientos y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2011. Instituto Nacional de Estadística. [Acceso 10 enero 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>.

- 5.** Programación y contenidos de la televisión e Internet: la opinión de los menores sobre la protección de sus derechos. Madrid. Ed: Defensor del Pueblo (Informes, estudios y documentos); 2010.
6. Eurodata TV Worldwide. Kids TV Report. [acceso 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.mediametrie.com/eurodatatv/>.
- 7.*** Garmendia M, Garitaonandia C, Martínez, Casado MA. Riesgos y seguridad en Internet: los menores españoles en el contexto europeo. Universidad del País Vasco, Bilbao: EU Kids Online; 2011.
- 8.** García Galera MC, Berganza R, Del Hoyo Hurtado M, Del Olmo Hurtado J, De Miguel Pascual R, Ruiz San Román JA. La telefonía móvil en la infancia y adolescencia. Usos, influencias y responsabilidades. Madrid: Oficina del Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid; 2008. [Acceso 18 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.hdl.handle.net/10115/3287>.
9. Committee on Public Education. Children, Adolescents, and Television. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2001;423-26.
10. Cánovas G. Videojuegos, menores y responsabilidad de los padres. Ed: Protégeles, Civértice y Defensor del Menor de Madrid; 2005. [Acceso 10 de enero de 2013]. Disponible en: www.protegeles.com/docd/estudio_videojuegos.pdf.
11. From the American Academy of Pediatrics: Policy statement--Media violence. Council on Communications and Media. Pediatrics. 2009; 124(5): 1495-503.
- 12.** Tejeiro Salguero R, Pelegrina del Río M, Gómez Vallecillo JL. Efectos psicosociales de los videojuegos. Comunicación. 2009; 235-50.
13. Press Release No. 208-31 May 2011. IARC classifies radiofrequency electromagnetic fields as possibly carcinogenic to humans. IARC; 2011.
14. Sánchez Burón A, Fernández Martín MP. Informe generación 2.0. 2010. Hábitos de los adolescentes en el uso de las redes sociales. Departamento de Psicología. Universidad Camilo José Cela. [Acceso 2 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/ucjc/hbitos>.
15. Investigación sobre conductas adictivas a internet entre los adolescentes europeos. Atenas: Tsitsika A, Tzavela E, Mavromati F and the EU NET ADB Consortium; 2012. [Acceso 18 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.eunetadb.eu/es/publicaciones>.
16. Pedrero Pérez EJ, Rodríguez Monje MT. Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. Adicciones. 2012; 139-52.
17. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sin TLi D, Funf D, Khoo A. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. Pediatrics. 2011; 127(2): e319-29.

18. Weinstein A, Weizman A. Emerging association between addictive gaming. *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14(5): 590-7.
- 19.** Guía legal sobre ciberbullying y grooming. Observatorio de la seguridad de la información. Área jurídica de la seguridad y las TIC. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Gobierno de España. [Acceso 18 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.inteco.es/guias/guiaManual_grooming_ciberbullying
- 20.** Council on Communications and Media. Media Educations. *American Academy of Pediatrics.* Media education. *Pediatrics.* 2010; 126(5): 1012-7.
- Bibliografía recomendada**
- Bringué Sala X, Sábada Chalezquer C. La generación interactiva en España. Barcelona: Colección Fundación Telefónica y Ariel; 2009.
 - Los autores analizan la relación de los niños y adolescentes con las diversas pantallas que tienen a su disposición, analizando los riesgos y oportunidades que les ofrecen. Presentan, además, los datos de una encuesta realizada sobre el uso de estas tecnologías en España entre más de 13.000 menores procedentes de 115 centros educativos.
 - Cervera L. *Lo que hacen tus hijos en Internet.* Barcelona: Integral; 2009.
 - En este libro, se hace referencia a que los valores de los adolescentes no han cambiado en relación a las generaciones anteriores y lo que ha variado es la tecnología, que incrementa los problemas. Además de aportar información técnica sobre las nuevas tecnologías, recomienda enseñar a los menores una utilización de la red de manera consciente y sensata.
 - García Fernández F. *Internet en la vida de nuestros hijos ¿Cómo transformar los riesgos en oportunidades?* Navarra: Foro generaciones interactivas; 2010.
 - El autor analiza las inquietudes paternas frente a un mundo en el que han desaparecido muchas referencias y en el que se ha modificado sustancialmente el entorno. Es firme defensor del uso de Internet en el ámbito escolar, familiar y social, pero condicionado a una educación en valores que propicien un uso responsable de las nuevas tecnologías.
 - Castell P, de Bofarull I. *Enganchados a las pantallas.* Barcelona: Planeta; 2002.
 - Los autores describen y analizan la era de la información y la comunicación y ofrecen recursos a padres y educadores para evitar el uso abusivo de las pantallas por parte de los menores. Definen la personalidad del adolescente de alto riesgo alertando sobre su vulnerabilidad para desarrollar conductas adictivas frente a las nuevas tecnologías y propugnan un uso austero y selectivo del ocio digital.

Caso clínico

Adolescente de 13 años que acude al Servicio de Urgencias por un dolor abdominal constante de 8 h de evolución que le dificulta la deambulación. El paciente está afebril y, al examen físico, se constata un abdomen doloroso a la palpación, con defensa muscular y signo de Blumberg negativo. Se realiza analítica que muestra parámetros dentro de la normalidad. Queda ingresado en observación, disminuyendo progresivamente el dolor, estando asintomático después de 12 h, por lo que es dado de alta.

Pasadas 36 h, consulta en su Centro de Salud por un cuadro similar y es derivado al hospital de referencia, donde

se repite analítica, que continúa siendo normal y se realiza ecografía de abdomen que descarta apendicitis. A las 18 h del ingreso está asintomático.

En consultas posteriores refiere que, desde hace 18 meses, recibe en su teléfono móvil, por parte de un adolescente de 14 años, insultos y mensajes peyorativos hacia su persona, además de burlarse de él por la obesidad mórbida que presenta. No ha comentado con nadie su situación ni ha solicitado ayuda.

El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución

F. Domingo-Salvany

Centro de Atención Primaria Balaguer



Resumen

El maltrato infantil constituye un síntoma más de una familia y una sociedad enfermas, pensadas por los adultos para los adultos, en la que los derechos de los menores no son una prioridad. Y esto es válido tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia, física y/o psicológica, de acción y/o de omisión por parte de las personas y/o instituciones de las que depende para su correcto desarrollo. Para definir maltrato, además, debemos tener en cuenta los valores que sustentan la comunidad de la que hablamos en relación a los niños y sus familias. Como profesionales de la salud, no hemos de olvidar nuestro papel como defensores de los menores, y el hecho de que el no ejercerlo constituye una forma de maltrato por negligencia. Ante un menor con sospecha o evidencia de maltrato, nuestro papel, además de la atención estrictamente médica de sus lesiones, incluye el asegurar su protección. Nuestra actuación constituye, a menudo, la puerta de entrada y de contacto del menor y su familia con la red de apoyo social de la que formamos parte. Lo que hagamos en este primer contacto condicionará en gran manera el imprescindible trabajo interdisciplinario que el menor y su familia precisarán después. Los pediatras somos parte del problema y podemos ser parte de la solución. El abordaje y la prevención del maltrato infantil empieza por nuestra formación sobre el tema, tanto en lo que se refiere a aptitudes (conocimientos) como a las actitudes.

Abstract

Child abuse constitutes one more symptom of unhealthy families or societies, designed by and for adults, where children's rights are not a priority. And this is true both for industrialised and developing countries. A child is abused when he or she is object of -physical and/or psychological- violence of action and/or omission on the part of the people and institutions responsible for the child's correct development. In order to define abuse, moreover, we must take into account the values which hold together the community we are talking about in relation to the children and their families. As professionals of health, we must not forget our role as defenders of children, and the fact of not exercising it constitutes a form of abuse by negligence. In front of a child with suspicion or evidence of abuse, our role, besides healing their lesions, includes ensuring their protection. Our action represents, quite often, the doorway and contact point of a child and their family with the social assistance network we are a part of. What we do in this first contact will condition greatly the essential interdisciplinary work that the child and their family will require later on. Pediatricians are part of the problem and could be part of the solution. The treatment and prevention of child abuse begins with our training in the subject, including both our skills (knowledge) and our attitudes.

Palabras clave: Maltrato infantil; Pediatría; Atención Primaria; Prevención; Trabajo en red.

Key words: Child abuse; Pediatrics; Primary Care; Prevention.

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 694-712

“No me asusta la maldad de los malos; me aterroriza la indiferencia de los buenos”
Mahatma Gandhi

¿Alguien se acuerda de la convención sobre los derechos de los niños?

Hace cuatro años este artículo (*Pediatr Integral. 2009; XIII(10): 893-908*) comenzaba con una amplia descripción de la Convención sobre los Derechos de los niños⁽¹⁾. En él se apuntaba que, en aquel 2009, se cumplían 20 años de la firma de la Convención y que, a pesar de los esfuerzos de muchos, continuábamos con dificultades evidentes para asegurar los derechos básicos a millones de niños y niñas de nuestro planeta. En nuestro país, en estos cuatro años, la situación de crisis económica y social ha llevado a un aumento significativo de los índices de pobreza infantil y a un evidente incremento de las dificultades de muchas familias para la atención infantil. Esta realidad pone en evidencia que nuestro trabajo pediátrico no puede disociarse de nuestro trabajo social.

La Pediatría social no es tanto una subespecialidad pediátrica, es, más bien, una actitud ante la evidencia de que las causas que generan muchos de los problemas infantiles y familiares son sociales, pero cuyas consecuencias finales son pediátricas. Los pediatras, pues, somos parte del problema si no tenemos claro el interés superior del menor que la Convención nos apunta, y podemos ser parte de la solución si entendemos que, además de la cura de sus lesiones, nuestro papel ante un niño maltratado (física, emocionalmente, por negligencia, por abuso sexual y/o, de forma institucional) es asegurar su protección. Una ardua tarea, ciertamente, y más cuando el contexto económico no está en nuestras manos, y el maltrato institucional es una realidad.

De hecho, hay que ser conscientes de que “un niño es maltratado siempre que es objeto de violencia, física y/o psíquica, de hecho y/u omisión, por parte de las personas y/o instituciones de las que depende para su correcto desarrollo”. Al maltrato infantil institucional de forma indirecta (sin contacto directo con los niños y su familias) que

han ejercido y ejercen los responsables políticos y económicos no debería sumarse el maltrato institucional directo que podemos practicar los que debemos atender, en el día a día, a las familias y a sus niños y niñas, por muy difíciles que se pongan las condiciones de ejercicio profesional.

En un reciente artículo valorado críticamente⁽²⁾, se evidencia que también el maltrato infantil no sexual durante la infancia tiene repercusiones en la salud durante las etapas posteriores de la vida, y plantea a los pediatras de Atención Primaria su papel primordial en la detección precoz del maltrato infantil, en la necesidad de fomentar el mejor cuidado y crianza, en solicitar ayuda a los organismos de protección y en fomentar programas de prevención, apoyo y seguimiento. Si el problema es social debemos saber ser impulsores de la red social de ayuda a las familias como parte de nuestro quehacer profesional. ¿Para ir hacia dónde? La Convención⁽¹⁾ de la que hablamos nos sirve de guía y de camino. En esta ocasión, citaremos solamente las referencias principales que nos pueden evidenciar las metas, y remitimos al lector a la más extensa información en el artículo de 2009.

Introducción a la Convención y Artículo 19

Los cuatro principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos de los Niños son: la no discriminación; la dedicación al interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño.

Los Estados parte de la Convención están obligados a estipular y llevar a cabo todas las medidas y políticas necesarias para proteger el interés superior del niño.

Artículo 19

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de

cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

El niño: un edificio en construcción

Cuando el edificio infantil está ya hecho, podemos cambiar lo accesorio y los complementos, pero lo que va a resultar muy difícil de modificar son los cimientos y la estructura.

Nos agrada la definición de maltrato infantil apuntada anteriormente, porque se centra en las necesidades que un niño tiene para su correcto desarrollo, sin especificar quién debe asegurarlas, y que el no facilitarlas supone ya una forma de maltrato. Este concepto es, ciertamente, muy amplio, pero tiene la virtud de tener en cuenta las necesidades a satisfacer y orientarse más hacia el buen trato, al que todos los niños tienen derecho, que a la búsqueda de culpables y de víctimas. Hace años, en una campaña de sensibilización ciudadana en Euskadi, se difundió el lema: “Niños bien tratados: responsables, todos”.

Otro símil que nos ayuda a entender el fenómeno del Buen trato y el Maltrato Infantil es el de comparar el crecimiento de un niño con la construcción de una casa. Si queremos tener éxito nos hará falta un proyecto, el asesoramiento de expertos, unos preparativos, poner unas buenas bases de lo visible y, así, ir creciendo. Vamos por partes, pues.

Antes de la construcción de un edificio, es preciso que haya sido pensado, a ser posible con tiempo, para escoger el mejor momento y el mejor lugar. Hace falta un **proyecto razonado y deseado** antes de ponerlo en marcha, sabiendo de la importancia de la empresa. En el caso de un niño, hablamos de un **ne-**

cesario embarazo psicológico en los padres antes de plantearse la concepción y el embarazo real. Una pregunta que nos permite comprender este punto es: “¿cuándo nace un niño?” A lo que parece bueno responder: “cuando nace en sus padres el deseo de tenerlo”. Y no nos conviene poner la primera piedra del edificio (la concepción) en un momento inesperado ni en el lugar más insospechado. La educación para una maternidad y paternidad responsables y la planificación familiar son, pues, instrumentos útiles de prevención primaria del maltrato infantil, y pretenden conseguir que la mayoría de los embarazos sean deseados y que la futura madre llegue en las mejores condiciones físicas y emocionales para el futuro hijo o hija. Y los factores culturales y ambientales tienen mucho que ver para que una futura madre escoja un determinado instante vital para empezar la aventura. O llegue a ella sin este proyecto previo, sin este embarazo psicológico en el que el futuro bebé ya está siendo vivido por sus progenitores. Y en esta preparación anticipada, no es ya un hecho extraño en nuestro país que haya quien solicite a quien quiere ser su pareja un examen de salud antes de empezar una empresa como ésta. Y se supone que con reciprocidad informativa. Algunas tendencias de prevención apuntan que sería interesante aprovechar los años de la escuela secundaria para formar sobre la responsabilidad de la paternidad y la maternidad a los futuros padres y madres. Hay otras, sin embargo, que no consideran el periodo de la adolescencia una buena opción. El motivo aducido es la falta de maduración del córtex prefrontal (¿hasta los veinte años aproximadamente?) con la consiguiente falta de razonamiento, y el predominio del todavía exaltado periodo puberal con dominancia del sistema límbico. Difícil e imaginativa tarea, pues, la de prevenir el embarazo de las adolescentes.

Una vez decidido el momento y el lugar, se coloca la **primera piedra del edificio**. La diversidad de modelos familiares y los cambios de mentalidad que en este momento conviven en nuestra sociedad ha llevado a que, para ese **momento concepcional**, no siempre haga falta que sea el óvulo y el espermatozoide de una pareja tradicional los

que hagan posible la concepción. La diversidad de sistemas de fecundación es buena prueba de ello. Y el hecho de que el embarazo psicológico se prolongue por falta de fecundación puede generar cambios emocionales en los futuros padres que van a condicionar la manera de recibir al bebé. Y es evidente que la manera en que el edificio comienza es muy distinto si la imposibilidad de colocar la primera piedra conduce a la adopción de un edificio ya parcialmente construido (**la adopción**), después de un embarazo psicológico prolongado en el tiempo sin fecha probable de “parto”. ¿Es el niño adoptado un niño a riesgo de recibir maltrato? El poder verbalizar y canalizar, en esta fase, las preocupaciones ante profesionales que sepan escuchar con atención es otro apartado preventivo que se debe promover. Consideramos que es también un trabajo que debemos realizar, el conocer la red de profesionales que, en nuestra área geográfica, están más capacitados para afrontar cada una de las dificultades que las familias pueden tener. De la misma forma que cada paciente tiene su singularidad, también cada uno de nosotros, los profesionales, somos más capaces en un aspecto que en otro.

Y es a partir de ese momento concepcional cuando se inicia un periodo que no ha recibido la atención necesaria dentro del contexto del buen trato infantil. Debemos reivindicar el periodo prenatal, **el embarazo, como verdadero fundamento del edificio que vamos a construir**: los cimientos del niño se gestan antes de que los pediatras neonatólogos lo atiendan. Y queda claro que, si queremos hacer las cosas bien, no nos podemos conformar con la Pediatría. Debemos reivindicar la Atención materno-infantil para asegurar el mayor interés de los menores. Tal vez, deberíamos fomentar más medidas de prevención de la prematuridad y de sus consecuencias como una forma efectiva de prevención primaria del maltrato infantil. No parece oportuno terminar la cimentación antes de llegar al nivel del suelo. Cuidado pues en forzar, por ejemplo, el ritmo del embarazo, dado que el maltrato prenatal también puede generarse por omisión, voluntaria o involuntaria, de los cuidados que la madre gestante necesita recibir, en beneficio del bebé que espera.

Debemos fomentar más las medidas que favorecen el bienestar maternal y, por tanto, también fetal, hasta el momento probable del parto, y reducir aquellas otras que repercuten negativamente. Debemos cimentar, pues, este paso previo al bebé que llegará, sabiendo que su buen desarrollo postnatal va a depender, y mucho, de esta fase prenatal, fase que es preciso incorporar en nuestro campo de interés pediátrico. Con este mismo espíritu hace poco leíamos que: “todo lo que el árbol tiene de flor y de fruto, de alegría, de extraordinario, vive de lo que tiene enterrado, de las raíces, de la convicción y la fe”. Pero también es cierto que en este periodo prenatal inicial pueden darse circunstancias que obliguen a tirar hacia adelante su embarazo a pesar de no desearlo la madre, con lo que se debe prever qué soporte vamos a ofrecer, tanto a ella como al bebé. Entre otras cosas, para evitar también que la clandestinización de las interrupciones voluntarias del embarazo no ponga en riesgo ambos.

Y, una vez **hemos llegado a ras de suelo, en el periodo perinatal**, todo va a ser más fácil y visible a los ojos pediátricos. ¿Qué es lo que hace a la Pediatría distinta de la Medicina de adultos? Que ejercemos de supervisores del proceso de crecimiento global de los niños, pero también psicológico de los padres. El edificio infantil va a tener una estructura básica que será común a la mayoría de ellos, pero va a ser muy distinta la foma de construirlo en función de múltiples factores: algunos muy ligados a la propia historia familiar de los padres y otros condicionados a las circunstancias ambientales en las que estos van a criar a sus hijos. Hay una película que ilustra a la perfección esta hecho: “Babies”⁽³⁾. Es evidente que en esta fase postnatal van a intervenir muchos operarios, cada cual con su especialidad, conocimientos y propuestas. ¿Cuál es nuestro papel como pediatras de Atención Primaria? Sabernos supervisores de las diferentes intervenciones (incluso de la nuestra) que cada familia solicita para su edificio, para nuestro pequeño paciente, con la finalidad de asegurar que son las más adecuadas para su singularidad. La superespecialización de algunos operarios puede llevarles a intervenciones que no tengan en cuenta la especificidad de un

determinado niño y sus circunstancias familiares. Y, si queremos acompañar a las familias en su proyecto, es preciso que nuestra formación continuada se interese en todos los aspectos que la crianza de un niño incluye y conozcamos el medio en el que las familias a las que atendemos viven. El sabernos parte de una red, en la que todos los profesionales del mundo de la infancia son importantes, nos recuerda aquel dicho africano que afirma que: “para educar a un niño hace falta la colaboración de toda la tribu”. Y, en el transcurso de esta construcción, la primera infancia, además del ya comentado periodo prenatal, es fundamental y va a marcar la pauta de los pisos superiores. Porque, cuando el edificio infantil está ya hecho, es relativamente fácil cambiar lo accesorio y los complementos, pero no así la estructura y sus cimientos, tanto físicos como psicológicos y emocionales.

Hemos de velar, pues, para que tanto nuestras actuaciones como las de los otros profesionales del mundo de la infancia se adecúen a lo que cada niño y cada familia precisa en cada momento. Debemos ser valedores y defensores de los derechos que, como sociedad, les hemos reconocido. Ellos son los que dan sentido a nuestra profesión, y tenemos el deber legal y moral de reivindicar para ellos la mejor atención posible.

El maltrato infantil en Atención Primaria de Salud

Los derechos de los niños aquí y ahora. ¿Cómo podemos avanzar?

En nuestro mundo occidental, por otro lado, hemos visto como muchas familias han pasado de las posiciones autoritarias que los padres vivieron en su infancia al extremo opuesto de la dejadez en la educación de sus hijos. Nos encontramos ahora con situaciones de maltrato de los padres por parte de los hijos por la falta de imposición de límites. La negligencia parental en una sociedad líquida, en la que el esfuerzo, el sacrificio y la coherencia han perdido su valor, nos ha hecho olvidar que: “los niños tienen derecho a tener deberes”. Después de 20 años de derechos, hemos olvidado que, como alguien ha afirmado: “educa más un no que un sí”. Un buen ejemplo del difícil equilibrio entre

la vinculación afectiva por defecto y por exceso: desatención *versus* sobreprotección. Para educar hace falta la aportación de cuatro factores: amor incondicional, disciplina, tiempo y libertad para equivocarse. Demasiado compromiso y esfuerzo, tal vez, para unos años de bonanza económica que ya quedaron atrás, y en los que tampoco los mayores hemos hecho nuestros deberes.

El año 2008, se celebró en Valladolid el IX Congreso Estatal de Maltrato Infantil. “Trabajando en red: claves para avanzar” fue el lema del Congreso⁽⁴⁾. Resume, según el autor, la única forma de abordar un problema que, como todos los de la Pediatría Social, tiene unas causas sociales pero unas consecuencias pediátricas. El maltrato infantil constituye la manifestación externa de una sociedad enferma, pensada por y para los adultos en beneficio de los adultos, y en el que el cacareado interés superior del menor queda en un segundo plano. ¿Qué podemos hacer, entonces, nosotros, pediatras de Atención Primaria, ante un fenómeno que nos supera? ¿Cuáles son las claves para avanzar? Remitimos al lector a la información del congreso para una lectura más extensa, pero apuntamos los nueve puntos clave que ya ampliamos en el artículo de 2009:

1. **Reto:** gestionar la complejidad de contextos, personas y momentos.
2. **Método:** aceptar la incertidumbre. Explorar y descubrir lo posible.
3. **Sentido:** hacer más de lo que funciona.
4. **Cambio:** la posibilidad del cambio somos cada uno de nosotros.
5. **Compromiso:** abrazarnos.
6. **Perspectiva:** “trabajando con niños nunca se puede perder la esperanza”...
7. **Transparencia:** todos/as formamos parte de la solución.
8. **Claridad:** en los criterios, en los procedimientos, en las responsabilidades.
9. **Red:** “somos porque intersomos”... aun con muchos recursos, metas, transparencia. Los actores sociales somos inevitablemente nudos en una red de relaciones. Y los casos y su evolución tienen mucho que ver con procesos reticulares casi siempre implícitos e informales. Las personas somos redes en sí mismas.

Y es necesario insistir en esta última conclusión.

Las redes informales, las que construimos cada día en la Atención Primaria al compartir con el o la compañero/a aquel caso que nos preocupa, son las realmente efectivas. Las redes formales, oficiales y protocolarias, se preocupan, demasiado a menudo, en mantener inter e intrarrelaciones institucionales, alejadas del quehacer diario de los trabajadores de primera línea y de las preocupaciones de las familias y de sus hijos.

Otra vía de abordaje es la integración en asociaciones interprofesionales de los que trabajamos en el mundo de la infancia. La Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) (<http://www.fapmi.es>) agrupa las distintas **Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil**⁽⁵⁾, que se fueron constituyendo de forma progresiva desde finales de la década de 1980 en cada Comunidad Autónoma a partir de la preocupación de diferentes grupos de profesionales por el conocimiento de los malos tratos a la infancia. Se consideraba entonces, como hoy, que es un problema en el que se precisa avanzar con respuestas institucionales y ciudadanas en consonancia con la gravedad del mismo.

En la actualidad, está compuesta por las siguientes Asociaciones Federadas de ámbito autonómico:

- Asociación Catalana para la Infancia Maltratada (ACIM).
- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención de los Malos Tratos (ADIMA).
- Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia (AMAIM).
- Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia (APIMM).
- Asociación Valenciana para la Promoción de los Derechos del Niño y Prevención del Maltrato Infantil (APREMI).
- Asociación Pro Infancia en Navarra (APROIN).
- Asociación Asturiana para la Atención y el Cuidado de la Infancia (ASACI).
- Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM).
- Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS).

- Asociación Castellano-Leonesa para la Defensa de la Infancia y Juventud (REA).

Maltrato infantil versus buen trato infantil

Para evitar el maltrato infantil debemos plantearnos el buen trato a todos los niños como el objetivo a conseguir. Tener que hablar de maltrato significa haber llegado tarde.

La visión positiva se encuentra en adelantarnos al problema, estimular el buen trato con la máxima amplitud en todos los niños y niñas, y así no haber de resolver las consecuencias de una negligencia en la atención. Tener que hablar de maltrato significa haber llegado tarde. Demasiado a menudo los sanitarios nos centramos en la parte negativa de la situación para intentar resolverla, y tenemos poco en cuenta las partes todavía sanas que debemos potenciar y que tal vez permitan o ayuden a superar las dificultades sin necesidad de la yatrogenia o la victimización de algunas de nuestras actuaciones. Sin olvidar tampoco que, como afirma Boris Cyrulnik⁽⁶⁾: “la persona adecuada, en el momento oportuno, puede hacer que se supere la más oscura de las infancias”. Nos hace falta saber **escuchar**, no tanto para poder **responder** como para poder **entender**. Ya Epicteto, en el siglo I antes de Cristo afirmaba que: “la naturaleza nos da dos ojos, dos orejas y una sola boca, con el fin de que podamos observar y escuchar el doble de lo que hablamos”.

La premisa previa en cualquier tema es definir de qué vamos a hablar. Este no es un problema menor cuando abordamos los malos tratos a los niños. Para nosotros (ACIM-Associació Catalana per la Infància Maltractada), un niño es maltratado “cuando es objeto de violencia, física y/o psicológica, de acción y/o de omisión por parte de las personas y/o instituciones de las que depende para su correcto desarrollo”. No es una definición dogmática o clarificadora y nos plantea el problema de saber qué es maltrato y qué no lo es. Pero tiene el valor de centrarse en las necesidades del niño como objetivo a conseguir. Nos traslada al otro lado de la moneda: el buen trato a que toda persona en crecimiento tiene derecho.

Y es preciso considerar cuáles son los valores que cada sociedad tiene como referencia, porque puede darse el caso de que aquello que para nuestro mundo privilegiado representa una forma de negligencia o abuso, no lo sea para la familia del niño recientemente inmigrado a nuestro país que mantiene todavía los valores tradicionales de la sociedad de la que procede. Para el maltrato físico, por ejemplo, puede ser difícil delimitar dónde acaba la corrección y dónde empieza el maltrato. Todavía hoy, un número importante de ciudadanos acepta que un bofetón es un buen recurso educativo.

Si definimos la salud como algo positivo (“el bienestar bio-psico-social” o “aquella forma de vivir libre, gozosa, solidaria y autónoma”) y no solamente la falta de enfermedad, también debemos plantearnos el buen trato a todos los niños como el objetivo a conseguir. Si vamos hacia esta meta, nos resultará fácil ir dejando por el camino todo aquello (las distintas formas de malos tratos) que no nos lleva allí. La reciente *Guía práctica del buen trato al niño*⁽⁷⁾ nos ofrece, entre otras buenas fuentes⁽⁸⁻¹⁰⁾, útiles orientaciones preventivas tanto para las familias como para todos los profesionales implicados en el trato y la protección de la infancia, los pediatras entre ellos.

La epidemiología del maltrato infantil y los pediatras

El pediatra puede tener una visión negativa de las familias en condiciones de falta de higiene. La higiene y la limpieza no siempre se asocian a un ambiente psicoafectivo favorable.

Los casos de maltrato infantil diagnosticados (y, no por ello, abordados y tratados correctamente) son sólo la punta de un gran iceberg, cuya línea de flotación estará en función del grado de sensibilidad social en relación al buen trato, así como de nuestras aptitudes profesionales en reconocer los factores favorecedores de su presentación y los signos y síntomas que orientan al diagnóstico. Pero ello, no lleva a ninguna parte si no se acompaña de nuestra disposición a actuar en beneficio del niño y de su familia. Y, tal vez ahí, los pediatras de Atención Primaria no damos

suficientemente la talla. Y es por ello que este escrito tiene su objetivo más orientado a nuestra actitud que a nuestra aptitud, más a nuestra disponibilidad que a nuestra capacidad para recordar y/o reconocer signos y síntomas.

Los datos reales, por tanto, son desconocidos. Y aquellos de los que disponemos deben ser valorados con medida. Los datos epidemiológicos en los estudios realizados en los años 1988 y 1998 en Cataluña detectaron, en el año 1988, un total de 5.989 casos de maltrato infantil. Las negligencias (78,5%), los malos tratos psicológicos (43,6%), y los malos tratos físicos (27%), fueron los más notificados. El número de casos de abuso sexual comunicados fue muy bajo (2,1%), en comparación con la realidad que otros estudios de ámbito estatal apuntarían más tarde (19%, en el de López, en 1994). Diez años más tarde, en 1998, se repitió la encuesta con los mismos destinatarios. De los 21.000 casos comunicados entonces, las negligencias (72,7%), los malos tratos psicológicos (38,8%) y el maltrato físico (15,5%) continuaban en los tres primeros lugares, todos ellos en porcentaje menor al del estudio anterior. El abuso sexual, en cambio, ascendió al 9,2%, multiplicando por más de cuatro su porcentaje. El análisis de los datos puede llevar a engaño si lo único que deducimos es que ha aumentado mucho el abuso sexual, sin tener en cuenta que lo que el estudio realmente refleja es la mejora en la capacidad de detección de los profesionales, que durante el decenio que medió entre los dos trabajos estadísticos recibió formación por medio de diferentes campañas orientadas a mejorar tanto las aptitudes (el grado de conocimiento sobre el tema) como las actitudes (el grado de implicación para activar la red social de apoyo de la que los pediatras formamos parte). El lema de la principal iniciativa lo dejaba bien claro: “No estás solo, no le dejes solo”. El saber qué hacer cuando sospechamos que un niño o una niña han sido abusados o maltratados permite dar salida a situaciones difíciles de gestionar cuando nos creemos solos ante la duda diagnóstica y/o el desconocimiento de las consecuencias que puede conllevar la denuncia de un caso. Sabiendo, además, que tenemos la obligación legal de co-

municar al juzgado todos los casos que diagnosticamos.

En la revisión de Soriano⁽¹¹⁾, los casos declarados en España en el año 2005, según el “Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar del Centro Reina Sofía”, fueron de 0,84 niños maltratados por 1.000 niños menores de 18 años. La incidencia de maltrato en el ámbito familiar entre 2001 y 2005 había aumentado un 146,2%. En este estudio, la negligencia representó el 86,4% del total de los malos tratos, seguido del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Los casos de abuso sexual sólo representaron el 3,6% de todos los casos informados de maltrato, un porcentaje muy alejado del 19% del estudio de López (1994) citado anteriormente.

El mayor control social hace que la mayoría de los casos se detecten en los estratos socioeconómicos desfavorecidos, que son los que más acuden a los servicios de atención de titularidad pública. En estos ambientes sociales, el paso al acto, la agresión y la violencia acostumbra a ser la respuesta inmediata a las situaciones de conflicto con que todas las familias se encuentran. En los niveles socioculturales más altos, podemos encontrar malos tratos psicológicos de acción (menosprecio, rechazo, burla) y/u omisión (desinterés por la vida de los hijos, dimisión de la función parental). Los abusos sexuales, a pesar de encontrar el camino fácil en los medios más deficitarios a causa de las condiciones de vida, no son exclusivos de ningún ambiente sociocultural. El pediatra puede tener una visión negativa de las familias en condiciones de falta de higiene y llegar a la conclusión de que existen negligencias. La higiene y la limpieza no siempre se asocian a un ambiente psicoafectivo favorable. Y la situación inversa también es cierta.

Etiopatogenia y orientaciones preventivas

En el modelo de interacción social para que exista maltrato intrafamiliar deben coincidir cuatro factores: un padre o una madre especial, un niño o niña especial, la tolerancia social de la violencia y una crisis desencadenante.

¿Por qué una especie de este planeta es capaz de lesionar a sus propias crías? Las explicaciones a este hecho han sido diversas. Para explicar el maltrato intrafamiliar, se ha oscilado desde el modelo psiquiátrico, que consideraba que todos los agresores eran enfermos mentales, hasta el modelo social, que ponía el énfasis en las dificultades de orden económico y cultural de los padres, llegando, finalmente, a un término medio en el **modelo de interacción social**. Para éste, para que exista maltrato, deben coincidir cuatro factores: un padre o una madre especial, un niño o niña especial, la tolerancia social de la violencia y una crisis desencadenante. Las características que definen un **padre o madre especiales** incluyen, entre otros: a) maltratado/-da durante su infancia; b) apatía, depresión y/o intolerancia a la frustración; c) difícil control de su agresividad; y d) antecedentes de experiencias educativas deformantes. De todas formas, la causa que cada vez recibe más importancia como factor etiológico es el aislamiento social. Romper este aislamiento, permitir que estas personas sientan el apoyo social de otros y que sepan dónde acudir en caso de necesidad, constituye un objetivo fundamental de la prevención. Entre los datos que llevan a que un/-a determinado/-a **niño o niña** sea **especial** y, por tanto, víctima de la violencia, encontramos: a) hijo no deseado o fruto de otra unión; b) prematuro o neonato que ha sufrido una separación precoz de sus padres; c) niño o niña con enfermedad crónica, malformación o invalidez; d) partos múltiples; y e) niño hiperactivo y/o con llanto continuado. Conseguir que todos los hijos sean deseados (“un niño ya nace cuando aparece en sus padres el deseo de tenerlo”), que el apego entre los progenitores y los bebés se establezca de una forma positiva lo más precozmente posible y que su nivel de salud llegue a sus máximas posibilidades, constituyen otras estrategias para evitar los malos tratos infantiles. La **tolerancia social de la violencia** como un sistema válido para resolver los conflictos justifica que se mantenga como una forma aceptada para educar a los hijos. Fomentar el uso de métodos alternativos para conseguir la disciplina y la corrección en los niños es otra vía de

prevención de la violencia intrafamiliar. Es en esta dirección que actúa “Save the Children”, con su campaña para la sensibilización contra el castigo físico en la familia: “Educa, no pegues!”. La **crisis o episodio desencadenante** puede ser cualquier contratiempo o situación que los padres sientan como tal: desde el llanto del bebé en la madrugada hasta la rotura accidental de un jarrón por parte de un niño movido. La anticipación y la información sobre las situaciones más habituales y previsibles en función de la edad del hijo o hija durante las visitas de seguimiento, como una guía anticipatoria informativa y desangustiante, es otra de las vías de prevención.

La responsabilidad del buen trato a los menores nos compete a todos, y no solamente a sus familiares.

El otro modelo etiopatogénico es el **modelo ecológico**, que nos permite entender mejor la presencia de otras formas de maltrato que van más allá del maltrato intrafamiliar. La figura 1 lo resume en una imagen. Y nos lleva a comprender que el buen trato a los niños no compete exclusivamente a sus progenitores. Como leíamos hace unos años: “Niños bien tratados: responsables, todos”. El modelo ecológico parte de un núcleo (**el microsistema**) compuesto por el menor y los familiares de los que depende. Es interesante saber diferenciar entre la pertenencia y la dependencia. Ciertamente, un bebé depende de sus padres, pero no les pertenece. Como tampoco pertenece a la sociedad en la que nace. El niño solamente pertenece a su propio futuro, futuro que entre todos debemos asegurar. Envolviendo a cada microsistema encontramos el entramado social en que las familias viven, el **exosistema**, que actúa como continente y red de apoyo a las necesidades que los progenitores deben asegurar para sus descendientes. Nuestro papel se encuentra aquí, entremezclado con el de otros muchos profesionales del mundo de la infancia, compañeros de camino en la tarea de dar apoyo social a las familias. Y todo ello bañándose en el **macrosistema**, el mar de valores culturales, actitudes y creencias que dan cohesión a la sociedad en la que vivimos. Un mar nada encalmado en estos tiempos.

Los pediatras de Atención Primaria, hoy: ¿agentes de maltrato infantil?

Este escrito tiene su objetivo más orientado a nuestra actitud que a nuestra aptitud, más a nuestra disponibilidad que a nuestra capacidad para recordar y/o reconocer signos y síntomas.

Demasiado a menudo, la primera reacción social (también de los profesionales sanitarios) ante un nuevo caso de maltrato es: “el culpable, a la prisión y el niño, a la institución”. Sin darnos cuenta de que, muchas veces, nuestra actuación como profesionales dista mucho del ideal que desearíamos ofrecer. ¿Que la situación actual no es halagüeña para el ejercicio de nuestra tarea en el ámbito de la Atención Primaria de Salud? Ciertamente, pero ello no es excusa para detenerse. Cuidado, pues, ya que sería muy triste que nuestra falta de previsión y nuestra dejadez en la defensa de los derechos de los niños que atendemos nos convirtiera en maltratadores institucionales por acción u omisión. En un reciente artículo sobre las competencias en Pediatría, se insiste en nuestro deber como portavoces y veladores de los derechos de los niños. En él, se resaltan los tres aspectos diferenciales que el ejercicio de la Pediatría tiene en relación con los otros campos de la Medicina: a) todo lo que se refiere a la prevención (primaria, secundaria, terciaria y, yo añadiría también, cuaternaria); b) todo lo que se refiere a la capacidad de comunicación con el paciente (del neonato al adolescente) y, más específicamente, en el tema que tratamos; c) el papel del pediatra como defensor del menor. Y en este camino no estamos solos. Los elocuentes dibujos de la publicación “Atención, ¡frágil!”⁽¹⁰⁾, en las figuras 2-6 nos ayudan a entender nuestro papel en el marco del modelo ecológico ya comentado. Son muchos profesionales con los que podemos compartir las dificultades que una familia puede generarnos: desde los que nos parecen más cercanos (el diplomado de enfermería, el trabajador social, el médico de cabecera de la familia, el psicólogo), hasta los que queremos lejanos (el juez, el fiscal, el médico forense, los cuerpos de seguridad). Cada uno de nosotros tiene su papel. Y es una suerte

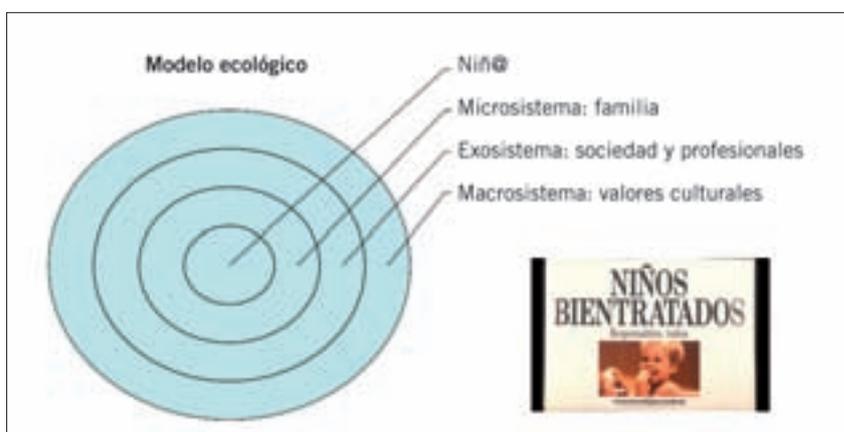


Figura 1. El maltrato infantil y el modelo ecológico.



Figura 2. El maltrato infantil y el modelo ecológico.

que sea así, porque los casos de malos tratos constituyen una carga demasiado pesada para ser soportada solamente por una espalda. La red social que entre todos formamos va a poder contener los problemas que se nos presenten si cada uno de nosotros (un nudo en la red) cumple con su papel. Si en lugar de ello lo que ocurre es que, en nuestras relaciones interprofesionales, repetimos los mismos factores que llevan a la desestructuración familiar (rigidez, falta de diálogo, de intercambio, de aceptación del otro y de sus ideas) difícilmente vamos a conseguir nuestro objetivo: ser profesionales de una red de ayuda. Un nudo aislado poca cosa puede retener. Solamente si se siente parte de una red más amplia, y tiene una buena relación con los nudos vecinos, podrá ejercer su tarea de contención y apoyo. El primer paso para conseguir un correcto abor-

daje de las familias es la buena coordinación y entendimiento entre los que han de intervenir. Y la ignorancia de los otros integrantes de la red es, sin ninguna duda, nuestro primer error. Sabiendo además que, a menudo, debemos canalizar todos los esfuerzos de apoyo a una determinada familia en el profesional mejor situado en relación con los objetivos que, como equipo, deseamos obtener en cada caso. Y no siempre sabemos ceder nuestro protagonismo.

Las diferentes formas de maltrato infantil: signos de sospecha

Las negligencias (personales, familiares e institucionales) constituyen la forma más detectada de maltrato infantil pero no acostumbran a ser abordadas hasta que han llegado a la categoría de catástrofe.

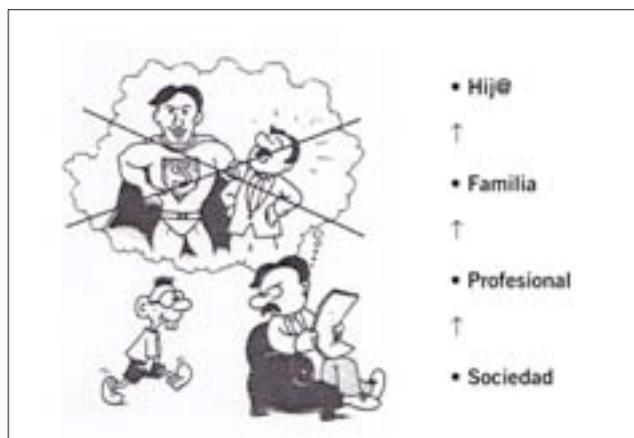


Figura 3. El maltrato infantil y el modelo ecológico.



Figura 4. El maltrato infantil y el modelo ecológico.



Figura 5. El maltrato infantil y el modelo ecológico.



Figura 6. El maltrato infantil y el modelo ecológico.

En los trabajos de García y Martínez⁽⁷⁾ y en el de Soriano⁽¹¹⁾ hay abundante información sobre indicadores de las diferentes formas de maltrato. A ello podemos añadir la guía clínica de G. Gonzalo Oliván⁽¹²⁾. Apuntamos ahora,

brevemente, aquellos que consideramos más útiles:

Maltrato físico

Es la forma más conocida y la que provocó la primera definición especí-

fica de maltrato: el síndrome del niño apaleado. Incluye cualquier acto que comporte lesiones físicas, intoxicaciones y/o enfermedades. A pesar de que los accidentes son habituales en los niños, podemos sospechar que nos encontramos ante un traumatismo no accidental cuando:

- a. Los padres:
 - Retrasan la solicitud de atención médica.
 - Dan versiones discrepantes o contradictorias cuando se les pregunta por el origen de las lesiones.
 - Han acudido a otros centros sanitarios por episodios similares.
 - Toman una actitud pasiva ante el hijo lesionado.
 - Tienen antecedentes de maltrato durante su infancia.
 - Tienen una historia de aislamiento, depresión y/o intolerancia a la frustración.

Es preciso detectar precozmente las situaciones de riesgo cuando los padres o cuidadores:

- Piden ayuda de forma indirecta mediante la solicitud de atención urgente por problemas aparentemente banales, o inexistentes, o quieren un ingreso hospitalario, injustificado según nuestra opinión.
 - Peregrinan con el niño o niña por diferentes centros asistenciales.
 - Son incapaces de aplicar una disciplina coherente.
 - Desconocen el desarrollo normal de un niño y tienen unas expectativas exageradas sobre su comportamiento.
- b. El niño o niña:
 - Tiene menos de tres años.
 - Presenta algún tipo de invalidez (real o percibida así por sus padres) o enfermedad crónica y/o ha estado separado de sus padres precozmente, en especial si ha sido durante el periodo neonatal, o por periodos prolongados.
 - Lloro continuamente.
 - Toma una actitud defensiva o de miedo cuando un adulto se acerca.
 - Presenta lesiones características en diferente periodo evolutivo, principalmente:

- Lesiones cutáneas (moratones, mordeduras, quemaduras).
 - Fracturas recientes y/o antiguas.
 - Hematoma subdural, con o sin fractura, que puede manifestarse por un aumento del perímetro craneal, un trastorno de la consciencia, convulsiones y/o una hemorragia retiniana.
 - Es sujeto de negligencia habitual o presenta malnutrición y/o retraso pondoestatural y psicomotor.
 - Ha sufrido traumatismos recientemente y tiene antecedentes de episodios similares.
 - No tiene nuevas lesiones y mejora su estado físico y psicológico cuando se le separa del medio en que habitualmente vive (hospitalismo de signo inverso).
- c. La familia se encuentra inmersa en unas condiciones sociales y/o psicológicas desfavorables que pueden desembocar en violencia. Y es preciso tener en cuenta que, a menudo, es difícil saber dónde acaba la corrección y la disciplina paterna y dónde empieza el maltrato.
- En estos casos es aconsejable obtener fotografías y/o filmaciones dado que, en caso de un eventual juicio y demanda de pruebas, permitirán objetivar el estado del niño o niña en el momento de la atención médica.

Maltrato por negligencia

Es la forma de maltrato infantil más frecuente, y no recibe el interés que esto le otorgaría debido, probablemente, a la multitud de factores que se encuentran en su origen y que escapan a las posibilidades estrictamente médicas. La explotación laboral va desde el trabajo físico en edad escolar hasta el uso de niños como reclamo para pedir caridad. El abandono es la forma más grave, pero también debemos incluir los casos en los que no se atienden las necesidades sanitarias, de alimentación y/o de abrigo mínimas o aquellas en las que se priva al niño o niña de una atención protectora y/o educativa.

Las manifestaciones que encontraremos en un niño o niña que se han visto privados, de forma crónica, de sus

necesidades nutricionales y/o afectivas incluyen:

- Retraso pondoestatural o hipotrofia por abandono, cuadro en el que destaca el adelgazamiento progresivo y la desnutrición, la posterior caída de la curva de talla y el mantenimiento del perímetro craneal, y el retraso de la edad ósea y dentaria. La esmerada realización de las curvas de somatometría es de una gran ayuda para evaluar correctamente estos casos. La retirada del niño del medio habitual donde vivía y la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas provoca una mejora espectacular en su estado.
- Retraso psicomotor que afecta, a menudo, a los cuatro apartados: personal-social, lenguaje, motricidad global y motricidad fina. En el lactante, la plagiocefalia o alopecia occipital pueden ser orientativas de abandono.
- Trastornos de la conducta que, en los casos más graves, pueden presentarse con:
 - Actitud indiferente, con la mirada perdida o vacía, apatía, sin ningún interés por el juego.
 - Trastornos de la alimentación (vómitos, rumiación).
 - Actitudes de agresión al entorno, de autoagresión y/o autoestimulativas.

Una negligencia de corta duración puede no influir en la evolución del niño/-a, pero hay que tener en cuenta su edad y la intensidad de la privación. En los niveles socioculturales deficitarios, la negligencia, física y/o emocional, puede tener su origen en un desconocimiento de las normas básicas de puericultura aplicables en nuestra sociedad o en los problemas inherentes a una maternidad demasiado precoz, más que en un maltrato consciente. Sin olvidar que las actitudes culturales y/o religiosas de las familias pueden condicionar mucho las atenciones que sus hijos reciben.

Maltrato psicológico o emocional

Aparece cuando los adultos responsables provocan, con acciones o privaciones, sentimientos que repercuten negativamente en la autoestima del niño o niña y/o le limitan sus inicia-

tivas. Aquí encontraremos el desprecio continuado, el rechazo verbal, el insulto, la intimidación y el abuso de poder y la discriminación. A pesar de no dar signos y síntomas externos, la indiferencia y la ausencia de manifestaciones de apego pueden llevar, si persisten en el tiempo, a trastornos importantes de la personalidad. Y, a pesar de que afectan a niños y niñas de todos los ámbitos sociales, van a predominar de forma aislada allí donde la verbalización tiene su sistema de comunicación preferente, o sea, en los niveles socioculturales más altos. En los ámbitos económicamente más deficitarios, podemos encontrarlo asociado a otras formas de maltrato.

En los casos leves, vamos a encontrar trastornos del desarrollo: retraso psicomotor, inmadurez intelectual y dificultades de aprendizaje y de lenguaje. Si la privación se mantiene en el tiempo y/o se intensifica, aparecen problemas emocionales y/o de relación en forma de regresión o de conductas de tipo fóbico, histérico, maniaco y/o depresivo. El maltrato psicológico acaecido antes de la adolescencia tiende a expresarse en forma de trastornos de las funciones (alimentación, sueño, control de los esfínteres). A partir de la preadolescencia, predominan las manifestaciones emocionales y relacionales.

La sobreprotección y el aislamiento social secundario, en tanto que limita la capacidad del niño a crecer de forma cada vez más autónoma, es contraria al buen trato, protector pero también estimulador, que todo/-a niño/-a necesita. Constituye, por tanto, una forma de maltrato infantil por exceso.

Adopción y maltrato

Los expertos en seguimiento post-adoptivo aconsejan a los padres que dediquen el primer año a la creación y el fortalecimiento del vínculo afectivo intrafamiliar, tenga el niño adoptado la edad que tenga, antes de incorporarlo a la escuela, para conseguir así las mejores condiciones, tanto para el niño como para la familia. Esta realidad choca claramente con las posibilidades reales que las familias, adoptantes y no adoptantes, tienen de poder llevar a cabo una maternidad o paternidad responsable y consciente con las necesidades y el interés superior al menor.

En el apartado inicial, ya nos preguntábamos si el niño adoptado puede ser un niño maltratado. Y esto es así porque el enorme volumen de adopciones internacionales, de niños con un periodo prenatal y una primera infancia difíciles, que muchas familias españolas efectuaron hace unos 10 años, nos está aportando demasiados adolescentes con problemas de conducta que, ahora, las familias no saben ni pueden contener y que, en algunos casos, devuelven a la Administración para que se haga cargo de ellos.

Abuso sexual

Se incluyen aquí todos aquellos actos, tanto si son esporádicos como mantenidos en el tiempo, en los que se utiliza sexualmente a un menor en beneficio de un adulto que le coacciona o le somete por su autoridad. La forma más conocida de maltrato infantil intrafamiliar es el incesto. En estos casos, el código de silencio que existe dentro del núcleo familiar es el principal obstáculo para que, desde la misma familia, sea posible encontrar una salida. La falta de signos externos de agresión dificulta el diagnóstico. El abordaje del caso solamente es posible si somos capaces de detectar la situación de equilibrio abusador en que la familia vive. La “divulgación del secreto” del abuso, va a romper el (injusto) equilibrio familiar, pero es el primer e imprescindible paso para el abordaje terapéutico. Y aquí se nos plantea una evidente discordancia entre nuestra formación como restablecedores de desacuerdos y enfermedades y la necesidad de desequilibrar una familia hasta entonces sin aparentes o evidentes problemas. Pero no debemos olvidar nuestro papel como protectores de los menores.

El pediatra, que debe explorar sistemáticamente los genitales, incluida la zona anal, ha de plantearse el diagnóstico de abuso sexual si encuentra alguno de los siguientes signos de sospecha:

- Dolor, golpes, quemaduras y/o heridas en la zona genital y/o anal.
- Dificultad inexplicable para caminar o sentarse.
- Ropa rota o manchada de sangre y/o semen.
- Negación por parte del menor a realizar las actividades deportivas de su

edad y/o no querer utilizar la ropa adecuada para ello.

- Infecciones urinarias de repetición.
- Relajación del tono del esfínter anal.
- Menor (más allá del periodo perinatal y antes de la adolescencia) con enfermedad venérea de causa desconocida.
- Signos importantes de alteración emocional (huidas, cambios de conducta).
- Embarazo inesperado del que no se aclara la paternidad.
- Conocimientos y/o interés exagerado en el comportamiento sexual de los adultos.
- Molestias inespecíficas indicativas de abuso crónico: enuresis, encopresis, dolor abdominal recidivante, problemas escolares recientes.
- Niño víctima de otros tipos de maltrato.

La exploración debe registrar tanto los signos de abuso y las lesiones asociadas como el estado emocional del o de la menor o adolescente. Y debemos creer su versión si afirma que ha sido víctima de abuso. De todas formas, dado que no existen signos-guía patognomónicos y definitivos, hemos de ser prudentes para no diagnosticar falsos positivos. Caso de confirmarse la sospecha, debemos recoger el máximo de datos, si es preciso demorando unas horas la exploración (para hacerla conjuntamente con el ginecólogo y el médico forense, en el centro de salud o en el hospital) para evitar el tener que repetir los interrogatorios y las exploraciones, que representan para la víctima una nueva agresión. Sabemos que la urgencia en la práctica de una exploración y en la recogida de pruebas (esperma, sangre...) se sitúa en las 72 horas posteriores a la agresión. Si el posible contacto ocurrió hace más de tres días, la situación puede esperar a una visita más planificada y que evite atropellos y victimizaciones secundarias (y, por tanto, maltrato institucional por descoordinación por nuestra parte). Es aconsejable, si es posible, que la persona que ha merecido la confianza de la comunicación por parte del o de la abusado/-a esté siempre presente como interlocutor privilegiado que aminora la presión a que el menor va a verse sometido por parte de la familia y de la

misma sociedad, en la que, todavía, el abuso sexual continúa siendo un tema tabú. La grabación de la entrevista, previa demanda de autorización, puede ser una buena forma de proceder. Además, debemos dar a la víctima mensajes desdramatizadores (“no eres el/-a único/-a que ha sufrido esta situación”, “tú no eres responsable de todo lo que está ocurriendo y de lo que ha ocurrido”). Para los niños más pequeños, puede ser útil usar muñecos o dibujos. Y no nos olvidemos de preguntar al menor sobre el origen de las lesiones. *Save the Children* cuenta con un buen manual de formación sobre abuso sexual infantil, orientado a los profesionales, dirigido por Horno y cols.⁽¹³⁾

Dentro del abuso sexual, debemos incluir también las diferentes formas de explotación sexual comercial de la niñez, constituida por prácticas que son degradantes y, a menudo, atentatorias contra la vida de los niños. Existen tres formas principales e interrelacionadas: prostitución, pornografía y tráfico con propósitos sexuales. Otras formas incluyen el turismo sexual de la niñez y los casamientos tempranos.

Un sitio web especialmente sensible en el tema del abuso sexual infantil es el de la Asociación RANA⁽¹⁴⁾. Desde hace un año, el Consejo de Europa, por medio de la red de asociaciones de FAPMI, está impulsando en toda nuestra geografía la campaña “Uno de cada cinco”⁽¹⁵⁾, que es la incidencia de violencia sexual en los niños y adolescentes europeos. Esta campaña va destinada a sensibilizar a la población sobre la existencia de un tema, todavía tabú en nuestra sociedad, el abuso sexual infantil, y a ayudar a los niños y niñas a autoprotgerse, con una población diana en la franja de edad de 4 a 7 años. Para ello, se focaliza en la sensibilización de los maestros y psicólogos de las escuelas mediante sesiones de formación. Otra excelente fuente de formación, en este caso sobre el abuso sexual intrafamiliar, es la película “No tengas miedo” de Moncho Armendáriz⁽¹⁶⁾.

Maltrato prenatal

Aparece cuando una mujer en periodo de gestación descuida, de forma deliberada o consciente, las atenciones que un embarazo exige. La situación

más evidente es la del hijo de madre adicta a drogas (desde la heroína o la cocaína, al alcohol y el tabaco), pero debemos incluir también la alimentación incorrecta y/o deficitaria, un ritmo de trabajo excesivo y/o la falta de control del embarazo, entre otros. La generalización de la consulta prenatal y la relación del pediatra con los equipos ginecológicos y de preparación al parto permiten una mejor detección precoz de los casos que nos exigen un aporte añadido de apoyo y ayuda (que para esto queremos detectar los factores de riesgo).

Síndrome de Münchhausen por poderes

Consiste en la descripción, por parte de los padres o tutores, de hechos falsos o en la provocación, en el niño o niña, de signos y síntomas de enfermedad para generar un proceso diagnóstico y de atención médica continuada o mantenida. Hemos de tenerlo en cuenta cuando, después de múltiples estudios, pensamos: “no he visto nunca un caso como este”. La causa de base se encuentra en problemas psiquiátricos de los padres, a menudo trabajadores del ámbito sanitario. Para llegar al diagnóstico, es preciso recoger los historiales anteriores de la víctima, que la mayoría de las veces ha sido atendido en diversos centros asistenciales. De todas formas, también hemos comentado anteriormente que la insistencia y la repetición de las visitas puede constituir una forma encubierta e indirecta de solicitud de ayuda.

Maltrato institucional

El maltrato infantil no es exclusivo del ámbito familiar. Las instituciones y los profesionales del mundo de la infancia, pero también los organismos administrativos y políticos pueden generar actuaciones de acción y/u omisión que impidan o frenen el mejor desarrollo de los niños y jóvenes que nuestra sociedad puede ofrecerles. Pueden ser tanto acciones en contacto directo con el niño como actos o disposiciones que van en contra de los intereses reales de la infancia en general. La yatrogenia por falta de preparación de los profesionales o la falta de coordinación entre ellos son ejemplos evidentes de este tipo de maltrato.

Diagnóstico y abordaje por parte del pediatra de Atención Primaria

Ante un menor en peligro, nuestro primer objetivo, además de tratar las lesiones que presente, es asegurar su protección, sin olvidar, sin embargo, que en las situaciones de maltrato infantil un profesional no puede actuar nunca solo.

El pediatra en Atención Primaria, en un centro de salud, en un consultorio municipal o en su ejercicio privado puede: a) detectar, durante una visita motivada por otra causa, lesiones, comportamientos o datos sugerentes de maltrato; b) ver solicitado su criterio para confirmar una sospecha formulada por otro profesional; o c) que se pida su opinión en la tramitación administrativa o judicial de un caso. De hecho, ante una lesión sospechosa no es tan importante el conocer exactamente quién, cómo y por qué se ha producido, como la correcta valoración del peligro en que la víctima se encuentra en su ambiente habitual. Además, el primer paso para llegar a un tratamiento global de todo el núcleo familiar es la obtención de la confianza y colaboración de los padres.

Debemos diagnosticar el maltrato **al lado** de los padres, **no en contra** de los padres.

Podemos condenar el hecho objetivo de la agresión, pero debemos respetar la subjetividad del agresor. Nosotros no somos jueces y además es probable que también el agresor haya sido maltratado o abandonado en su infancia y necesite también ayuda. Hemos de saber sustituir las posiciones de rechazo y enfrentamiento por actitudes de colaboración y apoyo a los padres, a pesar de que esto resulte difícil cuando tenemos delante un niño maltratado. La actuación médica y de enfermería no debe limitarse a la cura de las lesiones, sino que ha de proseguir con el trabajo multidisciplinario, para intentar resolver los problemas que originaron la agresión y evitar así la aparición de recidivas. La comprensión de la subjetividad del concepto de agresor actual *versus* víctima anterior se me ha esclarecido al comprobar que, en mi centro de salud mental infantil y juvenil de referencia (del nacimiento a los 18 años), el 10% de jóvenes a los que atienden son agresores sexuales de niños

de menor edad. Con una peculiaridad en su historia: todos ellos son varones y habían sido abusados sexualmente a una edad inferior. ¿Podemos juzgar su conducta actual sin reconocer que no fuimos capaces de actuar cuando eran ellos las víctimas?

Desde el descubrimiento del maltrato a la comunicación del hecho, y desde comunicación del caso a la intervención eficaz, hay unos periodos de tiempo durante los cuales la víctima continúa sufriendo. “Mojarse” significa que el profesional ha de dar un paso adelante, implicarse y asumir ciertos riesgos. Ante un niño en peligro, el profesional se encuentra en una situación incómoda, a veces angustiante, y probablemente agradecería tener un remedio-medicina que resolviera la situación. Pero la solución milagrosa no existe. Nuestra formación, excesivamente orientada a la curación, al éxito por el individualismo, a tener soluciones rápidas para todo, no puede resolver la gran diversidad de factores que originan los malos tratos infantiles.

Ante un caso dudoso y/o ante una familia con factores de riesgo de maltrato, puede ser de ayuda comentar el caso con el trabajador social (o con el profesional que pueda ofrecernos más datos sobre el ambiente donde la posible víctima vive), dado que a veces se trata de familias desestructuradas ya conocidas por nuestra red. Si el diagnóstico es claro, tenemos la obligación legal de realizar la comunicación judicial de lesiones (inmediata y urgente si es preciso) e informar también a las instituciones de protección a la infancia, con una documentación lo más amplia y detallada posible por si es necesaria en una tramitación judicial posterior. Ante un menor en peligro nuestro primer objetivo como profesionales es asegurar su protección y le debemos dedicar el tiempo que haga falta sin olvidar, sin embargo, que en las situaciones de maltrato infantil un profesional no puede actuar nunca solo.

El miedo al error, por exceso o por defecto, puede hacer aconsejable la hospitalización para excluir o confirmar un problema médico grave. La hospitalización, además de permitir la protección del menor durante el periodo de evaluación y tratamiento, permite la correcta

observación del menor, sus padres y de la relación entre ellos. Constituye una medida a la vez diagnóstica y terapéutica y permite la derivación de una eventual denuncia judicial, a pesar de que no debemos retrasarla si el diagnóstico ya es evidente en la visita de atención primaria. El trabajo de Pou en esta misma publicación (*Pediatr Integral* 2000; 5(7): 751-759) y en la de *Protocolos de Urgencias Pediátricas*⁽¹⁶⁾ constituyen una guía clara de actuación ante situaciones de maltrato físico y abuso sexual una vez hemos llegado al ámbito hospitalario. En el algoritmo final del presente artículo, el autor plantea una propuesta de abordaje centrada en la Atención Primaria.

Orientaciones preventivas y niveles de prevención

No atendemos abuso infantil. Lo que atendemos son menores abusados, cada uno con su singular historia, con su singular familia y, por tanto, con la necesidad de un tratamiento también singularizado.

Si sabemos que todos somos maltratadores potenciales de los niños y que solamente es preciso que se acumulen las circunstancias para llegar al maltrato, para prevenirlos realmente hemos de saber dar apoyo a los padres o cuidadores en los frecuentes momentos de dificultad que la vida a todos nos da y ayudarles a tener unas expectativas realistas ante sus hijos y así mejorar su actuación cuando se presenten las circunstancias adversas.

En el campo de la Pediatría Social, es evidente que las causas son comunes a diversos de los problemas que abordamos. Las causas son sociales y los efectos, pediátricos. Allí donde los menores pasan la mayor parte de su tiempo despiertos es donde es preciso insistir en asegurar las atenciones que precisan. Los centros educativos son, junto con los centros sanitarios, lugares privilegiados para la aplicación de medidas preventivas en todos sus niveles.

A pesar de que la prevención del maltrato infantil puede abordarse de distintas formas, aquí vamos a diferenciarla en niveles (del primario al cuaternario) y, en cada uno de ellos, definiremos su población diana y los objetivos específicos.

Prevención primaria

Tiene como diana a toda la población, dado que todos somos maltratadores potenciales de los menores, y su objetivo es la reducción o la desaparición de nuevos casos, antes de que el fenómeno se presente. Constituyen medidas de prevención primaria todas aquellas actuaciones de ayuda y empoderamiento de las familias que fomenten el buen trato infantil de forma extensa y generalizada. Cada pediatra conoce (o debería conocer) los recursos sociales y educativos que existen en su zona de influencia. ¿Cuáles son los objetivos de la prevención primaria?:

- La eliminación o la reducción al mínimo de las circunstancias ambientales y sociales que favorecen su aparición, circunstancias que a menudo se deben a aspectos macroeconómicos (injusticia social, paro, inmigración) que no están a nuestro alcance abordar, aunque sí conocer.
- Sensibilización de la población general acerca de lo que es y supone el fenómeno de los malos tratos a los niños.
- Promoción de la salud y de la competencia de la población en la mejora del buen trato a que todos los niños y niñas tienen derecho, aumentando las defensas del individuo para que le sea más difícil llegar a maltratar a un niño. ¿Cómo? Por un lado, incrementando su tolerancia a la frustración y dándole alternativas al uso de la violencia como método correctivo; y, por otro, mediante la educación sobre el niño normal, su comportamiento y las atenciones que precisa. En este campo, queremos destacar el mantenido papel de *Save the Children* en su apoyo a las familias, ahora con su campaña “Creciendo como padres y madres”⁽¹⁸⁾. Otra publicación interesante es la de Meeks⁽¹⁹⁾.
- El periodo en que los futuros padres son más accesibles para educar ya sobre lo que es una maternidad/paternidad responsable es el de la escuela secundaria. Aunque la ventaja de la accesibilidad presencial de la mayoría de jóvenes no nos asegura que el mensaje que queremos transmitir llegue a su destino. No

nos sirve que el cuerpo esté presente si la mente está ausente.

- Para los ya padres y madres, especialmente sensibilizados para recibir esta educación, el periodo prenatal, los días de hospitalización que siguen al parto, los días críticos del retorno a casa y los años de escolarización (“escuela de padres”) son las etapas que debemos aprovechar. Las escuelas de padres municipales constituyen una variante útil. En nuestra zona, la Biblioteca municipal impulsa grupos de ayuda mutua, gratuitos y patrocinados por el Departamento de Bienestar y Familia (“Créixer en família-Crecer en família”)⁽²⁰⁾, con reuniones semanales o quincenales bajo la dirección de una psicóloga que están resultando especialmente útiles. Asimismo, desde la Biblioteca y en el programa “Creixem llegint” (“Crecemos leyendo”)⁽²¹⁾, se ha realizado una selección de cuentos infantiles que permiten abordar pequeños o grandes problemas comunes que las familias no saben, a menudo, cómo afrontar, y que son mejor canalizados al verbalizarlos a partir de un libro, que pueden llevarse a casa en préstamo. Como pediatras podemos recetar la lectura de cuentos de la Biblioteca municipal como un método complementario para fomentar la red social, mejorar el vínculo intrafamiliar y empoderar a las familias.
- Potenciar el papel de los profesionales, mejorando tanto sus conocimientos (aptitudes) sobre la realidad de este problema en su ámbito de trabajo y de los recursos que puede utilizar como su disponibilidad a actuar cuando la situación se presente (actitudes). Hay que potenciar la formación y la sensibilización tanto en el pregrado como en el postgrado, sin olvidar la necesaria educación sobre el trabajo en equipo. El abordaje interdisciplinario es aquí imprescindible para, entre todos los que debemos intervenir, buscar siempre la mejor solución para el o la menor, pero también para su familia. Y, detrás de ello, debe existir la confianza de que la detección servirá para mejorar las expectativas del niño. Si el profesional desconfía o

no conoce las redes de colaboración, de poco servirá que esté formado y sensibilizado. Así pues, también es importante cuidar las condiciones en que estos equipos ejercen su trabajo y supervisar la salud mental de sus profesionales.

Un aspecto de la prevención primaria del maltrato infantil hasta hace poco olvidado es el de la educación para la mejora de la autoestima y para la autoprotección de los verdaderos protagonistas: los niños y niñas. Este es un apartado que, desde distintos foros, está recibiendo un creciente interés^(13,22-24) y que tiene especial importancia en la autoprotección de los jóvenes ante las amenazas canalizadas por medio de las nuevas tecnologías de la información. Existen blogs específicos que están orientados a las familias, para proteger a sus hijos, y que los pediatras también deberíamos conocer para obtener información que podemos facilitar a los padres: “Menores en peligro, padres en acción” es una de ellas⁽²²⁾.

Prevención secundaria

En este nivel, la población diana son los menores y las familias en situación de riesgo, no tanto para etiquetarlas como para intentar contrarrestar, mediante el soporte en red, sus dificultades. Somos profesionales de la ayuda de la individualidad de cada caso y de cada familia, y no de la clasificación simplificada y cómoda. Demasiado a menudo hemos buscado disponer de un listado de factores de riesgo aplicables a toda la población sin tener en cuenta que estos datos se han obtenido a partir de casos ya diagnosticados de maltrato en niveles sociales deficitarios, con lo que aún etiquetamos y segregamos más a estas familias, y que sólo encontramos las cosas allí donde las buscamos.

El objetivo de la prevención secundaria es la desaparición, o la reducción, de la situación de riesgo antes de que el maltrato aparezca, mediante:

- La detección y el abordaje precoz de las situaciones de riesgo.
- La promoción de la salud y de la competencia de la población de riesgo.

En los periodos prenatal y perinatal, las comadronas y el personal de enfermería son las protagonistas, por

su ascendencia sobre las madres y por su privilegiada situación en observar las relaciones entre los padres y el bebé que esperan o que acaba de llegar. A pesar de tratarse de datos inespecíficos de riesgo, vamos a apuntar algunos de los que deben encender nuestra señal de alerta: a) madre o pareja adolescente y/o inmadura; b) adicción a drogas de difícil control; c) excesiva preocupación por la vida laboral, profesional o social; d) aislamiento y falta de relaciones sociales; e) embarazo no deseado; f) manifestaciones de rechazo del bebé y/o falta de control del embarazo hasta el final del mismo; g) desestructuración familiar; h) planteamiento de ceder al niño en adopción; i) antecedentes de malos tratos en los padres y/o en hijos anteriores; y j) rechazo a contactar con el bebé una vez nacido.

En los momentos finales del embarazo y en los comienzos del postparto, es importante fomentar las oportunidades que permitan establecer una relación emocional positiva entre la pareja y el hijo, ayudar a reducir el sentimiento de soledad y aislamiento de la pareja durante el último trimestre y buscar un soporte material y psicológico cuando la madre haya de regresar al domicilio. Esto, que es de utilidad como medida de prevención primaria en toda la población, tiene una importancia mayor como prevención secundaria en las familias en situación de dificultad.

Después del periodo perinatal, en el ámbito sanitario, tienen especial interés los servicios de Atención Primaria de salud, que es donde acudirán las familias para las revisiones periódicas preventivas y cuando existan pequeños o grandes problemas de salud. Es aquí donde podremos ir conociendo ampliamente las características psicociolaborales del grupo familiar, y entrever las situaciones anómalas en el funcionamiento de la pareja y de la relación niño-pareja. Como ejemplos de ello, podemos encontrar, entre otros: a) formas de corrección verbal o física agresivas por parte de los padres; b) hábitos de coacción; c) faltas repetidas en la escolarización; d) visitas repetidas sin motivo aparente o que no se atreven a desvelar; e) la insistencia a ingresar al niño por motivos banales; f) la incomparencia repetida a las visitas de niños con procesos graves y/o

crónicos; g) los retrasos, inexplicables médicamente, en el ritmo de crecimiento y maduración; h) la comprobación de repetidos engaños por parte de la familia; i) los propios relatos del niño; j) la falta de higiene repetida; o k) los accidentes excesivamente frecuentes. Se puede añadir aquí la patología ligada a la disfunción familiar, más manifiesta en los fines de semana y en los periodos de vacaciones escolares.

Cuando el sistema sanitario funciona adecuadamente, la visita de asistencia primaria es una pieza fundamental para la vigilancia de la salud, y permite descubrir fácilmente las situaciones de riesgo y contactar con los servicios adecuados para mejorar las expectativas del menor y su familia. Si, como a menudo ocurre, el sistema sanitario no dispone de personal y/o tiempo y sólo cumple con lo mínimo, la promoción de la salud queda relegada a un segundo plano, lo que da pocas perspectivas a las familias en situación de dificultad.

La visita domiciliaria desde la etapa prenatal hasta los dos primeros años de vida en las familias de riesgo de cometer maltrato. En los primeros meses de vida es bueno acompañar y aconsejar a los padres sobre el frecuente cólico del primer trimestre con mensajes verbales, pero también por escrito, sobre la mejor manera de actuar para no perjudicar al bebé. El dar consejo para “evitar el síndrome del niño sacudido” es, por ejemplo, una de las medidas preventivas que encontramos en diversas publicaciones^(8,10). Nos preocupan especialmente aquellas situaciones que pueden comprometer el establecimiento y fortalecimiento del vínculo afectivo maternofamiliar. Y sabemos de la importancia de los primeros meses postnatales para conseguirlo. La depresión postparto puede constituir un impedimento mayor. Para evaluarla de forma objetiva nos es útil la Escala de depresión postnatal de Edimburgo⁽²⁵⁾.

¿Qué instrumentos podemos utilizar para detectar situaciones de riesgo en poco tiempo? Apuntaremos algunos ejemplos. Como consejo práctico para evaluar los métodos de corrección que se usan en casa, al autor le es de ayuda formular la pregunta: “cuando el niño o niña no hace lo que usted quiere que haga, ¿cómo se las arregla Usted para

conseguirlo?”. O también: “¿cómo se las arreglaban sus padres con Usted cuando hacia lo mismo?”. Cuando a quien tenemos delante es a un pequeño hipercinético que está sacando de quicio a sus padres (y también a nosotros y al orden de nuestra consulta): “Yo le tengo aquí sólo unos minutos y ya no puedo con él. ¿Cómo se las arregla usted para que le crea? Algún cachete le debe caer, ¿verdad?”. Y, si queremos finalizar como abogados del menor, es aconsejable pedir que cada uno de los progenitores nos diga tres cualidades que su hijo tiene, preferiblemente en presencia del menor. ¡Cuidado si solamente encuentran defectos y puntos negativos!

Prevención terciaria

La población diana de la prevención terciaria la constituyen las víctimas y su entorno, y el objetivo es reducir la gravedad de las secuelas y evitar las recidivas⁽²⁶⁾.

Para conseguirlo utiliza:

- El tratamiento de las víctimas y el entorno.
- Promoción de la salud y la competencia de las víctimas y de su entorno.

Este es el nivel que siempre hemos aplicado si nos referimos al tratamiento médico de las lesiones. No es este el momento ni el ámbito en que debemos abordar el tratamiento pormenorizado de todos y cada uno de los síntomas y signos que la víctima puede presentar. Sí lo es, en cambio, de recordar la segunda parte de nuestro deber ante un menor maltratado: velar por su protección inmediata y futura, con la ayuda de todos los integrantes de la red de la que formamos parte. Y no hipotecar, ya de entrada, con nuestra reacción visceral ante las lesiones que el menor presenta, el complejo trabajo interdisciplinario que, a partir de nuestra actuación, va a iniciarse. Podemos plantear a los padres nuestras dudas respecto al origen de las lesiones, pero debemos insistirles en que, como ellos, nuestro interés es el del bienestar para la persona lesionada, informarles de nuestra obligación legal de comunicar todas las lesiones que se presentan en nuestra consulta, y de nuestra disponibilidad de colaboración y escucha ante sus dudas. Si nos ponemos en su contra, ya de entrada, vamos

a hipotecar el trabajo posterior del resto de compañeros de ruta. No somos quienes para juzgar algo que desconocemos todavía, pero sí podemos insistir en el supremo interés del menor. Así:

a. Si el menor presenta lesiones evidentes, existe una sospecha razonable o bien hay una situación de alto riesgo para su salud, debemos activar una protección inmediata, ya sea mediante el ingreso en un centro hospitalario (si existe la necesidad de atención médica) o en un centro de acogida de los Organismos de Protección a la Infancia de nuestra zona (si sus lesiones no precisan tratamiento hospitalario y si la separación del ambiente habitual en que reside, para asegurarle sus necesidades sin riesgos).

1. Si el diagnóstico es evidente, debemos comunicarlo, además de a los compañeros de Urgencias del centro hospitalario si este es el caso (telefónica y personalmente durante el trayecto del menor una vez ha salido de nuestra consulta), al Juez de Guardia, así como al ministerio fiscal (aunque de este paso ya se deriva de la comunicación judicial) y a los Organismos de Protección Infantil (con la colaboración del más cercano de los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria, el/la trabajador/a social). Es conveniente saber que el médico forense es un profesional del juzgado que actuará a partir de las indicaciones que el juez le dicte, por lo que es preciso, siempre efectuar lo más precozmente posible la comunicación judicial. Los cuerpos y fuerzas de seguridad deberían actuar, teóricamente, por mandato del juez, pero puede ser útil solicitar su ayuda si precisamos protección inmediata para el/la menor (o los integrantes de nuestro equipo sanitario) antes de poder contactar con el juzgado. En nuestra comunidad, también son ellos los que se encargan de la custodia de las pruebas (fotos, ropas...) para un eventual juicio posterior.

2. Si hay duda razonable, situación de riesgo no inmediato o situación de negligencia y abandono, nuestra actuación nos llevará, además de efectuar el obligado comunicado de lesiones (la suma de muchas dudas le sirve al juez para construir una evidencia), a informar al Ministerio Fiscal (el encargado de velar por los derechos de las personas) y activar los Organismos de Protección (lo más fácil es contactar con el/la trabajador social) para iniciar el necesario control y seguimiento posterior.

b. Si lo que encontramos son indicadores psicosociales de riesgo o situaciones leves o aisladas, puede no ser necesario activar todo el circuito. Pero esto no significa que no debemos hacer nada, sabiendo, además, que es en este trabajo en equipo interdisciplinario donde encontramos la mayoría de casos. Es precisamente entonces cuando el control y seguimiento en Atención Primaria toma todo su valor, recordando que nuestra actuación con las familias puede constituir, paradójicamente, una forma de maltrato institucional. Si nuestra visión de las familias que atendemos es negativa, pesimista y generadora de frustración (Fig. 3 y 4), nuestra actuación no tendrá ni la calidad de trato ni el interés específico que una familia colaboradora y amable acostumbra a obtener de nosotros. Y el incorrecto abordaje familiar repercutirá, a su vez, en el trato que el menor va a recibir. Tanto por acción como por omisión, podemos generar una victimización secundaria. No está de más, pues, saber que no siempre tendremos delante la familia ideal que deseáramos, para sentirnos cómodos y satisfechos con nuestro quehacer diario. La mayoría de las familias, como nosotros los profesionales, procuran hacer las cosas lo mejor que saben en función de sus capacidades y de las circunstancias que viven.

Muchas de sus preocupaciones y angustias se resuelven fácilmente si mejoramos nuestra capacidad de acogida. Por otro lado, nuestro celo detectivesco en

encontrar factores de riesgo o de desestabilización no nos debe hacer olvidar que las familias aceptarán mejor nuestros consejos si se trata de momentos correctivos aislados en una relación de ayuda que, las más de las veces, viene marcada por nuestro elogio, ánimo y aliento por los progresos (aunque a nosotros nos parezcan mínimos) que consiguen. No sea que, como algunos padres con sus hijos, solamente nos dirijamos a ellas para señalarles sus faltas y/o errores (Figs. 5 y 6).

Prevención cuaternaria

Hasta hace poco tiempo se definían solamente los tres niveles anteriores. Últimamente, y a raíz del concepto de resiliencia de las víctimas y de la necesidad de reivindicar el “*primum non nocere*”, se ha añadido este nivel, destinado específicamente a nosotros, los profesionales del mundo de la infancia. **En este nivel comparamos las posibilidades y los recursos de que disponemos (¿qué podemos ofrecer sin victimizar?) y la resiliencia del sujeto de atención.** Como afirma Barudy⁽⁸⁾: el concepto de resiliencia nace de la constatación de que determinadas personas resisten mejor que otras las enfermedades y las dificultades que la vida a todos nos da. Cyrulnik⁽⁶⁾, por su parte, apunta que la resiliencia es: la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

La medicina defensiva (¿en interés del paciente?) con la multiplicación de pruebas, no siempre necesarias, que conducen a una yatrogenia no despreciable, es un ejemplo de la falta de aplicación de la prevención cuaternaria. La falta de coordinación entre los profesionales que deben intervenir puede llevar también a una victimización secundaria del o de la menor. Por ejemplo, en la repetición innecesaria de exploraciones ginecológicas en una menor que ha sido víctima de abuso sexual y que tiene el valor de comunicarlo y confiar en la red de apoyo de la que formamos parte. Hay que individualizar, también aquí, los tratamientos. No atendemos abuso infantil. Lo que atendemos son menores abusados, cada uno con su singular

historia, y por tanto con la necesidad de un tratamiento también singularizado.

Hay una aspecto a no olvidar. En su libro “*Enfants en danger, professionnels en souffrance*”, Gabel y Lamour⁽²⁷⁾ insisten en el hecho de que todos los profesionales que detectan, evalúan y/o deciden separar a un niño de sus padres, todos aquellos que están implicados en la protección de la infancia, sufren, pero no se atreven a hablar por el temor a ser juzgados o, incluso, a ser descalificados por evidenciarlo. E insisten en que, cuanto más afectados estén, peores serán sus competencias, lo que lleva a disfuncionamientos importantes y a efectos nefastos, tanto para las familias como para los mismos profesionales. Es preciso, pues, reconocer este sufrimiento para intentar darle una solución y prevenir así el maltrato institucional que puede conllevar. La prevención del *burnout*, del desgaste de los profesionales que deben intervenir, tiene especial interés en este campo de la Infancia maltratada.

Conclusión

La mejor forma de ayudar a un niño es apoyar a sus padres. La mejor forma de ayudar a las familias es apoyar a los profesionales que tienen este encargo social.

Como pediatras, nos cuesta aceptar que nuestra formación no nos ha dado recursos suficientes para enfrentarnos a problemas como el del maltrato infantil, de etiología compleja. Reconocerlo es el primer paso para encontrar la ayuda que necesitamos, ayuda que está ahí, en los otros profesionales que nos apoyan en la compleja tarea de acompañar a los padres a hacer crecer a los menores, a construir el edificio singular que cada niño es. Estamos convencidos de que la mejor manera de ayudar a un niño es ayudar a sus padres, y también sabemos que la mejor forma de apoyar a las familias es asegurar la calidad de la red de apoyo social de la que formamos parte. El mejorar el trabajo en equipo es, pues, fundamental, pero también lo es exigir, en beneficio de las familias que acuden a nosotros, que podamos trabajar en las mejores condiciones posibles en interés de los menores, y sentirnos útiles mediante el ejercicio de nuestra profesión.

Agradecimiento

A Alba González Fernández por la corrección del manuscrito.

Bibliografía recomendada

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.* www.unicef.org/spanish/crc/ Convención sobre los Derechos del Niño de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.

2.* Cuestas Montañés E, Juanes de Toledo B. Los niños maltratados tienen más riesgo de problemas de salud a largo plazo. *Evidencias en Pediatría*. 2013; 9: 9.

Este trabajo estudia la relación entre el maltrato infantil no sexual con la aparición de enfermedades mentales, trastornos del comportamiento y enfermedades físicas. Se revisan un total de 124 estudios publicados y encuentra que las personas que fueron maltratadas durante la infancia, tuvieron más problemas de salud, como depresión, consumo de drogas, conductas suicidas, enfermedades de transmisión sexual y conductas sexuales de riesgo y embarazos no deseados. Para poder minimizar estos daños, tanto la familia como los profesionales docentes y sanitarios deberían ser capaces de detectar y abordar precozmente el maltrato.

3.** “*Babies*”. Película-documental de Thomas Balmès - 79’ (2010)

Esta película sigue a cuatro bebés desde antes de su nacimiento hasta el día de su primer aniversario. Dos de ellos viven en zonas rurales (Ponijao, en Namibia y Bayar, en Mongolia), y dos en áreas urbanas (Mari, en Tokio, y Nattie, en San Francisco).

4.* IX Congreso Estatal de Maltrato Infantil de la FAPMI. 2008. Disponible en: www.asociacionrea.org/congreso/

Conclusiones del IX Congreso Estatal de Maltrato Infantil organizado por la Asociación REA y la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Valladolid, Noviembre 2008. “Trabajando en red. Claves para avanzar”.

5.* Bienestar y Protección Infantil. Publicación de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). 3 números anuales. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). Existen asociaciones en más de 10 comunidades autónomas. Página web: www.fapmi.es. E-mail: fapmi90@teleline.es. Sede en Madrid: Paseo Delicias 8, entreplanta. 28045 Madrid. Tel.: 91 468 26 62.

6.* Cyrulnik B. *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedisa.

El autor nos ofrece en este libro una visión alternativa y optimista a las actuales teorías sobre el trauma infantil y sus efectos dañinos e irre-

parables. A través de ejemplos, nos muestra la existencia de un mecanismo de autoprotección, la resiliencia, que se pone en marcha desde la infancia mediante el tejido de lazos afectivos y la expresión de emociones y que amortigua el choque de la experiencia traumática. Para él, ninguna herida es irreversible, y un niño herido no está condenado a convertirse en un adulto fracasado, ya que no todo se juega antes de los tres años y no todo está decidido a los seis. En contra de la creencia general, un niño maltratado no tiene por qué convertirse en un padre maltratador.

7.*** García Pérez J, Martínez Suárez V. Guía práctica del buen trato al niño. Madrid: IMC. Lab Heel; 2012. (226 p).

Guía práctica dirigida por dos pediatras expertos en este tema que, con la ayuda de sus colaboradores, dan útiles orientaciones preventivas, tanto para las familias como para todos los profesionales implicados en el trato y la protección de la infancia (ámbito familiar, sanitario, educativo, recreativo, social, adoptivo, policial y judicial, Guardia Civil, centros de acogida, medios de comunicación, niños con dificultades especiales). Recuerda un clásico: La *Guía de Atención al Maltrato* (1993), de ADIMA, Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato), que se orientó también a los diversos colectivos profesionales que pueden tener contacto con el mundo de la infancia.

8.** Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Ed. Gedisa; 2005. (254 p).

Guía para, por un lado, informar y concienciar a progenitores y educadores sobre la importancia de una crianza responsable y respetuosa y, por otro, para mostrar el poder de los buenos tratos para ayudar a los niños a recuperarse de las violencias psíquicas y físicas sufridas en la propia familia, en instituciones o en su entorno social.

9.** Seligman MEP. Niños optimistas. Gavà (Barcelona): Ed. DeBolsillo; 2005.

Esta obra define las raíces del optimismo en el niño, enseña a detectar la aparición de actitudes pesimistas y muestra cómo combatirlos con un programa que fomenta la autoestima a través de los juegos, la reflexión y la sinceridad.

10. "Atención, frágil". ACIM, 1990.

Fascículo destinado a los padres con consejos amables por medio de cómics orientados a aceptar los problemas más frecuentes de crianza durante los primeros 3 años de vida. Adaptado, tras autorización, del original belga de ONE (*Office de la Naissance et l'Enfance*) con el mismo título.

11.*** Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria de salud. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado octubre 2011. [Consultado 03-04-2013]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>

Extensa revisión de 2011, que incluye los siguientes apartados: definición y tipos de maltrato infantil intrafamiliar; magnitud del problema del

maltrato infantil; indicadores de riesgo asociados; intervenciones preventivas; wfectividad de la prevención desde Atención Primaria; recomendaciones de PrevInfad; estrategia de búsqueda de la actualización y bibliografía. Artículo de referencia para los pediatras de Atención Primaria del Grupo de Actividades Preventivas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, que incluye orientaciones para los diferentes niveles de prevención.

12.** Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. Guía Clínica. Fisterra. [consultado 03-04-2013]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/indicadores-maltrato-infantil/>

Esta web aragonesa es ya clásica en el estudio del maltrato infantil en España y, dentro de sus contenidos, incluye una amplia descripción de los indicadores físicos y comportamentales, en los niños maltratados y también en los adultos perpetradores, así como algoritmos de actuación y fuentes de información añadidas.

13.** Horno Goicoechea P, Santos Nández A, Del Molino Alonso C. Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales. Save the Children España; 2002.

Dentro del Programa de Prevención del Abuso Sexual Infantil, *Save the Children* España ha editado este manual, donde se recogen las informaciones actualmente disponibles elaboradas por tres equipos de trabajo, cada uno centrado en uno de los siguientes bloques: ¿qué es abuso sexual infantil?, prevención y tratamiento.

14.*** Fundación Red de Ayuda a los Niños Abusados-RANA. Disponible en <http://www.fundacionrana.org/>

RANA (Red de Ayuda a Niños Abusados) es una asociación sin ánimo de lucro de ámbito balear, cuya función social es prevenir el maltrato y el abuso sexual infantil, a través de actividades de sensibilización, educación y trabajo en red. En su página web, encontramos valiosos mensajes y materiales para la sensibilización y la formación, especialmente en el campo del abuso sexual infantil, pero también de las otras formas de maltrato.

15.*** Campaña "Uno de Cada Cinco" del Consejo de Europa para la Prevención de la Violencia Sexual contra la Infancia (2010). Disponible en: <http://www.fapmi.es>

La campaña para frenar la violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes fue iniciada por el Consejo de Europa el 29 de noviembre de 2010 en Roma (Italia), siendo sus principales objetivos: 1) promover la firma, ratificación y aplicación del Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños contra la Explotación y el Abuso Sexual; 2) proporcionar a los niños, a sus familias y cuidadores y a las sociedades conocimientos y herramientas para prevenir la violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes y, de este modo, crear conciencia acerca de todo lo que constituye violencia sexual contra las personas menores de edad. Uno de los objetivos de la campaña es conseguir que todos los sectores, ámbitos y agentes directa e indirectamente relacionados con la atención a niños, niñas y adolescentes se

involucren en la prevención del abuso sexual contra personas menores de edad, creando una red de prevención.

16.** "No tengas miedo" de Montxo Armendáriz - 90' (2011).

Excelente película que nosotros utilizamos, en formato fórum, en los cursos de formación sobre abuso sexual infantil, dado que el abordaje y la puesta en escena de un tema tabú como el incesto está especialmente cuidado. Y permite un coloquio enriquecedor en aptitudes y actitudes.

17.** Pou J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-urgencias-pediatricas>

Artículo claro y conciso de un experto, sobre la actuación pediátrica ante un posible caso de maltrato infantil en Urgencias, con algoritmo incluido. Lo bueno, si breve, dos veces bueno.

18.*** Save the Children España. Campañas "Creando como padres y madres" (2009), para apoyar el ejercicio positivo de la parentalidad, y "Educa, no pegues!" (1999), "Corregir no es pegar" (2005), para la sensibilización contra el castigo físico a los niños y niñas en la familia.

Save the children, con la colaboración de otras organizaciones, impulsa esta campaña que persigue los siguientes objetivos: a) sensibilizar a la población general, especialmente a los padres, sobre las consecuencias del castigo físico; b) promocionar formas positivas y no violentas de educación y cuidado del niño en el ámbito familiar; y c) informar a l@s niñ@s sobre sus derechos e implicarles en su defensa. Se define el ejercicio positivo de la parentalidad al comportamiento de los padres y madres fundamentado en el interés superior del niño. Para información sobre los múltiples materiales de que disponen, dirigirse a: www.savethechildren.es/castigo. E-mail: castigo@savethechildren.es. Sede en Madrid: Plaza de Puerto Rubio 28, 28053 Madrid. Tel.: 915 130 500. Sede en Barcelona: Aragón 386. 08009 Barcelona. Tel.: 933 105 200.

19.** Meeks C. Recetas para educar. Barcelona: Ediciones Médici; 2003. (239 p).

Guía práctica, escrita por una pediatra, que da una información esquematizada y clara (con dibujos y tablas resumen) sobre las causas de las discusiones cotidianas y la forma de evitarlas. Destinado especialmente a los padres para solucionar los conflictos familiares, tanto si los hijos son pequeños como si están en la adolescencia, puede ser también un buen aliado para el pediatra en la consulta para hacer una orientación preventiva y dar alternativas válidas al castigo corporal como sistema disciplinario.

20.* Programa "Créixer en família" (Creer en familia).

Hoy en día ser padres y madres no es tarea fácil y no existe un modelo único. Muchas son las dudas que se presentan y diferentes las circunstancias que concurren en cada familia en particular. El programa *Créixer en família* (Creer en familia) ofrece espacios de debate, virtuales y presenciales, a los padres y madres interesados en conocer

aquellos aspectos que pueden influir de forma positiva en la crianza, la educación y el desarrollo de sus hijos, y les invita a reflexionar y a compartir sus experiencias con otras familias. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.d4825f1176a317b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=1c2472fae41a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=1c2472fae41a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

21.* Proyecto de promoción de la lectura “Creixem llegint” (Crecemos leyendo). Proyecto de promoción de la lectura dirigido a los niños y niñas de 0 a 5 años y a sus familias. Continuación a nivell local del proyecto “Nascuts per Llegir” (Nacidos para leer), adaptado a las necesidades específicas de Balaguer y según los objetivos acordados con la guarderías municipales y la sección de Pediatría del Centro de Atención Primaria. Disponible en: http://www.balaguer.cat/portal/7x5/creixem_llegint.php

22.*** “Menores en peligro, padres en acción. Protege a tus hijos cuando utilicen las nuevas tecnologías: móviles, Internet, videoconsolas”. Cristina Isasi. Disponible en: <http://www.cristinaisasi.com/>
Blog de esta psicóloga especializada en “Menores y nuevas tecnologías” con útiles informaciones y consejos para familias y profesionales del mundo de la infancia.

23. Jiménez Morago JM. Maltrato infantil en Internet: información y recursos. Bienestar y Protección Infantil. 2002;1(1): 113-24.

Artículo que revisa la presencia de contenidos relacionados con maltrato infantil en Internet, en las distintas lenguas del Estado Español, en francés y en inglés. Hace una valoración de las diferentes páginas web que menciona, además de facilitar pautas para quien quiera iniciarse en la búsqueda en la red de contenidos relacionados con el maltrato infantil.

24.** <http://www.capitannet.org>
Página web a cargo del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Unicef, Infonet, destinada a informar a los padres, educadores (y también a los niños) sobre el buen uso de la red en relación a las diferentes formas de explotación sexual comercial de la niñez. Es especialmente útil el apartado de

consejos familiares sobre cómo usar saludablemente el ordenador en casa.

25.* Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Disponible en: www.cdph.ca.gov/programs/mcah/Documents/MO-CHVP-EPDS-Spanish.pdf

Esta escala nos permite medir de forma objetiva la afectación de la madre en aras a decidir si debemos derivarle para estudio a su médico de cabecera, para descartar, por ejemplo, causas orgánicas, como anemia o hipotiroidismo postparto. Su aplicación repetida puede ayudarnos a valorar la evolución.

26.* Perdikidis L, González de Dios J. Más allá de la identificación del maltrato infantil: reconocer los factores de riesgo de recurrencia. Evid Pediatr. 2006; 2: 73. http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_4/2006_vol2_numero4.9.htm

Este trabajo recoge los artículos relevantes relacionados con un aspecto del maltrato menos estudiado: los factores de riesgo asociados a la recurrencia de maltrato posterior al episodio de maltrato detectado.

27.* Gabel M, Lamour M. Enfants en danger, professionnels en souffrance. Vie de l'enfant - La- Collection dirigée par Sylvain Missonnier (sylv@carneptpsy.com) 2012 (1ère édition 2011).

28.** Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1997. (372 p).

Libro que desarrolla, desde un enfoque sanitario, todos los aspectos del maltrato infantil, físico, psicológico, sexual y negligencias. De lectura fácil, con un lenguaje sencillo y con amplia bibliografía, da una visión integral a partir de los trabajos de múltiples expertos españoles de distintas disciplinas del mundo de la infancia. Conjuga la experiencia de la medicina con la visión de otros profesionales relacionados con el maltrato infantil.

29.** Martínez-Roig A, Ochotorena JP. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona. Ed. Martínez Roca. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. 1993 (174 p).

Revisión breve, pero intensa, de los diferentes aspectos del maltrato infantil vistos por dos de

los pioneros del estudio y la investigación de este tema en España. A pesar de los años, mantiene su interés y aborda desde los aspectos conceptuales e históricos hasta las orientaciones preventivas, pasando por los factores de riesgo, las consecuencias, la detección de las distintas formas y el tratamiento, tanto de los agredidos como de los agresores.

30.* Child Abuse and Neglect. International Journal. Publicación Oficial de la International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN).

Publicación que recoge trabajos sobre maltrato infantil de los investigadores de todos los países, miembros de la Sociedad.

31. Domingo i Salvany F. Nadó que plora, pares al límit i sacseig: què fer? Pediatr Catalana. 2001; 61: 35-40.

32. Domingo i Salvany F. Família que plora, professionals al límit i disgust per a tots: Ho estem fent bé? Rutlla, la nostra xarxa? Pediatr Catalana. 2002; 62: 73-80.

33. Domingo i Salvany F. Pediatres que ploren, gestors que fan la viu-viu i la vida continua: Qui dia passa anys empeny? Pediatr Catalana. 2005; 65: 194-202.

Trilogía de artículos (en catalán) sobre el maltrato a los niños, a las familias y a los pediatras con la secuencia ascendente del modelo ecológico de funcionamiento social. Partiendo del cólico del primer trimestre y llegando al *burnout* profesional, se insiste especialmente en las medidas preventivas que permiten llegar al buen trato a que todos ellos tienen derecho. Pueden descargarse de la página web de la Societat Catalana de Pediatría (www.scpediatria.org).

34.*** <http://www.congresofapmi.es/>
Ponencias del X Congreso Estatal de Maltrato Infantil organizado por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Sevilla, Noviembre 2010. “Construcción del bienestar y buenas prácticas en la atención a la Infancia”.

Ponencias del XI Congreso Estatal de Maltrato Infantil organizado por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Oviedo, Octubre 2012. “Construyendo puentes entre investigación y práctica”.

Caso clínico

Caso 1

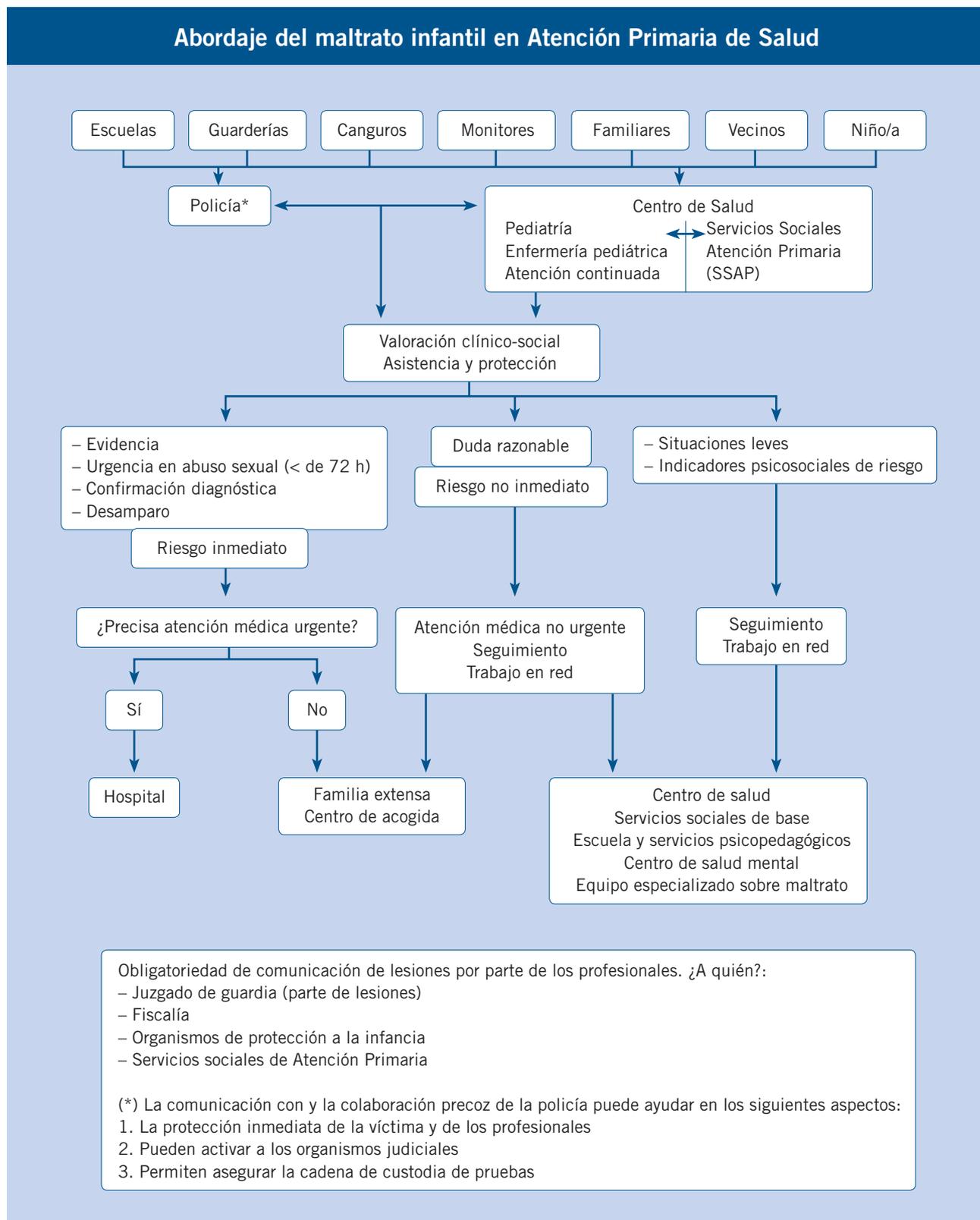
Viene a la consulta una lactante de 15 meses, con sus padres, originarios de Gambia, para hacer una primera visita en nuestro centro. Hace 6 meses que la madre se reunió con su marido que había inmigrado dos años antes. Su aislamiento geográfico en el monte, donde ahora viven pastando cabras, y la falta de recursos ha motivado que no la podamos visitar hasta ahora. Al realizar la historia clínica y la exploración apreciamos una marcada palidez y desnutrición, que se confirma con los datos del laboratorio. La encuesta alimentaria muestra que la alimentación de la niña se basa en lactancia materna y arroz hervido con leche de cabra. Las dificultades de comunicación por la falta de mediadores culturales (suplicadas por los recortes) dificultó las visitas y condiciona ahora nuestra atención a la niña. ¿Podemos denunciar a los padres por dejadez en la atención?

Caso 2

Chica de 12 años que acude a la consulta acompañada por su madre. La madre dice estar al caso de las relaciones sexuales de su hija y, como quiere ser previsor, nos pide que le recetemos anticonceptivos. ¿Qué actitud debemos tomar?

Caso 3

Nos consulta un profesor del Instituto de Secundaria porque una joven de 14 años, de la que es tutor, afirma que fue abusada sexualmente hace dos meses por un familiar cuando estaba de vacaciones de verano. Él no sabe como orientar la situación. Unos días más tarde, un lunes por la mañana, en la consulta, una adolescente de 14 años nos comunica que fue abusada sexualmente al salir de la discoteca el sábado anterior por la noche. ¿Qué importante diferencia hay entre estos dos casos?



Valoración inicial del niño inmigrante

V. Fumadó Pérez

Pediatra. Doctor en Medicina, Master en Medicina Tropical, Master en Salud Pública. Profesor asociado de la Universidad de Barcelona. Responsable de Patología Importada y Adopción en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Sant Joan de Deu, Barcelona



Resumen

En la evaluación inicial de un niño inmigrante, deberemos prestar especial atención a algunos factores que no son los habituales en pediatría. Conocer el país de procedencia, la ruta migratoria y las actividades habituales del niño, nos ayudarán a situar en que enfermedades infecciosas importadas debemos pensar y orientar lo más precozmente posible el diagnóstico. Asimismo, en estos pacientes podemos tener dificultad para conocer los antecedentes, proviniendo de países donde las enfermedades infecciosas de distribución mundial son mucho más prevalentes que en nuestro entorno, y donde es probable que los niños no reciban cuidados perinatales, ni ellos ni sus madres biológicas, ni tampoco les hayan sido administradas las inmunizaciones habituales en nuestro país, o es posible que hayan recibido otras. Estos datos deben alertar al pediatra. El uso de un protocolo de pruebas complementarias es útil para cribar adecuadamente el riesgo en la valoración inicial.

Abstract

In the initial evaluation of an immigrant child, we should give special attention to some factors that are not common in pediatrics. Knowing the origin country, migratory route and usual activities of the child will help us consider which imported infectious diseases we should consider and orient the diagnosis as early as possible. Furthermore, in these patients, we could have problems to know the backgrounds, as they may come from countries where infections diseases having worldwide distribution are much more prevalent than in our setting and where it is likely that neither the children nor their biological mothers will have received perinatal cares and that they also will not have been administered the usual immunizations as in our country, or they may have received others. These data should alert the pediatrician. The use of complementary tests protocol is useful to adequately screen the risk in the initial evaluation.

Palabras clave: Niño inmigrante; Patología importada; Enfermedades de transmisión materna.

Key words: Immigrant child; Imported disease; Maternal transmission diseases.

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 713-721

Introducción

Numerosos y diferentes factores fuerzan a los seres humanos a emigrar. A la llegada al nuevo país, no siempre las condiciones de vida de estos nuevos ciudadanos son las correctas. Todo ello puede alterar la salud de este colectivo y los niños son el grupo más afectado.

Asimismo, estos niños, si provienen de países con menos recursos, habrán estado expuestos a situaciones de riesgo, como: la falta de control en el embarazo y parto, la ausencia de medidas de diagnóstico precoz y cribado de algunas enfermedades, y el acceso a las medidas de salud puede haber sido más difícil,

además de estar más expuestos a enfermedades infecciosas por las condiciones medioambientales.

Estos niños, y los nacidos en el nuevo país, hijos de padres inmigrantes, al visitar a sus familiares en el país de origen, presentan riesgos sobreañadidos: el de estar expuestos a agentes infecciosos

contra los que no tienen inmunidad adquirida y no recibir las inmunizaciones necesarias para el viaje, por no considerar sus padres el riesgo⁽¹⁾. Un 15% de estos inmigrantes son población en edad pediátrica; por ello, es fundamental para el pediatra conocer cuáles son las patologías más frecuentes, las pautas de corrección de calendarios vacunales o los consejos útiles para niños viajeros.

El pediatra ha de conocer algunos factores importantes, para no obviar exploraciones y poder realizar una correcta valoración del estado de salud del niño⁽²⁾.

¿Qué deberemos tener en cuenta para realizar correctamente esta valoración inicial?

El país de procedencia

Según el país de procedencia, la prevalencia de algunas enfermedades será mayor y/o podrán presentarse con más frecuencia. Agrupar la procedencia de los niños inmigrantes en cuatro regiones diferentes nos facilitará el ordenar el diagnóstico diferencial: Europa Central y del Este, Centro y Sudamérica, Norte de África y África Subsahariana, Asia y subcontinente Indio.

El conocimiento de la patología más prevalente en estas regiones orientará los exámenes complementarios a solicitar (Tabla I).

También es importante anotar:

- País y zona de origen dentro del país.
- Ruta migratoria.
- Fecha exacta de entrada en España y viajes recientes.

Antecedentes familiares

Al obtener los antecedentes familiares, deberemos tener en cuenta factores relacionados con la cultura y las tradiciones, además de la patología endémica debida a causas genéticas o medioambientales, como:

- Consanguinidad.
- Hemoglobinopatías.
- Déficit enzimáticos (lactasa).

Antecedentes personales

En la obtención de los antecedentes personales, aunque el niño esté asintomático, no debemos obviar que, en los países con menos recursos, no se

Tabla I. Enfermedades más prevalentes según procedencia		
Enfermedades infecciosas		Otras patologías
P. Importada frecuente	P. Importada (-) frecuente	
Europa Central y del Este		
Tuberculosis	HIV	Malnutrición
Sífilis	Infecciones intestinales	Hipotiroidismo
Hepatitis C, B, A	Difteria, tosferina (Rusia)	Raquitismo
Parasitosis intestinal (Giardiasis)	Meningoencefalitis centroeuropea	Ferropenia
Síndrome alcohólico fetal (adopciones procedentes de Rusia y Ucrania)		Asma, bronquitis
		Déficit visual/auditivo
		Problemas de aprendizaje
Central y Sudamérica		
Tuberculosis	Enfermedad de Chagas	Drepanocitosis (Caribe)
Parasitosis intestinal	Dengue	Ferropenia, Anemias
Hepatitis A	Estrongiloidiasis	Pubertad precoz
Infección por <i>T. cruzi</i>	Infecciones intestinales	Abusos, maltratos en niños adoptados
	Cisticercosis	
	Eosinofilia	
Asia Central e India		
Hepatitis B (India)	Sífilis	Dermatitis atópica
Tuberculosis	Hepatitis C	Malnutrición/fallo de medro
Parásitos intestinales	Hepatitis A	Anemia/ferropenia
Infecciones intestinales	Fiebre tifoidea (India)	Raquitismo carencial
	Eosinofilia	Pubertad precoz
	Dengue	Intolerancia a lactosa
		Talasemias
		Otras hemoglobinopatías
		Déficit auditivo/visual
África (Norte y SubSahara)		
Tuberculosis	HIV	Drepanocitosis
Parásitos intestinales	Filarias/oncocercosis	Otras hemoglobinopatías
Malaria	Esquistosomiasis urinaria	Déficit de G6PDH
Hepatitis B	Leishmaniasis	Malnutrición
Hepatitis A	Cisticercosis	Anemia/ferropenia
Eosinofilia	Fiebres virales	Raquitismo
		Ablación genitales

realizan actividades preventivas de salud, ni se controla de la misma forma que en el nuestro el embarazo y el parto (éste puede haber sido en el domicilio). Por lo que, es probable que a la madre, durante el embarazo, no se le haya realizado ninguna visita de vigilancia, ni analítica con serologías para descartar enfermedades de transmisión materna, y al nacer no se haya practicado al recién nacido las pruebas de diagnóstico precoz para descartar hipotiroidismo, fenilcetonuria y fibrosis quística. Esta última enfermedad da sintomatología precoz, pero las otras dos pueden pasar inadvertidas y no dar sintomatología aparente de una forma precoz.

En los antecedentes, es importante intentar recoger la siguiente información:

- Datos referentes a la gestación: parto y atención perinatal.
- Alimentación, tipo de lactancia.
- Convivencia con animales.
- Baños en aguas dulces.
- Condiciones actuales de vida.
- Estado de salud de sus convivientes.
- Enfermedades padecidas hasta ese momento y tratamientos recibidos.
- Alergias.
- Vacunaciones recibidas hasta el momento.
- Tratamientos o prácticas tradicionales realizadas.

Datos importantes del examen físico

Estado nutricional. Medidas antropométricas (peso, talla y perímetro craneal)

En la exploración física del niño inmigrante, tiene especial relevancia la valoración del crecimiento y del estado nutricional. La desnutrición se puede producir bajo dos formas clínicas bien diferenciadas, la forma aguda y la forma crónica, la primera se desarrolla más rápidamente y será debida a una causa muy precisa de falta de ingesta por desastre natural o por enfermedad, y necesita intervención urgente. En la segunda, la instauración es más lenta y existe un retraso de crecimiento y las intervenciones deben ser más a largo plazo.

La obtención de medidas antropométricas permitirá valorar el estado nutricional, controlar la evolución de éste y monitorizar la velocidad de crecimiento.

Para ello, lo mejor es utilizar tablas de referencia de crecimiento de la OMS⁽³⁾, comparar la relación peso/talla y clasificar por Z-scores.

La relación peso para la talla nos mostrará la desnutrición aguda; mientras que, la altura para la edad nos mostrará a los niños con desnutrición crónica, y el peso para la edad nos muestra los niños con bajo peso. En los niños mayores de dos años, se puede calcular el índice de masa corporal⁽⁴⁾.

Esta exploración orientará el grado de desnutrición y las posibles carencias asociadas. Se deben tener en cuenta los problemas de malabsorción. La intolerancia a la lactosa no es una entidad rara entre grupos de inmigrantes de África y Asia, y es relativamente común encontrarla después de tratar infecciones intestinales por protozoos (*Giardia lamblia*).

En los niños malnutridos, debemos estudiar con detalle los déficit de vitaminas y minerales. La patología carencial más frecuente es la anemia ferropénica, el raquitismo y alteraciones tiroideas por falta de yodo.

Desarrollo psicomotor

Al valorar el desarrollo psicomotor tendremos en cuenta las variables socioculturales. Por otro lado, existen datos que indican que los niños adoptados

que han estado en orfanatos tienen un desarrollo psicomotor que corresponde a edades inferiores, siendo este retraso reversible, con afecto y estimulación adecuadas. Sin embargo, no hay que infravalorar estos hallazgos y es primordial la medida del perímetro craneal en todos estos niños.

El hallazgo de microcefalia obliga al estudio de títulos de anticuerpos para rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus y sífilis, así como valorar la exposición a tóxicos (alcohol) durante el embarazo.

El estudio serológico para el citomegalovirus es discutido, y no está indicado en ausencia de clínica; ya que, la presencia de inmunoglobulina G, específica para el virus, puede indicar la adquisición en útero, transmisión vertical u horizontal más tarde, existiendo una prevalencia elevada en toda la población, sin traducción clínica.

Ante la presencia de macrocefalia y retraso psicomotor, debe descartarse la toxoplasmosis, el hipotiroidismo y también el raquitismo.

Para la valoración del desarrollo psicomotor o la capacidad cognitiva, hay que valorar la *audición*. Un déficit de audición puede quedar enmascarado bajo una sospecha de escasa estimulación.

Asimismo, hay que valorar la *visión*. Especialmente en los niños prematuros y con mucho interés en los provenientes de zonas con alta incidencia de tracoma, triquinelosis u oncocercosis.

Inspección de lesiones cutáneas y de mucosas

Las lesiones cutáneas pueden ser muy variadas. La mayoría de los niños inmigrantes presentarán una cicatriz en deltoideos o antebrazo debido a la BCG.

Los ectoparásitos: la escabiosis y la pediculosis pueden ser frecuentes.

Las infecciones de piel por *Staphylococcus aureus* o la presencia de micosis, incluyendo *Tinea corporis* y *T. capitis*, son comunes y la presencia de larva migrans tampoco es un hallazgo raro en la exploración cutánea del niño inmigrante.

Debemos insistir en la búsqueda de adenopatías y de nódulos cutáneos (oncocercomas) en cresta ilíaca o meteta tibial, hay que buscarlos en el te-

jido subcutáneo, si el niño viene de una región endémica de oncocercosis. El prurito y la presencia de lesiones de rascado nos debe hacer sospechar filariasis. Otras infecciones cutáneas importantes son la miasis, la tunguiosis, y la leishmaniasis cutánea. La lepra es una enfermedad crónica que afecta a la piel y al sistema nervioso periférico. Está producida por *Mycobacterium leprae* y se transmite de persona a persona o por fómites contaminados. El periodo de incubación puede ser de 3 a 5 años, por lo tanto, puede manifestarse en los niños inmigrantes años después de llegar al país receptor, lo cual obliga a buscar lesiones cutáneas y palpar los nervios, en la exploración física.

La palidez, la presbidermia, la piel de leopardo (oncocercosis), las máculas anestésicas o ya ulceradas (lepra), las lesiones por rascado, las secundarias a dermatofitosis (muy frecuentes), son todos signos que se pueden encontrar en la piel⁽⁵⁾.

Exploración cardíaca

El hallazgo de soplos debe obligarnos a realizar una ecografía cardíaca para su orientación y cribado de patología congénita, pero pueden auscultarse soplos compensatorios de un estado anémico debido a malaria o episodio previo de esta enfermedad o hemoglobinopatías.

Exploración respiratoria: enfermedades respiratorias

La tuberculosis es la enfermedad respiratoria más frecuente en el niño inmigrante, es una enfermedad de fácil contagio casual, que en las últimas décadas ha aumentado asociada al VIH.

El procedimiento correcto para el estudio de estos niños es la realización de la prueba de tuberculina (derivado proteico purificado, PPD) de forma sistemática. La mayoría de los niños en los países de baja renta reciben la vacuna de bacilo de Calmette-Guérin (BCG), este dato puede interferir en la lectura de la prueba PPD, pero haber recibido la vacuna no excluye la realización de la PPD en los niños recién llegados. Las radiografías sistemáticas de tórax en niños asintomáticos y con PPD negativa no están justificadas.

Los niños con PPD positiva deben ser examinados minuciosamente en busca de enfermedad activa; ya que, las formas extrapulmonares y diseminadas son muy frecuentes en los niños inmigrantes.

La detección de un caso de tuberculosis en un niño inmigrante obliga al estudio de los familiares para conocer la fuente de contagio y la infección en otros convivientes.

Antes de iniciar el tratamiento, debe realizarse un estudio bacteriológico para aislar el microorganismo y determinar su sensibilidad; ya que, la prevalencia de resistencias es elevada en los países de baja renta.

Actualmente, existen otros test conocidos como IGRAS (*Interferon- γ release assays*), que superan las limitaciones del PPD y su interpretación es más objetiva; ya que, son test *in vitro* en los que se realizan determinaciones cuantitativas. Estos test no sustituyen a la PPD, pero son muy útiles para cribar a los niños con PPD positivo y antecedentes de BCG, o niños inmunodeprimidos con PPD negativo⁽⁶⁾.

Exploración abdominal

En la palpación abdominal, prestaremos especial atención a la presencia de visceromegalias: esplenomegalia o hepatomegalia, que nos orientará a patología prevalente en los países de procedencia como malaria o hepatitis.

Hepatitis viral

Una gran proporción de niños de estos países ha contraído la hepatitis A en edades tempranas, por lo que hay pocos motivos para solicitar anticuerpos para este virus en ausencia de sintomatología indicativa de hepatitis A (hepatomegalia, anorexia, fiebre y transaminasas elevadas). El niño inmigrante suele proceder de áreas endémicas de hepatitis A; esto debe tenerse en cuenta si el niño se desplaza para visitar a familiares en su país de origen y se debe recomendar la vacuna.

La prevalencia de hepatitis B en los países de baja renta es alta, esto se traduce en un alta prevalencia entre los niños inmigrantes, que puede oscilar entre el 5 y el 30%. Los índices más elevados corresponden a niños procedentes de Asia, África y algunos países de Europa oriental⁽⁷⁾.

Es frecuente que se determine la presencia de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), pero esta prueba es insuficiente; los niños deben ser también examinados para determinar la presencia de anticuerpo contra el HBsAg (HBsAc) y anticuerpo contra el núcleo del virus de la hepatitis B (HBcAc).

Las pruebas de detección de HBsAg y HBsAc no identifican a los niños que se encuentran en el «periodo ventana» de la infección aguda; en estos casos, el diagnóstico se establecerá por la presencia de HBcAc y la ausencia de HBsAg.

El estado de portador crónico de la hepatitis B se define como la persistencia del HBsAg durante más de 6 meses.

En los portadores, la infecciosidad se debe evaluar mediante la determinación del antígeno e de la hepatitis B (HBeAg) y la hepatitis activa crónica mediante la determinación de enzimas hepáticas.

Cuando diagnostiquemos a un portador crónico, hay que vacunar los contactos domiciliarios realizando un estudio serológico previo. Los niños cuyas pruebas para hepatitis B resulten negativas deben recibir la vacunación rutinaria contra la enfermedad.

La hepatitis D sólo se produce en presencia de replicación activa del virus de la hepatitis B (VHB); es poco frecuente, pero su prevalencia es más alta en Europa oriental, África, América del sur y Oriente medio.

La hepatitis C se puede transmitir también verticalmente de la madre al niño, o por transmisión horizontal por exposición con sangre. La presencia de anticuerpos en niños de más de 15 meses es diagnóstica de infección, aunque esta se debe confirmar con la medición del VHC-ARN.

Malaria

La enfermedad se encuentra distribuida por 103 países del Trópico y del Subtrópico. Aproximadamente, de 200 a 300 millones de personas se infectan cada año y 2 o 3 millones mueren, el 85% de los cuales son niños menores de 5 años. Está producida por un protozoo intracelular, *Plasmodium*, del que existen cinco especies que pueden infectar al ser humano: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* y *P. knowlesi*.

La transmisión se realiza a través de la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*.

El patrón febril de los primeros días de infección es parecido al de otras enfermedades bacterianas o virales.

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por el acceso de fiebre elevada, que suele ser intermitente, acompañado en ocasiones de tos, vómitos y cefaleas, esplenomegalia, anemia y trombocitopenia.

La forma más grave y la más frecuente es la producida por *P. falciparum*, puede producir malaria cerebral y otras complicaciones.

Las otras especies producen formas más leves, pero pueden presentar recurrencias hasta años después de abandonar la zona endémica. En el caso del *P. malariae*, pueden presentar episodios febriles muchos años más tarde y, en los niños, puede asociarse a un síndrome nefrótico como complicación.

Ante todo episodio febril en un niño que procede de una zona endémica debe realizarse una gota gruesa y una extensión fina para descartar la malaria, o un test de diagnóstico rápido para detectar Ag de *Plasmodium* (RDT).

Es importante conocer el fármaco adecuado para tratar el episodio de malaria y las alternativas⁽⁸⁾ (Tabla II).

Sintomatología digestiva

En los niños inmigrantes, es frecuente encontrar sintomatología digestiva, de la cual la más frecuente es la diarrea. Las causas pueden ser múltiples, pero no es infrecuente encontrar bacterias (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* y *Yersinia*) que son las causantes del cuadro digestivo; por lo que, es recomendable realizar un coprocultivo que incluya rotavirus y la determinación de las diferentes especies de *Escherichia coli*.

Los parásitos pueden ser causa de diarrea aguda o crónica, u otras manifestaciones digestivas, especialmente los protozoos (*Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*); por lo que, la determinación de parásitos en tres muestras de heces está siempre indicada. Los patógenos más comunes son *G. lamblia*,

Tabla II. Tratamiento de la malaria

Fármaco	Comentarios
1. Malaria no complicada	
<i>P. falciparum</i> sensible a cloroquina*, <i>P. malariae</i> y <i>P. knowlesi</i>	
Cloroquina	25 mg/kg de cloroquina base repartida en 3 días (10 mg/kg 1ª dosis, seguida de 5 mg/kg a las 12, 24 y 48 h)
<i>P. falciparum</i> resistente a cloroquina	
Dihidroartemisinina-piperacuina	Co-formulado en comprimidos de 20/160 o 40/320 mg (DHA/PQP). Dosis: 2,25 mg/kg (DHA) y 18 mg/kg (PQP)/24 h/3 días. No recomendado en niños menores de 5 kg de peso
Arteméter-Lumefantrina	Co-formulado en comprimidos de 20 mg arteméter y 120 mg lumefantrina. Existe una formulación pediátrica soluble. Son necesarias 6 dosis a las 0, 8, 24, 36, 48 y 60 h. Dosis pediátricas: 1 comp/dosis si <3 años (5-14 kg); 2 comp/dosis (15-24 kg; 3-8 años); 3 comp/dosis (25-34 kg; 9-14 años); 4 comp/dosis (>34 kg = que adultos). Administrar preferiblemente con comida grasa. No recomendado en niños menores de 5 kg de peso
Artesunato	No dar en monoterapia, combinar siempre con un segundo fármaco (ACT). Dosis: 4 mg/kg/día, 3 días. Co-formulado con amodiaquina, o co-administrado por separado con clindamicina (25-40 mg/kg/día en 3-4 dosis). No recomendado en niños menores de 5 kg de peso
Atovacuona-Proguanil	Comp. pediátricos: 62,5 mg atovacuona; 25 mg proguanil. No recomendado en niños menores de 5 kg de peso. Niños: 5-8 kg: 2 comp. pediátricos/día/3 días; 9-10 kg: 3 comp. pediátricos/día/3 días; 11-20 kg: 1 comp. adulto (250 mg atovacuona y 100 mg proguanil)/día/3 días; 21-30 kg: 2 comp. adulto/día/3 días; 31-40 kg: 3 comp. adulto/día/3 días; >40 kg: 4 comp. adulto/día/3 días (igual que adultos)
Quinina	10 mg sal/kg/8 h durante 7 días, complementar con un segundo fármaco (clindamicina 25-40 mg/kg/día en 3-4 dosis)
<i>P. vivax</i> y <i>P. ovale</i>	
Cloroquina con Primaquina	Misma pauta de cloroquina que para <i>P. falciparum</i> , excepto en zonas de alta resistencia de <i>P. vivax</i> a cloroquina (Islas del pacífico) en las que se usarán ACTs. Debe tratarse los hipnozoitos hepáticos con fosfato de primaquina (0,25 mg/kg/día durante 14 días, o en zonas de tolerancia a la primaquina dosis doble de 0,5 mg/kg/día hasta 21 días). La primaquina está contraindicada en déficits severos de G6PD
2. Malaria grave (generalmente debida a <i>P. falciparum</i>, ocasionalmente a <i>P. vivax</i> o <i>P. knowlesi</i>)	
Artesunato	Tratamiento de elección si está disponible. Dosis: 2,4 mg/kg (i.v. o i.m.) a las 0, 12, 24 h, seguido de 1 dosis cada 24 h hasta que sea posible pasar a vía oral. Deberá complementarse siempre con una dosis completa de otro antimalárico (véase tratamiento de malaria no complicada)
Arteméter	Por vía i.m., 3,2 mg/kg dosis de carga, seguida de 1,6 mg/kg/12-24 h hasta que sea posible pasar a vía oral. Complementar siempre con un segundo antimalárico oral
Quinina	20 mg/kg (dosis de carga) seguida de 10 mg/kg/8 h hasta que se pueda pasar a vía oral y completar 7 días. Diluir en 10 ml/kg SG 5% para infusión parenteral lenta (4 h dosis de carga, 2 horas dosis siguientes). Puede usarse vía i.m., rectal o por SNG, pero entonces no es necesaria dosis de carga. Se recomienda administrar con un segundo fármaco (clindamicina o doxiciclina en pacientes >8 años), pero en caso de ser usado como monoterapia, deberá complementarse siempre una vez se tolere la vía oral con una dosis completa de otro antimalárico
Clindamicina	Siempre como tratamiento complementario (en general, de quinina). Por vía i.m. o i.v., 25-40 mg/kg/día en 3-4 dosis, diluido en SF o SG 5%
Doxiciclina	En niños >8 años de edad. Siempre como tratamiento complementario (en general, de quinina). Por vía i.m. o i.v. 2-4 mg/kg/día en 1-2 dosis, diluido en SF o SG 5%
*Únicamente en algunas zonas de Centroamérica. Por lo demás, se considera a <i>P. falciparum</i> resistente a cloroquina de forma generalizada.	

Hymenolepis nana, *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis* y *Entamoeba histolytica*.

La presencia de parásitos pluricelulares en el organismo eleva el número de eosinófilos en sangre periférica; por

lo tanto, el hallazgo de eosinofilia debe obligar a seguir buscando parásitos pluricelulares.

La infestación por helmintos generalmente no se transmite de persona a persona y la prevalencia de los parásitos

disminuye con el tiempo de estancia en el país receptor. *Taenia solium* constituye una excepción, pues puede sobrevivir años en el tubo digestivo excretando huevos que, una vez ingeridos, pueden producir casos de neurocisticercosis.

La neurocisticercosis se considera la primera causa de convulsión en el niño inmigrante.

***E. stercoralis* mantiene un ciclo autoinfectivo, por lo que sobrevive años después de haber abandonado el Trópico, y puede producir un síndrome de hiperinfestación en niños inmunodeprimidos; por lo que, se buscará exhaustivamente con cultivos específicos, antes de aplicar una terapia esteroidea, sobre todo si existe eosinofilia en sangre.**

Si el niño procede de un área endémica de esquistosomiasis, se historiará para conocer si han existido baños en aguas dulces, donde se puede contraer el parásito. Los eosinófilos también se elevan en presencia de esquistosomas. Las complicaciones de la esquistosomiasis pueden aparecer años después; la sintomatología aguda, en muchas ocasiones, es inexistente.

El *Esquistosoma haematobium* se debe buscar en orina en niños procedentes del África subsahariana. Las otras especies de esquistosomas se detectan en heces.

Pueden realizarse, además, serologías específicas para esquistosomas en muestras de sangre periférica.

En el estudio de las heces, pueden identificarse algunas especies de parásitos que no requieren tratamiento por no ser patógenos para los humanos⁽⁹⁾ (Tabla III).

Otra patología frecuente

Anemias y hemoglobinopatías

En todos los niños, debe realizarse un hemograma completo y estudio de ferritina sérica para la detección de anemia. El estudio específico de hemoglobinopatías se debe realizar cuando las alteraciones de la serie roja lo sugieran o en aquellos casos en que, por la etnia o el país de origen, exista un gran riesgo.

Déficit de hierro

La anemia ferropénica es altamente prevalente en los países de baja renta.

La anemia ferropénica es más prevalente y grave en lactantes y niños pequeños (6-24 meses de edad). El déficit de hierro, por lo general, se desarrolla lentamente y no tiene manifestaciones clínicas hasta que la anemia es grave,

aunque las consecuencias de este déficit existan previamente.

Un valor bajo de ferritina en suero indica la depleción de depósitos férricos y la necesidad de suplementación con hierro.

La anemia hemolítica debe sospecharse delante de una anemia normocítica e hipocroma con aumento de urobilina y bilirrubina en orina. Esta enfermedad tiene una incidencia más alta en el África subsahariana.

Déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD)

Es un déficit enzimático que se transmite ligado al sexo (cromosoma X) y se expresa clínicamente en los hombres y en las mujeres con expresión homocigótica. Las mujeres heterocigóticas son portadoras.

La detección de la enzima G6PD es importante en el caso de que se deba realizar un tratamiento antimalárico con primaquina, fármaco de elección para tratar las formas intrahepáticas de *Plasmodium vivax* y *P. ovale*, ya que puede desencadenar una crisis hemolítica.

Anemia de células falciformes

La búsqueda de anemia de células falciformes sistemática está indicada en niños de África subsahariana o del Caribe⁽¹⁰⁾, donde su prevalencia es más elevada. En determinadas zonas de África oscila entre el 5 y el 40%.

Es una hemoglobinopatía estructural o cualitativa, que se transmite de forma autosómica recesiva. Los homocigotos presentarán anemia de células falciformes.

Las formas heterocigotas no presentan características particulares, excepto en situación de hipoxia.

Talasemias

Los síndromes talasémicos o por alteración cuantitativa son enfermedades de transmisión autosómica codominante, frecuentes en la cuenca del Mediterráneo, subcontinente indio y Sudeste asiático.

Los síndromes que podemos encontrar son la talasemia β mayor, que se manifiesta en los homocigotos, se detecta en los primeros meses de

Tabla III. Parásitos intestinales que no requieren tratamiento

– Nematodos: *Capillaria hepatica*, *Dioctophyma renale*, *Dipetalonema perstans*, *Dipetalonema streptocerca*, *Mansonella ozzardi*, *Syngamus laryngeus*, *Ternides diminutus*
– Protozoos: *Chilomastix mesnli*, *Enteromonas hominis*, *Retortomonas intestinalis*, *Trichomonas hominis*, *Trichomonas tenax*, *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba gingivalis*, *Entamoeba hartmani*, *Entamoeba polecki*, *Lodamoeba buetschlii*

vida y se expresa clínicamente por sobrecarga de hierro. Precisa un seguimiento por equipo especializado de hematología.

La talasemia β menor es la más frecuente. Su expresión clínica es más evidente en casos de infecciones, embarazo y situaciones de estrés. No tiene tratamiento específico y se aconseja la administración periódica de ácido fólico.

La talasemia α menor con poca expresión clínica y de hallazgo casual en la realización del hemograma.

En todos ellos es importante la información genética a la familia.

El hallazgo de anemia nos debe alertar sobre la posibilidad de déficit dietéticos, nematodos intestinales (sobre todo, ancylostoma), malaria, otras infecciones crónicas o causas genéticas.

Raquitismo

La carencia de vitamina D altera los niveles apropiados de calcio y fósforo y estimula la liberación de ambos elementos de los huesos, debilitándolos y dando deformidades óseas que serán evidentes a la exploración: genu varo, rosario costal, macrocefalia con frente prominente, etc.

La vitamina D se absorbe de los alimentos o puede ser producida por la piel al exponerla a la luz solar. La falta de producción de vitamina D por parte de la piel puede ocurrir en niños que procedan de: climas con poca exposición a la luz del sol (latitudes Norte) o que hayan permanecido en espacios

cerrados, o bien que por tradición u otros no se exponen a la luz.

También es posible no obtener suficiente vitamina D de la dieta si:

- No se toma productos lácteos.
- Se sigue una dieta vegetariana.
- Se presenta intolerancia a la lactosa.

Los lactantes mayores alimentados exclusivamente con leche materna después de los 6 meses también pueden desarrollar deficiencia de vitamina D.

Por otro lado, los niños de piel más oscura requieren más exposición solar para la activación de la provitamina D, y puede ser un problema durante los meses de invierno, cuando hay niveles de luz solar más bajos.

La ingesta insuficiente de calcio y fósforo en la dieta puede evolucionar hacia un raquitismo.

Infección por *T. cruzi* (enfermedad de Chagas)

Los niños inmigrantes pueden proceder de países endémicos de enfermedad de Chagas. Incluso se ha experimentado un aumento de mujeres en edad fértil procedentes de estos países. Estos datos epidemiológicos alertan sobre la emergencia de la enfermedad de Chagas en la edad pediátrica, cuya prevalencia podría crecer con el tiempo⁽¹¹⁾.

Los casos pediátricos pueden ser Chagas pediátrico importado (contagiado por vía natural en su país) o Chagas congénito (vía vertical a través de la madre infectada y el niño puede haber nacido fuera del área endémica)⁽¹²⁾ La población pediátrica infectada por *Trypanosoma cruzi* generalmente es asintomática, a excepción de algunos niños que cursan la fase aguda congénita y los que padecen alguna inmunodeficiencia u otra enfermedad.

Casi todos los casos de Chagas importado se encuentran en la fase indeterminada de la enfermedad.

El cribado de la infección en la fase indeterminada se realizará a partir de los 9 meses de edad, por serología y son necesarias dos serologías positivas realizadas con técnicas diferentes para confirmar la infección.

El tratamiento se realizará con beznidazol a 5-8 mg/kg cada 24 h, y realizando controles clínicos y analíticos con hemograma y bioquímica cada 15 días.

Sífilis

En los países de baja renta es frecuente la sífilis congénita y suele cursar sin diagnóstico ni tratamiento adecuados. Tanto en los niños adoptados en el extranjero como en los inmigrantes, debe evaluarse la presencia de sífilis.

Las recomendaciones de la OMS indican realizar el estudio serológico con pruebas reagínicas de serología luética (VDRL) o rápida en plasma (RPR), y confirmar los resultados positivos con pruebas treponémicas, como la prueba para la determinación por inmunofluorescencia de anticuerpos anti-treponema (FTA-ABS).

Si ambas pruebas son positivas, deberán buscarse signos de sífilis congénita, incluyendo radiografía de huesos largos y prueba de VDRL en líquido cefalorraquídeo. El tratamiento se realizará con penicilina G cristalina o procaína en dosis de 50.000 U/kg/día, durante 14 días.

Infección por VIH

El riesgo de presentar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en niños inmigrantes, dependerá del país de origen y de los riesgos individuales, aunque en África Subsahariana en el cono Sur existen países con una prevalencia del 25% entre las mujeres embarazadas.

En el primer examen en todos estos niños, debe evaluarse la presencia de VIH, no deben considerarse fiables los resultados de pruebas realizadas en el país de origen⁽¹³⁾.

Existen diferentes pruebas para medir los anticuerpos para el VIH-1 y el VIH-2.

La prueba de inmunoabsorción ligada a enzimas (ELISA) para la detección de anticuerpos de VIH es fácil y barata. Sin embargo, utilizar sólo esta prueba para niños recién llegados puede no identificar una infección reciente. Por esta razón, se debe recomendar determinar VIH-1 y VIH-2 por ELISA y estudiar por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o por cultivo la presencia de ADN VIH-1.

El estudio de los anticuerpos y la viremia permiten diagnosticar una infección reciente.

Si se realizan sólo pruebas de determinación de anticuerpos, se deberían

repetir de 4 a 6 meses después de la llegada, para identificar a los niños que se hayan estudiado durante el periodo ventana.

¿Qué pruebas complementarias deberemos realizar?

En primer lugar, nuestra actitud será diferente si en la primera consulta el niño está asintomático, o acude por algún síntoma; en este segundo caso, el síntoma guiará nuestra exploración física y las pruebas complementarias. Es importante recordar que la sintomatología más frecuente es la fiebre y las enfermedades diarreicas. Y, en caso de fiebre, hasta que no demos lo contrario, siempre debemos actuar como si estuviéramos enfrente de un caso de malaria.

En la valoración inicial de un niño inmigrante asintomático para decidir las pruebas a realizar valoraremos el riesgo de presencia de enfermedades infecciosas, carenciales y genéticas.

Por todo lo antes expuesto, realizar las pruebas que seguidamente detallamos nos aproximará a la información que regularmente tenemos de los niños nacidos en nuestro país.

Análítica sanguínea:

- Hemograma.
- Bioquímica: función renal y hepática.
- Ca, P, FA.
- TSH, T4, fenilalanina.
- Serologías: VHB, VHC, sífilis, HIV, toxoplasma.
- PPD.
- Parásitos en heces (3 muestras).

Según procedencia, será conveniente incluir las siguientes pruebas complementarias:

- Estudio hemoglobinas (África subsahariana, Sudeste asiático, Caribe).
- Serología Chagas (Centroamérica y Sudamérica).
- Estudio de malaria (África subsahariana; área endémica).
- Estudio parásitos en orina (África subsahariana).

Vacunaciones

Los niños inmigrantes pueden no haber recibido las vacunas habituales del país receptor, presentar un calendario vacunal incompleto, incluso para las va-

cunas habituales de su país de origen, o simplemente no estar inmunizados. Si existen dudas sobre el estado vacunal del niño se debe reiniciar de nuevo la vacunación.

Debemos conocer que, en la mayoría de los países de baja renta, se administra la BCG y podemos buscar activamente la cicatriz que deja esta vacuna. La vacuna de sarampión monovalente se administra a los 9 meses, por lo que es importante revisar este dato y administrar una dosis de vacuna triple vírica a los 12 meses.

A los niños menores de 5 años, se les deberá vacunar contra *Haemophilus influenzae* tipo b, ya que esta vacuna no se administra de forma reglamentada en todos los países de baja renta.

Lo mismo ocurre con la vacuna del meningococo C (MCC).

Respecto a la vacuna antipneumocócica, en caso de desconocimiento hay que utilizar las mismas recomendaciones que en la población autóctona, pero hay que recordar que, en los últimos cinco años, gracias al esfuerzo de organizaciones internacionales se administra esta vacuna gratuitamente en muchos países de baja renta.

A los recién nacidos hijos de inmigrantes, se les vacunará contra la hepatitis B.

En los niños inmigrantes o hijos de inmigrantes que se desplazan con relativa frecuencia de nuevo a su país de origen, por períodos de tiempo largos para conocer y visitar a sus familiares, se deberían administrar, además, las siguientes vacunas, dependiendo del país de que se trate^(13,14):

- Vacuna BCG. Aunque proporciona baja y variable protección contra la infección tuberculosa, reduce la incidencia de meningitis tuberculosa y es una protección real contra la lepra. Si no se trata de un lactante, se deberá practicar la prueba de PPD antes de su administración.

- Vacuna contra la fiebre amarilla. Si el niño tiene más de 9 meses y viaja a un país endémico.
- Vacuna contra la hepatitis A en niños mayores de 12 meses de edad; ya que, la prevalencia de esta enfermedad es mucho más elevada en los países de baja renta. Se debe valorar la administración de esta vacuna individualmente, según el riesgo y la edad.
- Otras vacunas dependiendo del área y el riesgo al que se van exponer (rabia, encefalitis japonesa B, etc.). Se debe recomendar la quimioprophilaxis y otras medidas de control para la malaria en todo niño inmigrante que se desplace a una zona endémica y no minimizar el riesgo.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Schulte JM, Maloney S, Aronson J, San Gabriel P, Zhou J, Saiman L. Evaluating acceptability and completeness of overseas immunization records of internationally adopted children. *Pediatrics*. 2002; 109(2): E22.
2. Stauffer WM, Mauroshek S, Kamat D. Medical screening of immigrant children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2003; 42(9): 763-73.
3. Bulletin of the World Health Organization 2011; 89: 250-1. doi:10.2471/BLT.11.040411
4. Jones DJK, Berkley JA. Severe Acute Malnutrition and Infection CMAM FORUM Technical Brief: May 2013.
5. Huerga H, López-Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J*. 2002; 21(9): 830-4.
- 6.* Marais BJ, Pai M. Recent advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. *Arch Dis Child*. 2007; 92(5): 446-52.
7. Juncosa T, Fumadó V, Martín J, Palacín E. Virus de la hepatitis B en niños adoptados o inmigrantes en Cataluña. *Med Clí (Barc)*. 2005;124(5): 196.
- 8.* Fumadó V, Bassat Q. Estado actual de la malaria (I), diagnóstico y tratamiento. *An Pediatr Contin*. 2011; 9: 162-9.

9. Fumadó V. Problemas asistenciales en la atención médica a niños de otras etnias. En: Cruz M, ed. *Tratado de pediatría*. 10ª ed. Madrid: Ergon; 2010. p. 2117-21.
10. Kohli-Kumar M. Screening for anemia in children: AAP recommendations--a critique. *Pediatrics*. 2001; 108(3): E56.
11. Muñoz J, Portús M, Corachan M, Fumadó V, Gascón J. Congenital Trypanosoma cruzi infection in a non-endemic area. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2007; 101(11): 1161-2.
- 12.* Muñoz J, Coll O, Juncosa T, Vergés M, del Pino M, Fumado V, et al. Prevalence and vertical transmission of Trypanosoma cruzi infection among pregnant Latin American women attending 2 maternity clinics in Barcelona, Spain. *Clin Infect Dis*. 2009; 48(12): 1736-40.
13. Jasseron C, Mandelbrot L, Tubiana R, Teglas JP, Faye A, Dollfus C, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission: similar access for sub-Saharan African immigrants and for French women? *AIDS*. 2008; 22(12): 1503-11.
14. International Travel and Health. Vaccination requirements and health advice. Genève: OMS; 2011.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Health Information for International Travel. Atlanta: CDC; 2009.

Bibliografía recomendada

- Marais BJ, Pai M. Recent advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. *Arch Dis Child*. 2007; 92(5): 446-52.
- Revisión exhaustiva y científica sobre cómo diagnosticar la tuberculosis en países de alta prevalencia y con escasos recursos.
- Fumadó V, Bassat Q. Estado actual de la malaria (I), diagnóstico y tratamiento. *An Pediatr Contin*. 2011; 9: 162-9.
- Revisión y actualización sobre el diagnóstico y herramientas terapéuticas para el control de la malaria.
- Muñoz J, Coll O, Juncosa T, Vergés M, del Pino M, Fumado V, et al. Prevalence and vertical transmission of Trypanosoma cruzi infection among pregnant Latin American women attending 2 maternity clinics in Barcelona, Spain. *Clin Infect Dis*. 2009; 48(12): 1736-40.
- Artículo basado en el primer estudio realizado para conocer la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en área no endémica. Su importancia radica en la demostración de la transmisión de la enfermedad en países donde no es endémica.

Caso clínico

Motivo de consulta

Niña de 7 años de edad, originaria de India, derivada de otro centro por presentar, desde hace 6 días, fiebre, deposiciones diarreicas y desde hace 24 horas dolor en hipocondrio derecho y vómitos de contenido alimentario.

Antecedentes

Nivel socioeconómico bajo. Parto domiciliario en Nueva Delhi. Tiene dos hermanos aparentemente sanos. Preciso ingreso hospitalario por gastroenteritis con deshidratación, en su país.

Regresó de su país hace 3 semanas, después de una estancia de 24 días. Refiere consumo de agua de pozo sin hervir.

Calendario vacunal completo hasta los 18 meses de edad (no administración de vacunas no obligatorias).

Resto de antecedentes sin interés.

Reside en el nuestro desde hace 18 meses, nunca antes había acudido al pediatra.

En el Centro de Atención Primaria han practicado sedimento, que es negativo, y Rx de tórax, que es normal.

Examen físico

Peso: 13 kg. Color de piel normal, piel bien perfundida, sin lesiones cutáneas, buenos pulsos y buen llenado capilar, no deshidratada. Alerta, bien orientada, pero algo postrada. Desnutrición crónica moderada.

Orofaringe normal.

Auscultación cardio-respiratoria: sin dificultad respiratoria, no ruidos anormales, tonos normales.

Abdomen: peristaltismo conservado, abdomen doloroso en hipocondrio derecho, con defensa voluntaria, resto de abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias.

No focalidad neurológica.

Exámenes complementarios

Analítica sanguínea: leucocitos: 4.680/mm³ (N: 68,6%, L: 28%), glucosa, creatinina y urea: normales. Sodio: 129 mmol/L, amilasa: 48 U/L. PCR: 167 mg/L, PCT: 2-10 ng/ml. Serología Epstein-Barr: negativa. Bilirrubina total: 0,44 mg/dl, bilirrubina conjugada: 0,18 mg/dl, AST: 126 UI/L, ALT: 79 UI/L, fosfatasa alcalina: 271 UI/L, GGT: 127 UI/L.

Síntomas y signos en este momento

Fiebre, dolor abdominal con diarrea, elevación de las transaminasas.

Resultado de la ecografía abdominal: engrosamiento e hiperemia de las paredes de la vesícula. Pequeños ganglios en hilio hepático. Discreta hepatoesplenomegalia. Distensión de asas de intestino delgado con aumento del peristaltismo. Resto: normal.

Impresión diagnóstica: colecistitis aguda.



El Rincón del Residente



Coordinadores:

D. Gómez Andrés, J. Rodríguez Contreras, J. Pérez Sanz
Residentes de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid

El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos clínicos, imágenes y revisión bibliográfica. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

S. Alandete Germán*, À. Meseguer Ripollés*,
E. Bartoll Alguacil**

*Residente R2 de Radiodiagnóstico. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. **Residente R2 de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 722-727

Historia clínica

La madre de 28 años, de origen pakistaní, tiene antecedentes obstétricos de 4 gestaciones (1 aborto, 1 parto eutócico, una cesárea y la gestación actual). No siguió los controles del primer trimestre y acude a nuestro centro como primera visita en su 18ª semana de gestación. Se le diagnostica diabetes gestacional y serología de rubéola positiva. En la ecografía obstétrica del segundo trimestre, se visualiza una anomalía, por lo que se decide completar el estudio con una amniocentesis (46,XX) y RM cerebral prenatal (Figs. 1 y 2).

Pese al mal pronóstico de la enfermedad, la madre decide continuar con el embarazo.

En la 40+2 semana de gestación nace por cesárea una niña de 3,078 kg y APGAR 9/10. La exploración física es anodina, exceptuando la auscultación cardíaca en la que se identifica

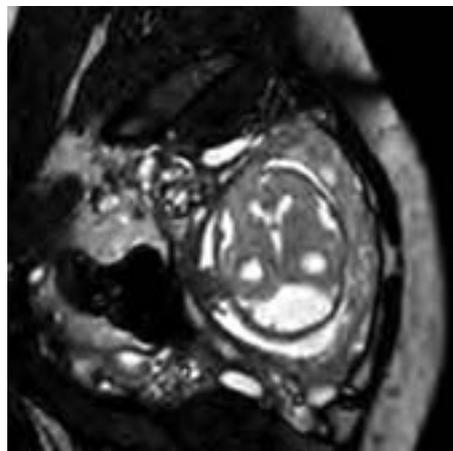


Figura 1. RM axial T2 prenatal.

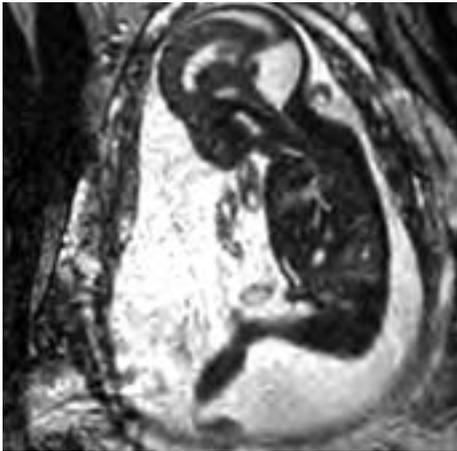


Figura 2. RM Sagital T2 prenatal.

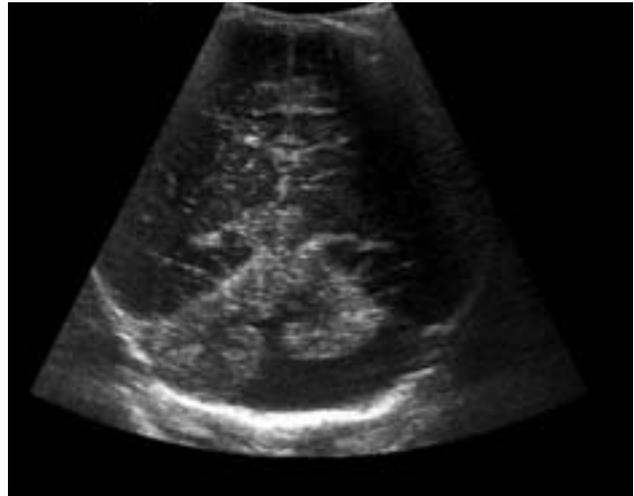


Figura 4. US coronal.

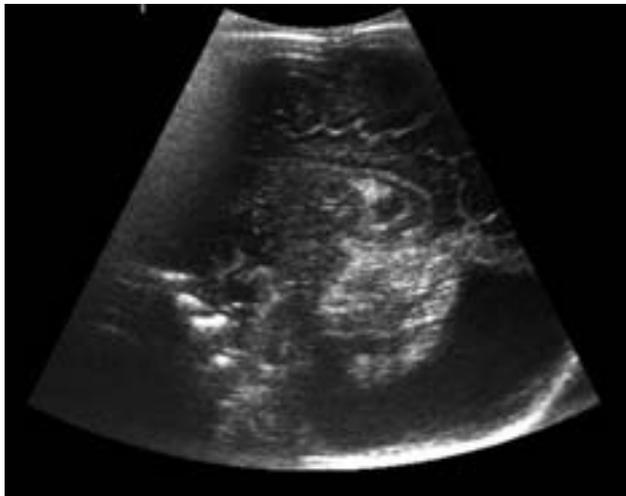


Figura 3. US sagital.

un soplo pansistólico. Tras el nacimiento, se realiza ecografía transfontanelar (Figs. 3 y 4) que confirma los hallazgos previos y ecocardiografía, con el diagnóstico de persistencia de ductus arterioso y coartación de aorta post ductal.

¿Cuál es el diagnóstico?

- a. Quiste aracnoideo.
- b. Megacisterna magna.
- c. Malformación de Dandy-Walker.
- d. Quiste de la bolsa de Blake.
- e. Anomalia de Joubert.

Comentario

Hoy en día, la malformación de Dandy-Walker está incluida en el “complejo Dandywalker”; dicho complejo incluye la malformación ya citada, la megacisterna magna sin otros defectos de fosa posterior y la agenesia del vérmix cerebeloso con cisterna magna dentro de la normalidad (conocida esta alteración como Variante de Dandy-Walker). Las tres entidades se consideran un continuo de anomalías en el desarrollo de la fosa posterior cerebral.

Su incidencia es de 1 cada 25-30.000 nacidos vivos con una mayor frecuencia en el sexo femenino.

La clínica es muy variable y depende de las alteraciones en el sistema nervioso central, apareciendo durante el primer año signos y síntomas secundarios a la hidrocefalia asociados a macrocrania con sutura lambdoidea ensanchada.

Entre las anomalías extracerebrales, destacan alteraciones cardíacas, fundamentalmente los defectos del tabique interventricular y alteraciones renales, sobre todo riñones poli-quísticos e hidronefrosis.

El diagnóstico se realiza intraútero mediante ecografía y RM, no debiéndose realizar antes de la semana 18 al no haberse completado aún el desarrollo del vermis cerebeloso.

La posible alteración cromosómica hace que diversos autores recomienden la amniocentesis para el estudio genético de los fetos con sospecha de complejo de Dandy-Walker.

Los hallazgos radiológicos incluyen la tríada clásica: dilatación quística del cuarto ventrículo, hipoplasia o aplasia del vermis cerebeloso y aumento de la fosa posterior con elevación de la tienda del cerebelo.

En un 80% de los casos aparece hidrocefalia sin considerarse éste un criterio diagnóstico.

En nuestro caso, podemos observar en las imágenes de RM (Figs. 1 y 2) una marcada dilatación del cuarto ventrículo

lo que asocia una elevación de la inserción del tentorio con porción superior del vermis elevado e hipoplasia marcada de hemisferios cerebelosos con mayor afectación del lado izquierdo.

Las imágenes de ecografía tras el nacimiento (Figs. 3 y 4) confirmaron los hallazgos.

El pronóstico depende de la presencia o ausencia de alteraciones asociadas del sistema nervioso central. La tasa de mortalidad general es aproximadamente de un 70% de los fetos. De los nacidos con este síndrome, un 50-65% alcanzan un desarrollo intelectual normal. El riesgo de recurrencia es de aproximadamente 1-5% en los posteriores embarazos.

El tratamiento más ampliamente utilizado en la actualidad consiste en una derivación ventriculoperitoneal, tras demostrar la permeabilidad de las vías de flujo del líquido cefalorraquídeo.

Palabras clave

Malformación de Dandy-Walker; Complejo de Dandy-Walker; Variante de Dandy-Walker.

Bibliografía

1. Patel S, Barkovich AJ. Analysis and classification of cerebellar malformations. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2002; 23: 1074-87.
2. Shekdar K. Posterior fossa malformations. *Semin Ultrasound CT MR.* 2011; 32(3): 228-41.
3. Spennato P, Mirone G, Nastro A, Buonocore MC, Ruggiero C, Trischitta V, et al. Hydrocephalus in Dandy-Walker malformation *Childs Nerv Syst.* 2011; 27(10): 1665-81.
4. Epelman M, Daneman A, Blaser SI, Ortiz-Neira C, Konen O, Jarrín J, Navarro OM. Differential diagnosis of intracranial cystic lesions at head US: correlation with CT and MR imaging. *Radiographics.* 2006; 26(1): 173-96.

A Hombros de Gigantes

Las revisiones de pediatría que te pueden interesar publicadas en las revistas internacionales más importantes.

D. Gómez Andrés

MIR. Hospital Universitario La Paz.
Trastornos del Desarrollo y Maduración Neurológica. IdiPaz-UAM



Pediatría General y Extrahospitalaria

★★★★★Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *Pediatrics*. 2013; 132: 297-313. PMID: 23796737

La atención de las minorías sexuales durante la infancia y la adolescencia es muy importante para conseguir el objetivo final que tenemos con nuestros pacientes: conseguir adultos sanos y felices. Creo que este artículo es bastante interesante (desde el punto de vista médico, pero también del humano) y cuestiona bastante puntos de nuestra práctica habitual al respecto.

★★★★★An update on Kawasaki disease II: clinical features, diagnosis, treatment and outcomes. *J Paediatr Child Health*. 2013; 49: 614-23. PMID: 23647873

Excelente segunda parte de una serie sobre el síndrome de Kawasaki. Los autores revisan las dificultades diagnósticas de este síndrome por la variable forma de presentación y la ausencia de biomarcadores. Realizan interesantes disquisiciones sobre la forma incompleta de este síndrome y sobre el valor de las pruebas del laboratorio y la ecocardiografía. Comentan brevemente los distintos tratamientos y sus indicaciones para terminar con recomendaciones para el manejo a largo plazo de estos pacientes.

★★★★★Management of infantile colic. *BMJ*. 2013; 347: f4102. PMID: 23843563

Buena revisión sobre la eficacia y seguridad de las opciones disponibles para el tratamiento de los cólicos infantiles. Comentan las distintas opciones dietéticas (fórmulas hidrolizadas, fórmulas ricas en fibra, fórmulas basadas en soja, restricciones dietéticas maternas y lactasa) y farmacológicas (anticolinérgicos y simeticona). También analizan los resultados de terapias alternativas y de intervenciones sobre el comportamiento de los padres (bastante eficaces y seguras).

★★★★★Question 2: does a failure to respond to antipyretics predict serious illness in children with a fever? *Arch Dis Child*. 2013; 98: 644-6. PMID: 23846358

Pues parece ser que no. Los autores realizan una revisión sistemática encontrando artículos de mala calidad y que son relativamente antiguos, pero con un resultado prácticamente unánime. Si existen diferencias, son mínimas y sin interés

clínico. Importante es señalar la ausencia de estudios con ibuprofeno.

★★★★★Umbilical hernia. *BMJ*. 2013; 347: f4252. PMID: 23873946

Sencilla y corta. Quizá más útil para residentes pequeños, ya que no aporta nada novedoso.

Medicina de la Adolescencia

★★★★★Endometriosis for the primary care physician. *Curr Opin Pediatr*. 2013; 25: 454-62. PMID: 23817302

La endometriosis es una enfermedad frecuente, infradiagnosticada y cuyo inicio parece ocurrir en la adolescencia. Provoca un dolor pélvico que afecta a la asistencia escolar y a las actividades de la vida diaria. Los autores ofrecen un abordaje diagnóstico-terapéutico para tratar a estas pacientes. Muy recomendable para aquellos que trabajen con pacientes de esta edad, ya sea en primaria o en urgencias.

Cuidados Intensivos Pediátricos

★★★★★Early recognition of septic shock in children. *Klin Padiatr*. 2013; 225: 201-5. PMID: 23873258

Conciso pero aclaratorio. Tras una breve introducción (definiciones y epidemiología de la sepsis y del shock en la edad pediátrica), los autores utilizan una sencilla explicación sobre la fisiopatología del shock en la sepsis para desarrollar el núcleo del artículo sobre las herramientas para reconocer y manejar el shock séptico en pediatría. Nos hablan del importante valor del relleno capilar y del lactato, del advenimiento de técnicas de imagen para monitorizar la microcirculación y de test rápidos para determinar el riesgo de coagulación intravascular diseminada, del limitado valor de la PCR y la PCT y de la escasa (pero potencial) utilidad de la PCR múltiple en el diagnóstico de la bacteria causante en edad pediátrica.

Dermatología

★★★★★Update on pediatric photosensitivity disorders. *Curr Opin Pediatr*. 2013; 25: 474-9. PMID: 23817304

Práctica revisión sobre aquellas lesiones que aparecen tras la exposición solar. Estas lesiones que aparecen con una

distribución característica (cara, cuello y parte superior del pecho, respetando parte de atrás de la oreja y labio superior). Proponen un diagnóstico diferencial y señalan detalles sobre los cuadros más frecuentes.

Infectología

★★★★★**Central line-associated bloodstream infection in children: an update on treatment.** *Pediatr Infect Dis J.* 2013; 32: 905-10. PMID: 23856714

Corto y muy orientado hacia la clínica, este artículo permite en una rápida lectura actualizarse sobre un tema complejo y que cada vez tiene más interés en la práctica hospitalaria.

★★★★★**Strategies to control pertussis in infants.** *Arch Dis Child.* 2013; 98: 552-5. PMID:23698594

Curioso debate sobre un problema similar al nuestro. El autor “destripa” cada una de las opciones para frenar la indeseable morbimortalidad asociada a la *B. pertussis* en los neonatos y lactantes en los países occidentales. Defiende la opción tomada en el Reino Unido de vacunar a las embarazadas de forma transitoria.

★★★★★**Evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic review.** *Pediatrics.* 2013; 132: e284-96. PMID: 23796734

Quizá sea algo decepcionante porque uno espera que le aclaren cosas respecto a la sinusitis y la verdad es que crea mayores áreas de incertidumbre sobre el manejo; pero es la situación científica sobre este problema. Es un artículo teórico, pero importante para comprender la borrosidad en las pruebas científicas respecto a la sinusitis.

★★★★★***Strongyloides stercoralis* infection.** *BMJ.* 2013; 347: f4610. PMID: 23900531.

Es una enfermedad relativamente rara en nuestro medio pero es una revisión excelente al respecto.

Neonatología

★★★**The gut mucosal immune system in the neonatal period.** *Pediatr Allergy Immunol.* 2013; 24: 414-21. PMID: 23682966

Revisión bastante académica sobre el funcionamiento del sistema inmune en la edad neonatal. Es completa y exhaustiva. Tiene interés para aquellos que trabajen en Neonatología, pero también para un pediatra general con interés en Nutrición, Gastroenterología o Alergología.

Neofrología

★★★★★**Primary hyperoxaluria.** *N Engl J Med.* 2013; 369: 649-58. PMID: 23944302

Completísima revisión sobre una enfermedad que puede suponer un 1-2% de las enfermedades renales crónicas en Europa. Revisan la clasificación en 3 tipos con una exhaustiva explicación de la genética y, también, las complicacio-

nes diagnósticas al incluir un espectro clínico amplio y no disponer de un biomarcador que ayude a la realización del diagnóstico.

Neurología

★★★★★**The potential for stem cell therapies to have an impact on cerebral palsy: opportunities and limitations.** *Dev Med Child Neurol.* 2013; 55: 689-97. PMID: 23680015

Realista y concienzuda. Los autores desmitifican las supuestas bondades de la terapia celular para la parálisis cerebral infantil. Tras presentarnos la complejidad de opciones terapéuticas y los posibles mecanismos de acción tras estas terapias, los autores recopilan los escasos datos disponibles y los ensayos clínicos en curso con terapia celular en enfermedades neuropediátricas, en general, y en parálisis cerebral infantil, en particular. Existen todavía limitaciones respecto a estas terapias y sólo más investigación determinará el potencial de estas técnicas.

★★★★★**Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013; 52: 784-96. PMID: 23880489

Importante para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con TDAH. Estos pacientes pueden aparecer con problemas de sueño, los tratamientos pueden también fracasar por esos problemas o puede que los tratamientos agraven estos problemas.

★★★★★**Evaluation of the child with acute ataxia: a systematic review.** *Pediatr Neurol.* 2013; 49: 15-24. PMID: 23683541

El niño con ataxia aguda es un problema relativamente frecuente en los servicios de Urgencia y de Neurología. Este artículo comienza con una revisión narrativa de los distintos datos de la historia y la exploración que nos ayuda a pensar en diagnósticos concretos. Sin embargo, el núcleo interesante de este trabajo está en la revisión que realiza sobre el rendimiento diagnóstico de distintas pruebas. Se encuentran anomalías en las pruebas de imagen (TC o RMN) con escasa frecuencia, pero son útiles para descartar las patologías más graves. El valor de la punción lumbar es limitado, aunque se encuentren alteraciones con frecuencia (43%). Se pueden encontrar alteraciones en el EEG en más de 4 de 10 pacientes y los autores recomiendan la realización del mismo en caso de sospecha de etiología epiléptica por antecedentes personales o familiares o por sumarse otros síntomas. Interesante es el hecho de que muchos pacientes presentan clínica de ataxia por intoxicación medicamentosa.

★★★**Update on the investigation of children with delayed development.** *J Paediatr Child Health.* 2013; 49: 519-25. PMID: 23600797

No realiza una revisión concienzuda sobre el tema, pero ofrece una visión muy sencilla y estructurada sobre las pruebas diagnósticas a realizar (y, sobre todo, sobre las limitaciones que presentan habitualmente). Excelente para acercarse al tema.

Oncología

★★★★Update on pediatric cancer predisposition syndromes. *Pediatr Blood Cancer*. 2013; 60: 1247-52. PMID: 23625733.

Tras revisar la prevalencia de predisposición genética a cáncer en las series pediátricas (en torno a un tercio) y los beneficios de detectar estos casos precozmente, los autores utilizan 3 ejemplos para ilustrar la complejidad de estos casos (la predisposición a tumores rabdoideos, el síndrome de paragangliomas-feocromocitomas hereditarios y la predisposición al blastoma pleuropulmonar familiar). Concluyen con una disertación sobre temas a determinar respecto al cribado de estos síndromes de predisposición. Sólo recomiendan buscar predisposición a cánceres de debut pediátrico con posibilidad de cribado o de intervención efectivos. Señalan los problemas

que ocasionan en los pacientes los falsos negativos (ansiedad) y las múltiples visitas a realizar.

Psiquiatría infantil

★★★★A short guide to understanding behavioural difficulties. *Arch Dis Child*. 2013; 98: 625-8. PMID: 23814084

De fácil lectura y con clara vocación clínica. Los autores reflexionan sobre la medicalización de los trastornos de conducta señalando la necesidad de un complicado equilibrio entre lo sociológico y lo biológico en este campo en especial. Proporcionan pistas útiles para el manejo en Atención Primaria de estos problemas, sobre cómo hay que hacer la historia y cómo hay que explorar estos problemas en la consulta y sobre los consejos que podemos dar a los padres para que recuperen el control de la situación.

+Pediatrí@

Esta nueva sección pretende dar a conocer aquellas tecnologías nuevas para la difícil (o imposible) tarea de enfrentarse a un ordenador para obtener información útil (es decir, de alta calidad, actualizada y completa pero no excesiva).

D. Gómez Andrés

MIR. Hospital Universitario La Paz.
Trastornos del Desarrollo y Maduración Neurológica. IdiPaz-UAM

Apps para móviles (parte III)

Continuamos con la serie de apps gratis para móviles y tabletas que son especialmente útiles para médicos.

“Eponyms” es una aplicación curiosa con ciertas utilidades como encontrar cómo se escribe un nombre con 4 consonantes seguidas o entender a que se refiere un término oscuro en el informe de otro compañero. Ocupa poco espacio y, a veces, es interesante. Los enlaces son: <http://goo.gl/ke7ZOx> (Apple) y <http://goo.gl/rW9aXi> (Android).

Yo suelo usar Pubmed en el móvil y hay que reconocer que utilizando el navegador habitual no funciona demasiado bien. Una aplicación interesante es: “PubMed Mobile”. He probado varias y he buscado una aplicación excelente y siento comunicar que, de momento, no existe. A fecha de hoy, esta es la mejor. Eso sí, funciona bastante bien para búsquedas sencillas, que son las que uno suele hacer en el móvil. Además, no está disponible para usuarios de Apple; en Android: <http://goo.gl/6w6H4a>



Vitamina D: más allá de sus efectos sobre el metabolismo óseo

V. Martínez Suárez*, J. Dalmau Serra**

*Centro de Salud El Llano, Gijón. **Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Infantil La Fe, Valencia



Pediatr Integral 2013; XVII(10): 728-733

El déficit de vitamina D (VD) es una situación prevalente a nivel mundial y que puede afectar a personas de cualquier edad. Es, por otro lado, un capítulo preferente de la medicina infantil, aunque en las últimas dos décadas ha cobrado una nueva relevancia. El intestino delgado, los riñones y el tejido óseo son los órganos primarios sensibles a sus acciones y están involucrados en su función clásica sobre el metabolismo mineral y la homeostasis del hueso. En esta misma sección y desde documentos de posicionamiento del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, dicha función ha sido abordada en sus diversos aspectos⁽¹⁻³⁾. Pero el reconocimiento de sus receptores específicos (VDR) en otros tejidos⁽⁴⁾ y la identificación de la enzima hidroxilasa 1 en células extrarrenales llevaron a la descripción de nuevos efectos naturales, acumulándose cada vez más pruebas de la síntesis extrarrenal de la 1,25 dihidroxi VD (1,25 (OH)₂VD) o calcitriol^(5,6) y de su función en la regulación del crecimiento y la diferenciación celular por medio de acciones endocrinas, paracrinas y autocrinas^(4,7-9). En relación con ello, Nagpal y cols.⁽¹⁰⁾ al han señalado que la 1,25 (OH)₂VD, a través de su actividad transcripcional, es capaz de regular directa o indirectamente al menos 200 genes, controlando la proliferación y la diferenciación tisular, la apoptosis y la angiogénesis. Y mediante estudios descriptivos y algunos ensayos clínicos (EC), también ha podido establecerse su relación con la prevención y tratamiento de diversas enfermedades extraóseas. Con la presente nota queremos ofrecer una recapitulación y síntesis de la bibliografía más relevante sobre el tema, desde una perspectiva médica general y referida a alguno de los aspectos más estudiados.

Estado de vitamina D

Con los datos disponibles, definir el estado de hipovitaminosis D y establecer para todos sus efectos el correspondiente significado clínico es todavía un tema de estudio. La medida de la 1,25-(OH)₂VD aporta poca información por su fino control

fisiológico⁽¹¹⁾; sus concentraciones séricas son, con frecuencia, normales con un estado deficiente, debido al hiperparatiroidismo secundario y a su reposición por incremento de la síntesis renal⁽¹²⁾. Información adicional sobre la adecuación de la homeostasis de calcio y VD se puede obtener con la medida de la concentración de PTH, aunque el mejor indicador se considera la concentración de 25-hidroxi VD (25-OHVD, calcidiol) sérica, ya que no es regulada y refleja la ingesta dietética de vitamina D2 o D3 y la síntesis cutánea de D3. Sin embargo, no existe consenso sobre sus concentraciones óptimas.

La Academia Nacional de las Ciencias recoge en su *Dietary references intakes for calcium and vitamin D* de 2010⁽¹³⁾ que, aunque el nivel sérico de 25-OH VD no está validado como sustituto de resultados en salud, puede servir como referencia; y concluye que es razonable considerar 20 ng/ml como el umbral para casi toda la población; y ha establecido la ingesta recomendada en el lactante, considerando este umbral entre 16 y 20 ng/ml⁽¹⁴⁾. Aun así, sigue habiendo controversia respecto a las concentraciones de 25-OHVD deseables, y podría resultar simplista la pretensión de ofrecer un umbral único de suficiencia⁽¹⁵⁾. En adultos, la correlación inversa entre los niveles de 25-OHVD y PTH ha permitido aceptar el umbral de deficiencia en 20 ng/ml, cifra por encima de la cual la PTH deja de descender y se establece una meseta^(16,17). Esta correlación se ha descrito también en niños mayores y adolescentes⁽¹⁸⁻²⁰⁾, pero en lactantes esta menos clara⁽²¹⁻²³⁾; y, si bien no hay datos disponibles para extrapolar este concepto a la población infantil, esta cifra tiende a aplicarse también a los niños de cualquier edad⁽²⁴⁾.

Actividad antiinfecciosa inespecífica

Varios estudios recientes sugieren que la VD juega algún papel en el control de la inflamación y la respuesta inmune. Diferentes células implicadas en la respuesta inmunitaria expresan VDR, lo que indica que participa de su actividad y modulación. Sabemos que el calcitriol actúa localmente sobre los

linfocitos T y B activados, que regulan las citoquinas y la síntesis de inmunoglobulinas. Que inhibe la proliferación de células T, en particular linfocitos T helper (Th1) capaces de producir interferón (IFN-2) y de interleucina (IL-2) que, a su vez, impiden la presentación de más antígenos y el reclutamiento de los linfocitos T^(25,26). También activa la producción de IL-4, IL-5 e IL10 cambiando el equilibrio desde el fenotipo Th1 a Th2, inhibiendo la formación de algunos tipos celulares que desempeñan un papel importante en la defensa inmunológica⁽²⁵⁾.

Se ha demostrado que la forma activa de la VD tiene actividad antimicrobiana *in vitro*. Cuando un monocito/macrófago es estimulado por un agente infeccioso como *Mycobacterium tuberculosis* o sus liposacáridos, aumenta la expresión de VDR y hidroxilasa 1. La molécula de 1,25 (OH)₂ VD entra en el núcleo y aumenta la expresión de catelicidina, péptido capaz de promover la inmunidad innata e inducir la destrucción de agentes infecciosos como el bacilo tuberculoso⁽²⁷⁾. Dado que la prevalencia de concentraciones de 25-OH VD menores de 30 ng/ml se observó en el 86% de las tuberculosis activas, la VD se ha venido utilizando para su tratamiento, aunque la administración de estos suplementos no puede ser recomendada hasta que se disponga de estudios prospectivos de calidad que prueben su valor terapéutico. Es posible que la deficiencia de VD tenga un impacto negativo generalizado sobre la respuesta antibacteriana y pudiera por tanto jugar algún papel en diferentes enfermedades infecciosas^(28,29).

En el caso del VIH también algunos estudios *in vitro* han demostrado su efecto favorable en la inducción de la autofagia, obteniéndose una correlación directa entre los niveles más bajos de 1,25 (OH)₂ VD con un menor recuento de células T CD4 +, nivel mayor de factor de necrosis tumoral y la velocidad de progresión de la enfermedad por VIH⁽³⁰⁾.

Observaciones como las altas tasas de gripe durante el invierno se han correlacionado con la falta de síntesis de VD⁽³¹⁾, aunque factores como la temperatura fría y la baja humedad relativa debida a las calefacciones de interior podrían tener una responsabilidad mayor en la presencia y curso de la enfermedad.

Enfermedad cardiovascular y cardiopatías

El déficit de VD se ha querido considerar en los últimos años como un nuevo factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV)^(32,33), añadido a los ya clásicos. Varios estudios observacionales habían apuntado a una fuerte asociación entre un estado deficitario y la mortalidad cardiovascular, aunque el mecanismo que subyace a esta relación aún no ha sido aclarado. Algunas hipótesis señalan un posible papel del calcitriol en la regulación de la producción de renina, la proliferación de las células musculares cardíacas y vasculares, la síntesis de proteína C reactiva (PCR) y otros marcadores proinflamatorios, aceptándose que el sistema renina-angiotensina-aldosterona, la resistencia a la insulina y el hiperparatiroidismo secundario pudieran mediar algunos efectos cardiovasculares de la deficiencia de VD.

El análisis de los datos de NHANES III por Fiscella reveló un 40% más de riesgo por muerte debida a enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares principales en la población con un nivel de VD bajo⁽³⁴⁾. Y esa deficiencia también se ha asociado a un mayor riesgo de síndrome metabólico, hipertensión arterial (HTA) y otros eventos cardio-

vasculares adversos^(34,35). Desde los años 80 del pasado siglo se dispone de datos según los cuales factores ambientales como la latitud, la estación y la exposición al sol se relacionan con una diferente mortalidad por cardiopatía isquémica^(36,37), poniéndose la misma en relación con el déficit de VD.

Un EC realizado en mujeres alemanas halló una reducción significativa de la presión arterial sistólica después de la administración de suplementos de vitamina D⁽³⁸⁾. La disminución de los niveles tensionales también se demostró después de la exposición a los rayos ultravioleta A en comparación con UV B en otro EC⁽³⁹⁾. Sin embargo, otros trabajos no hallaron un efecto similar^(40,41). Por lo tanto, los estudios sobre los suplementos de VD no han mostrado de forma consistente un efecto positivo en la reducción de la PA⁽⁴¹⁾.

Por otro lado, parece que el déficit severo de VD no sólo pudiera aumentar el riesgo de desarrollar ECV crónicas sino que multiplica por 3-5 veces el de muerte súbita cardíaca en sujetos con ECV establecida⁽⁴²⁾, incrementando hasta el 50% los accidentes cerebrovasculares fatales⁽⁴³⁾.

Dos estudios examinaron prospectivamente el efecto de los suplementos de VD en la mortalidad cardiovascular sin poder probar una mayor supervivencia en comparación con los controles^(41,44), aunque en un metaanálisis se encontró una reducción del 8% en la mortalidad por cualquier causa tras la suplementación con pequeñas cantidades⁽⁴⁵⁾. Una revisión sistemática de 51 EC aleatorizados no mostró su asociación significativa con la mortalidad, infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, sin cambios tampoco en la presión arterial, lo que lleva a los autores a concluir que los datos disponibles hasta la fecha no son capaces de mostrar una disminución significativa de la mortalidad y el riesgo cardiovascular asociado con la VD⁽⁴⁶⁾. Serán necesarios, por tanto, EC prospectivos bien diseñados para establecer consistentemente cualquier papel de los suplementos de VD en prevención de la ECV^(45,47).

En recién nacidos con cardiopatía congénita existe una prevalencia mayor de deficiencia de VD, y niveles inferiores de 25-OH VD se asocian en los niños intervenidos a la necesidad de terapia inotrópica más intensa en el postoperatorio⁽⁴⁸⁾. Esto puede relacionarse con su efecto modulador y de influencia sobre la hipertrofia y diferenciación de los cardiomiocitos, lo que señala la posibilidad de un papel directo de la VD y sus derivados en la asistencia de este tipo de problemas.

Vitamina D y diabetes

Al igual que en las situaciones ya comentadas, estudios epidemiológicos y observacionales han despertado un gran interés sobre el posible papel de la VD en la patogenia, la prevención y el control de la diabetes (DM) tanto de tipo I como tipo II⁽⁴⁹⁾. Y varios ensayos en animales y humanos han sugerido que la VD pueda ser un potencial modificador de la diabetes⁽⁵⁰⁻⁵²⁾, señalándose que sus acciones inmunomoduladoras y antiinflamatorias podrían reducir la insulinitis autoinmune de DM tipo I^(50,51), suprimir la exposición de antígenos a los macrófagos, inhibir la maduración de las células dendríticas, modular el desarrollo de los linfocitos CD4 e inhibir la producción de interferón 2 (IFN2) y interleucina 2 (IL2), entre otras citoquinas activadoras de macrófagos y células T citotóxicas que conducen a la destrucción de células de los islotes. También en animales

se ha comprobado cierto efecto protector de los suplementos de VD frente a la aparición de la diabetes autoinmune⁽⁵⁰⁾ y deteniendo la evolución de la enfermedad. Igualmente, por su actividad moduladora de las respuestas inmune e inflamatoria, la VD parece disminuir la resistencia a la insulina y aumentar su secreción en la DM tipo II.

Estudios poblacionales han encontrado que la DM tipo I es 10-15 veces más frecuente en las latitudes del norte de Europa que en el trópico. Tras un seguimiento a largo plazo en Finlandia se ha mostrado que los niños que tomaron 2,000 UI al día de VD durante el primer año de vida redujeron su riesgo de desarrollar DM tipo I en un 88%. Por otra parte, los niños que tenían deficiencia de VD tenían 2,4 veces más riesgo de desarrollar DM tipo I⁽⁵²⁾. Un estudio de la Comunidad Europea (EURODIAB) halló una reducción del 33% en el riesgo de la enfermedad en un grupo de niños suplementados⁽⁵³⁾, y datos similares fueron observados en el seguimiento de una de cohorte suplementada desde el primer año de vida⁽⁵⁴⁾. En el mismo sentido, un metaanálisis concluyó que esos suplementos en la infancia podrían tener un efecto protector frente a su desarrollo posterior⁽⁵²⁾. Una reducción temporal de la dosis de insulina también se observó después de la suplementación con calcitriol en pacientes adultos con diabetes tipo I⁽⁵⁵⁾.

Respecto a la DM tipo II, los estudios observacionales han mostrado en su control variaciones estacionales⁽⁵⁶⁾. En relación con lo anterior, los grandes EC que usaron terapia combinada de vitamina y calcio encontraron que ésta disminuye el riesgo de DM tipo II^(57,58). En un gran estudio transversal con 23,000 adultos, los datos de resistencia a la insulina se correlacionan inversamente con los niveles de VD⁽⁵⁹⁾, habiéndose referido una asociación similar en otras investigaciones^(60,61). Estudios de cohorte también encontraron asociación entre los niveles bajos de VD y diabetes tipo adulto⁽⁶²⁾ y mostraron un efecto protector de los niveles altos⁽⁶³⁾. Por el contrario, otros estudios no mostraron ningún beneficio^(64,65). Pitas y cols., en un metaanálisis concluyeron que la insuficiencia de vitamina D y calcio puede influir negativamente en la glucemia mientras que la suplementación combinada puede ser beneficiosa en la optimización de metabolismo de la glucosa⁽⁶⁶⁾. En animales en situación de hipovitaminosis, la secreción de insulina aparece reducida, mejorando con su corrección.

En suma, hoy disponemos de datos que sugieren que la VD puede desempeñar un papel en la prevención y el tratamiento de la DM tipo I y II a través de su acción sobre la inflamación sistémica, la secreción de insulina y su resistencia, si bien se necesitan más estudios para dilucidar el mecanismo de acción y encontrar la dosis adecuada para proporcionar el beneficio óptimo⁽⁴⁹⁾. En cuanto al papel sinérgico de la vitamina y los suplementos de calcio en la prevención y control de la diabetes, debería ser estudiado en profundidad⁽⁴⁹⁾, ya que de ser eficaz su aplicación resultaría barata y fácil de implementar en la práctica clínica.

Vitamina D y cáncer

A la luz de los estudios más recientes, hoy se acepta de forma unánime que la VD juega un papel fisiológico en la diferenciación celular, tanto en células normales como tumorales. En estudios recientes la 1,25 (OH)₂ VD se ha mostrado capaz de regular los genes que controlan la proliferación, la

diferenciación, la apoptosis y la angiogénesis. Y datos preclínicos y epidemiológicos sugieren un papel de la VD en la prevención y tratamiento del cáncer. Por ejemplo, es conocido que el riesgo de su desarrollo y la muerte por cáncer son más elevados en latitudes más altas y esto se ha relacionado con menor exposición a la luz solar directa, especialmente durante la infancia y la adolescencia^(67,68).

También para el polimorfismo del gen VDR se ha establecido su asociación con un alto riesgo de padecer cáncer, habiéndose descrito que mujeres con mutaciones del mismo tienen mayor riesgo de iniciar un tumor de mama⁽⁶⁹⁾. En un estudio se ha encontrado que, mujeres con bajo nivel en sangre de 25-OH VD (<12 ng/ml) al inicio del mismo, tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar cáncer colorrectal en comparación con las que tenían niveles más altos (>24 ng/ml)⁽⁷⁰⁾.

La mayoría de los ensayos clínicos con VD y sus metabolitos se han realizado en pacientes con cáncer de próstata⁽⁷¹⁾, probándose que la administración de 2.000 UI al día daba lugar una caída en los niveles de PSA, si bien el desarrollo de hipercalcemia severa exigió la interrupción del ensayo. Varios análogos no hipercalcemiantes de la 1,25 (OH)₂ VD han mostrado actividad antitumoral en un subgrupo de pacientes con alta expresión de VDR, lo que pudiera considerarse en el futuro como un criterio de buen pronóstico.

Aunque la función fisiológica exacta de 1,25 (OH)₂ VD en estos tejidos tumorales no ha sido completamente aclarada, se acepta que puede actuar como un potente inhibidor de la proliferación tisular y un inductor de maduración de las células^(9,72-74), probablemente jugando algún papel en la prevención de la carcinogénesis. Así, se ha podido establecer un mayor riesgo de morir de cáncer de colon, de mama, de próstata y de ovario en personas que viven en las latitudes altas^(75,76). Y Garland⁽⁷⁷⁾ ha descrito que la concentración de 25-OHVD superior a 20 ng/ml disminuye el riesgo de morir por cáncer de colon en más de un 200%.

No obstante todos esos datos, serán necesarios más estudios para confirmar la utilidad del uso de la VD como terapia concomitante con los fármacos antitumorales⁽⁷⁸⁾.

Vitamina D y enfermedades autoinmunes

La acción de la VD en el sistema inmunológico parece ser mediada a través de las células T y B. Tal como se ha comentado^(25,26), cuando estas se estimulan, los genes VDR se activan y se produce 1,25 (OH)₂ VD, que suprime la proliferación y la síntesis de inmunoglobulinas. Inhibe también la proliferación de células T y previene la formación de interferón γ y la interleuquina 2 (IL-2) por las células T helper (Th1), activa las células T supresoras (Th2) mejorando, de este modo, la producción de IL-4, IL-5 e IL-10.

En los seres humanos hay evidencia epidemiológica de la importancia de la VD para mantener la salud inmunológica. Su actividad inmunomoduladora puede intervenir en el desarrollo de enfermedades de fondo autoinmune. Mediante el uso de ligandos del receptor de VD, se ha aumentado la acción de las células asesinas naturales y la actividad de los fagocitos. La 1,25 (OH)₂ VD ha demostrado ser útil en modelos animales de esclerosis múltiple y en la enfermedad de Crohn.

Tabla 1. Enfermedades o condiciones asociadas con efectos extraóseos de la VD

<i>Mayor número de publicaciones, metaanálisis o experiencia clínica</i>	<i>Presencia en PubMed^a</i>
Actividad antiifecciosa inespecífica	Mortalidad global
Enfermedades cardiovasculares y cardiopatías	Obesidad
Diabetes tipo I y II	Fibrosis quística
Diversos tipo de cáncer	Septicemia
Enfermedad inflamatoria intestinal	Envejecimiento, enfermedad de Alzheimer
Esclerosis múltiple	Fertilidad
Psoriasis	Insomnio
Enfermedades reumatológicas	Pérdida de audición
Alteraciones musculares y caídas	Caries y enfermedad periodontal
	Degeneración macular y miopía
	Preeclampsia
	Dolor
	Depresión y esquizofrenia
	Migrañas
	Convulsiones
	Asma

a: estudios epidemiológicos, experimentales y/o clínicos.

Existen datos suficientes para aceptar que la VD pudiera ser considerada como un factor externo, condicionante en el desarrollo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII)⁽⁷⁹⁾. En modelos experimentales de ratones, se ha podido demostrar la aceleración de la enfermedad en situación de hipovitaminosis D, evitando ese efecto la administración de 1,25 (OH)₂ VD o de agonistas sintéticos de los VDR requiriendo, para ello, un adecuado aporte de calcio en la dieta. También, datos obtenidos en otros modelos animales sugieren que la deficiencia de VD y de VDR aumenta la susceptibilidad para padecer la enfermedad. Y, aunque hasta ahora no se podido establecer en la clínica una relación causal entre estado de VD y EII, existen algunos estudios que destacan su existencia⁽⁸⁰⁻⁸²⁾. Por ejemplo, según un estudio, la mayoría de los niños afectos de EII tienen niveles bajos de VD (con 25-OH VD <15 ng/ml); y, en un EC con pacientes de 8 a 22 años, la mayoría de los enfermos tenían un estado de vitamina deficiente (<20 ng/ml), mejorando los niveles y su situación clínica tras el tratamiento con orales.

La evidencia epidemiológica sugiere que los adultos con altos niveles de VD en sangre tienen un menor riesgo de desarrollar esclerosis múltiple⁽⁸³⁾, para la que la luz del sol o la vitamina se consideran factores ambientales implicados en su etiología y podrían interactuar con los factores hereditarios en la región del sistema mayor de histocompatibilidad de clase II. De hecho, en un subgrupo de individuos genéticamente predispuestos a la esclerosis múltiple, la deficiencia de VD pudiera causar un bloqueo de la expresión de los genes de histocompatibilidad implicados en la distinción entre las proteínas propias y extrañas⁽⁸⁴⁾. En ese mismo sentido, mujeres con una ingesta más alta de vitamina redujeron el riesgo de desarrollar la enfermedad en un 42%.

Observaciones similares se han realizado en la artritis reumatoide, en el lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades reumáticas⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾; y en niños nacidos de madres que eran deficientes en VD, aumentó el riesgo de trastornos respiratorios con sibilancias en la primera infancia. A partir de la evidencia epidemiológica y algunos modelos animales, pudiera aceptarse un importante papel de la VD en el mantenimiento de la salud inmune.

Vitamina D y psoriasis

Los queratinocitos de la piel son las principales fuentes de 7 dehidrocolesterol, que se convierte en vitamina D3 en presencia de luz solar. Estas células también tienen VDR y pueden convertir el 25-OH VD en 1,25 (OH)₂ VD activa. Se ha señalado que al ser la vitamina activa un potente inhibidor de los queratinocitos podría ser utilizada de forma segura para los trastornos de la piel hiperproliferativos no malignos, como la psoriasis. La aplicación tópica de 1,25 (OH)₂ VD o de algunos de sus análogos podría servir como terapia de primera línea en la enfermedad psoriásica⁽⁸⁸⁾. Los datos agrupados de los EC controlados y aleatorios indican que el derivado sintético de la VD calcipotriol puede ser un tratamiento eficaz y bien tolerado para la psoriasis crónica, en placas de leve a moderada; y, aunque la irritación de la piel es un secundarismo relativamente común, rara vez requirió la retirada del tratamiento⁽⁸⁹⁾. No obstante, se necesitan ensayos de tratamiento aislado y los combinados de calcipotriol con otros agentes anti-psoriáticos.

Enfermedades musculares

También en este caso algunos estudios observacionales han mostrado una relación entre nutrición deficiente, estado de 25-OHVD y debilidad muscular en niños y adultos mayores. En la mayoría de los trabajos publicados, las concentraciones más bajas (<20 ng/ml y especialmente <10 ng/ml) se asociaron con la función muscular alterada, mientras que los niveles más altos (>20 ng/ml) mostraron una función normal. Varios metaanálisis y revisiones muestran una reducción en el riesgo de caídas (reducción del riesgo relativo de hasta el 20%) después de la administración de suplementos de la vitamina, en especial cuando su estado es deficiente⁽⁹⁰⁻⁹³⁾. En estos mismos estudios, se ha establecido que la suplementación con dosis que van desde 700 a 1.000 UI/día pudiera ser eficaz, si bien el resultado de un metanálisis muestra que la práctica de ejercicio en grupo y de Tai Chi fueron más eficaces en la reducción del riesgo de caídas que los suplementos de VD⁽⁹⁴⁾.

En resumen, en los últimos años se han ido acumulando informaciones que refuerzan la idea de un efecto extraóseo múltiple y diverso de la VD, habiéndose relacionado de forma directa con diferentes enfermedades^(95,96), de las cuales sólo algunas han sido consideradas en este escrito (Tabla I). La revisión de los trabajos aquí comentados sugiere que este nutriente pudiera jugar algún papel en su prevención y tratamiento, aunque se requieren más estudios y una evidencia más concluyente para aceptar su recomendación en la clínica.

Bibliografía

- Martínez V, Dalmau J, Moreno JM, Gil-Campos M, Moráis A, Moreno LA, Sánchez-Valverde F, en nombre del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Vitamina D y salud infantil: claves para el pediatra general. *Pediatr Integral*. 2013; 17: 1-3.
- Alonso M, Redondo MP, Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Nutrición infantil y salud ósea. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 72: 80e1-11.
- Martínez V, Moreno JM, Dalmau J, Comité de Nutrición de la AEP. Recomendaciones de ingesta de calcio y vitamina D: posicionamiento del Comité de Nutrición de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 77(1): 57.e1-8. doi:10.1016/j.anpedi.2011.11.024.
- Holick MF. Vitamin D: A millennium perspective. *J Cell Biochem*. 2003; 88: 296-307.
- Tangpricha V, Flanagan JN, Whitlatch LW, Tseng CC, Chen TC, Holt PR, et al. 25-hydroxyvitamin D-1 α -hydroxylase in normal and malignant colon tissue. *Lancet*. 2001; 357: 1673-4.
- Mawer EB, Hayes ME, Heys SE, Davies M, White A, Stewart MF, et al. Constitutive synthesis of 1,25-dihydroxy vitamin D 3 by a human small cell lung cell line. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994; 79: 554-60.
- Holick MF. Evolution and function of Vitamin D. *Recent Results Cancer Res*. 2003; 164: 3-28.
- DeLuca H. Overview of general physiologic features and functions of vitamin D. *Am J Clin Nutr*. 2004; 80(6,suppl): 1689S-96S.
- Holick MF. Non-calcaemic actions of 1,25-dihydroxy vitamin D3 and clinical applications. *Bone*. 1995; 17: 107S-11S.
- Nagpal S, Na S, Rathachalam R. Non-calcaemic actions of vitamin D receptor ligands. *Endocr Rev*. 2005; 26: 662-87.
- Eastwood JB, De Wardener HE, Gray RW, Lemann Jr JL. Plasma 1,25(OH)₂ vitamin D concentrations in nutritional osteomalacia [letter]. *Lancet*. 1979; 2: 465.
- Papapoulos SE, Clemens TL, Fraher LJ, Gleed J, O'Riordan JL. Metabolites of vitamin D in human vitamin-D deficiency: effect of vitamin D3 or 1,25-dihydroxycholecalciferol. *Lancet*. 1980; 2(8195 pt 1): 612-5.
- Institute of Medicine of the National Academies. Dietary Reference Intakes of calcium and vitamin D [consultado 1 Mar 2011]. Disponible en: www.iom.edu/vitaminD
- Abrams SA, Crusak MA, Stuff J, O'Brien KO. Calcium and magnesium balance in 9-14 y-old children. *Am J Clin Nutr*. 1997; 66: 1172-7.
- Greer FR. Defining vitamin D deficiency in children: beyond 25-OH vitamin D serum concentrations. *Pediatrics*. 2009; 124: 1471-3.
- Misra M, Pacaud D, Petryk A, Collett-Solberg PF, Kappy M. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. *Pediatrics*. 2008; 122: 398-417.
- Hollis BW. Circulating 25-hydroxyvitamin D levels indicative of vitamin D sufficiency: implications for establishing a new effective DRI for vitamin D. *J Nutr*. 2005; 135: 317-22.
- Pettifor JM. Rickets and vitamin D deficiency in children and adolescents. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2005; 34: 537-53.
- Gordon CM, De Peter KC, Feldman HA, Grace E, Emans SJ. Prevalence of vitamin D deficiency among healthy adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 531-7.
- Rajakumar K, Fernstrom JD, Janosky JE, Greenspan SL. Vitamin D insufficiency in preadolescent African-American children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2005; 44: 683-92.
- Ziegler EE, Hollis BW, Nelson SE, Jeter JM. Vitamin D deficiency in breastfed infants in Iowa. *Pediatrics*. 2006; 118: 603-10.
- Dawodu A, Agarwal M, Hossain M, Kochiyil J, Zayed R. Hypovitaminosis D and vitamin D deficiency in exclusively breast-feeding infants and their mothers in summer: a justification for vitamin D supplementation of breast-feeding infants. *J Pediatr*. 2003; 142: 169-73.
- Park MJ, Namgung R, Kim DH, Tsang RC. Bone mineral content is not reduced despite low vitamin D status in breast milk-fed infants versus cow's milk based formula-fed infants. *J Pediatr*. 1998; 132: 641-5.
- Wagner CL, Greer FR, Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children and adolescents. *Pediatrics*. 2008; 122: 1142-52.
- Bikle DD. Noncalcemic actions of vitamin D. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009; 94: 26-34.
- Holick MF. Vitamin D: Extraskeletal health. *Endocrinol Metab Clin N Am*. 2010; 39: 381-400.
- Liu PT. Toll-like receptor triggering of a vitamin D-mediated human antimicrobial response. *Science*. 2006; 311: 1770-3.
- Hewison M. Antibacterial effects of vitamin D. *Nat Rev Endocrinol*. 2011; 7: 337-5.
- Nnoaham KE, Clarke A. Low serum vitamin D levels and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2008; 37: 113-9.
- Yamshchikov AV, Desai NS, Blumberg HM, Ziegler TR, Tangpricha V. Vitamin D for treatment and prevention of infectious diseases: a systematic review of randomized controlled trials. *Endocr Pract*. 2009; 15: 438-49.
- Urashima M, Segawa T, Okazaki M, Kurihara M, Wada Y, Ida H. Randomized trial of vitamin D supplementation to prevent seasonal influenza A in schoolchildren. *Am J Clin Nutr*. 2010; 91: 1255-60.
- Giovannucci E, Lui Y, Hollis BW, Rimm EB. 25-hydroxyvitamin D and risk of myocardial infarction in men: A prospective study. *Arch Intern Med*. 2008; 168: 1174-80.
- Wang TJ, Pencina MJ, Booth SL, Jacques PF, Ingelsson E, Lanier K, et al. Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease. *Circulation*. 2008; 117: 503-11.
- Om D Thacher, Bart L Clarke. Vitamin D insufficiency. *Mayo Clin Proc*. 2011; 86: 50-60.
- Fiscella K, Franker P. Vitamin D, race and cardiovascular mortality with findings from a national US sample. *Ann Fam Med*. 2010; 8: 11-8.
- Fleck A. Latitude and ischemic heart disease. *Lancet*. 1989; 1: 613.
- Grimes DS, Hindle E, Dyer T. Sunlight, cholesterol and coronary heart disease. *QJM*. 1996; 89: 579-89.
- Pfeifer M, Begerow B, Minne HW, Nachtigall D, Hansen C. Effects of a short term vitamin D (3) and calcium supplementation on blood pressure and parathyroid hormone levels in elderly women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007; 86: 1633-7.
- Krause R, Bühring M, Hopfenmüller W, Holick MF, Sharma AM. Ultraviolet B and blood pressure. *Lancet*. 1998; 352: 709-10.
- Scragg R, Khaw KT, Murphy S. Effect of winter oral vitamin D 3 supplementation on cardiovascular risk factors in elderly adults. *Eur J Clin Nutr*. 1995; 49: 640-6.
- Lacroix AZ, Kotchen J, Anderson G, Brzyski R, Cauley JA, Cummings SR, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and mortality in postmenopausal women: The women's health initiative calcium-vitamin D randomized control trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009; 64: 559-67.
- Pilz S, Marz W, Wellnitz B, et al. Association of vitamin D deficiency with heart failure and sudden cardiac death in a large cross-sectional study of patients referred for coronary angiography. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008; 93: 3927-35.
- Pilz S, Dobnig H, Fischer JE, Wellnitz B, Seelhorst U, Boehm BO, et al. Low Vitamin D levels predict stroke in patients referred to coronary angiography. *Stroke*. 2008; 39: 2611-3.
- Triwedi DP, Doll R, Khaw KT. Effect of four monthly oral vitamin D 3 supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: Randomized double blind control trial. *BMJ*. 2003; 326: 469.
- Motiwala SR, Wang TJ. Vitamin d and cardiovascular disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2011; 20: 345-53.
- Elamin MB, Abu Ehnour NO, Elamin KB, Fatourechi MM, Alkatib AA, Almandoz JP, et al. Vitamin d and cardiovascular outcomes: A systematic review and meta analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96: 1931-42.

47. Judd SE, Tangpricha V. Vitamin D deficiency and risk for cardiovascular disease. *Am J Med Sci.* 2009; 338: 40-4.
48. Guo J, Liu Z. Multiple effects of vitamin D. *Chin Med* 2013; 126: 2978-83.
49. Danescu IG, Levy S, Levy J. Vitamin D and diabetes mellitus. *Endocrine.* 2009; 35: 11-7.
50. Mathieu C, Waer M, Carsteels K, Laureys J, Bouillon R. Prevention of type I diabetes in NOD mice by nonhypercalcemic doses of a new structural analog of 1,25-dihydroxyvitamin D₃, KH1060. *Endocrinology.* 1995; 136: 866-72.
51. Gregori S, Giarratana N, Smioldo S, Uskokovic M, Adorini L. A 1 alpha, 25-dihydroxyvitamin D(3) analog enhances regulatory T-cells and arrests autoimmune diabetes in NOD mice. *Diabetes.* 2002; 51: 1367-74.
52. Zipitis CS, Akobeng AK. Vitamin D supplementation in early childhood and risk of type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child.* 2008; 93: 512-7.
53. Vitamin D supplement in early childhood and risk for Type I (insulin-dependent) diabetes mellitus. The EURODIAB Substudy 2 Study Group. *Diabetologia.* 1999; 42: 51-4.
54. Hyppönen E, Läärä E, Reunanen A, Järvelin MR, Virtanen SM. Intake of vitamin D and risk of type 1 diabetes: A birth-cohort study. *Lancet.* 2001; 358: 1500-3.
55. Fronczak CM, Baron AE, Chase HP, Ross C, Brady HL, et al. In utero dietary exposures and risk of islet autoimmunity in children. *Diabetes Care.* 2003; 26: 3237-92.
56. Ishii H, Suzuki H, Baba T, Nakamura K, Watanabe T. Seasonal variation of glycemic control in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care.* 2001; 24: 1503.
57. Pittas AG, Harris SS, Stark PC, Dawson-Hughes B. The effects of calcium and vitamin D supplementation on blood glucose and markers of inflammation in nondiabetic adults. *Diabetes Care.* 2007; 30: 980-6.
58. de Boer IH, Tinker LF, Connelly S, Curb JD, Howard BV. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of incident diabetes in the Women's Health Initiative. *Diabetes Care.* 2008; 31: 701-7.
59. Scragg R, Sowers M, Bell C. Third National Health and Nutrition Examination Survey. Serum 25-hydroxyvitamin D, diabetes, and ethnicity in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care.* 2004; 27: 2813-8.
60. Pietschmann P, Scherthaner G, woloszczuk W. Serum osteocalcin levels in diabetes mellitus: Analysis of the type of diabetes and microvascular complications. *Diabetologia.* 1988; 31: 892-5.
61. Isaia G, Giorgino R, Adani S. High prevalence of hypovitaminosis D in female type 2 diabetic population. *Diabetes Care.* 2001; 24: 1496.
62. Mattila C, Knelct P, Mannisto S, Rissanen H, Laaksonen MA, Montonen J. Serum 25-hydroxyvitamin D concentration and subsequent risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2007; 30: 2569-70.
63. Knelct P, Laaksonen M, Mattila C, Harkanen T, Marniemi J, Heliövaara M, et al. Serum vitamin D and subsequent occurrence of type 2 diabetes. *Epidemiology.* 2008; 19: 666-71.
64. Boucher BJ, Mannan N, Noonan K, Hales CN, Evans SJ. Glucose intolerance and impairment of insulin secretion in relation to vitamin D deficiency in east London Asians. *Diabetologia.* 1995; 38: 1239-45.
65. Fliser D, Stefanski A, Frank E, Fode P, Gudarzi A, Ritz E. No effect of calcitriol on insulin-mediated glucose uptake in healthy subjects. *Eur J Clin Invest.* 1997; 27: 629-33.
66. Pittas AG, Lau J, Hu B, Dawson-Hughes B. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes: A systematic review and metaanalysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 92: 2017-29.
67. Knight JA, Lesosky M, Barnett H, Raboud JM, Vieth R. Vitamin D and reduced risk of breast cancer: A population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007; 16: 422-99.
68. Grant WB. An ecologic study of dietary and solar ultraviolet-B links to breast carcinoma mortality rates. *Cancer.* 2002; 94: 272-81.
69. Guy M, Lowe LC, Bretherton-Watt D, Mansi JL, Peckitt C, Bliss J, et al. Vitamin D Receptor Gene Polymorphisms and Breast Cancer Risk. *Clin Cancer Res.* 2004; 10: 5472-81.
70. Ma Y, Zhang P, Wang F, Yang J, Liu Z, Qui H. Association between vitamin D and risk of colorectal cancer: A systematic review of prospective studies. *J Clin Oncol.* 2011; 29: 3775-82.
71. Lappe JM, Travers-Gustafson D, Davies KM, Recker RR, Heaney RP. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: Results of a randomized trial. *Am J Clin Nutr.* 2007; 85: 1586-91.
72. Feldman D, Zhao XY, Krishnan AV. Vitamin D and prostate cancer. *Endocrinology.* 2000; 141: 5-9.
73. Bikle DD, Nemanic MK, Gee E, Elias P. 1,25 dihydroxy D₃ production by human keratinocytes. Kinetics and regulation. *J Clin Invest.* 1986; 78: 557-66.
74. Holick MF. Vitamin D: The underappreciated D-lightful hormone that is important for skeletal and cellular health. *Curr Opin Endocrinol Diabetes.* 2002; 9: 87-98.
75. Garland CF, Garland FC, Gorham ED. Can colon cancer incidence and death rates be reduced with calcium and vitamin D? *Am J Clin Nutr.* 1991; 54: 93S-201S.
76. Hanchette CL, Schwartz GG. Geographic patterns of prostate cancer mortality. *Cancer.* 1992; 70: 2861-9.
77. Garland CF, Comstock GW, Garland FC, Helsing KJ, Shaw EK, Gorham ED. Serum 25 hydroxy vitamin D and colon cancer: Eight year prospective study. *Lancet.* 1989; 18: 1176-8.
78. Deeb KK, Trump DL, Johnson CS. Vitamin D signalling pathways in cancer: Potential for anticancer therapeutics. *Nat Rev Cancer.* 2007; 7: 684-700.
79. Palmer MT, Weaver CT. Linking vitamin D deficiency to inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2013; 19: 2245-56.
80. Pekow J, Li YC, Hanauer SB. Association between higher predicted serum vitamin D levels and reduced incidence of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology.* 2012; 143: e28.
81. Pappa HM, Gordon CM, Saslowsky TM, et al. Vitamin D status in children and young adults with inflammatory bowel disease. *Pediatrics.* 2006; 118: 1950-61.
82. Pappa HM, Langereis EJ, Grand RJ, Gordon CM. Prevalence and risk factors for hypovitaminosis D in young patients with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011; 53(4): 361-4.
83. Berlanga-Taylor AJ, Ramagopalan SV. Vitamin D and multiple sclerosis: what is the clinical impact? *Expert Opin Med Diagn.* 2013; 7: 227-9.
84. Ramagopalan SV, Maugeri NJ, Handunnetthi L, Lincoln MR, Orton SM, Dymnt DA, et al. Expression of the multiple sclerosis-associated MHC class II Allele HLA-DRB1*1501 is regulated by vitamin D. *PLoS Genet.* 2009; 5: e1000369. Epub 2009 Feb 6.
85. Gatenby P, Lucas R, Swaminathan A. Vitamin D deficiency and risk for rheumatic diseases: an update. *Curr Opin Rheumatol.* 2013; 25: 184-91.
86. Wahono CS, Rusmini H, Soelistyoningsih D, Hakim R, Handono K, Endharti AT, Kalim H, Widjanto E. Effects of 1,25(OH)₂D₃ in immune response regulation of systemic lupus erithematosus (SLE) patient with hypovitamin D. *Int J Clin Exp Med.* 2014; 7: 22-31.
87. Erten S, Sahin A, Altunoglu A, Gemcioglu E, Koca C. Comparison of plasma vitamin D levels in patients with Sjögren's syndrome and healthy subjects. *Int J Rheum Dis* 2014. doi: 10.1111/1756-185X.12298.
88. Oquendo M, Abramovits W, Morrell P. Topical vitamin D analogs available to treat psoriasis. *Skinmed.* 2012; 10: 356-60.
89. Mason A, Mason J, Cork M, Hancock H, Dooley G. Topical treatments for chronic plaque psoriasis: an abridged Cochrane systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2013; 69: 799-807.
90. Staud R. Vitamin D: more than just affecting calcium and bone. *Curr Rheumatol Rep.* 2005; 7: 356-64.
91. Dawson-Hughes B. Serum 25-hydroxyvitamin D and functional outcomes in the elderly. *Am J Clin Nutr.* 2008; 88: 537S-40S.
92. Karlsson MK, Vonschewelov T, Karlsson C, Cöster M, Rosengen BE. Prevention of falls in the elderly: a review. *Scand J Public Health.* 2013; 41: 442-54.
93. Murad MH, Elamin KB, Abu Elnour NO, Elamin MB, Alkatib AA, Fatourehchi MM, et al. Clinical review: The effect of vitamin D on falls: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96: 2997-3006.
94. Gillespie LD, Robertson M, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Library.* 2012, Issue 9.
95. Rosen CJ, Adams JS, Bikle DD, Black DM, Demay MB, Manson JE, et al. The nonskeletal effects of vitamin D: an Endocrine Society scientific statement. *Endocr Rev.* 2012; 33: 456-92.
96. Christakos S, Hewison M, Gardner D, Wagner CL, Sergeev IN, Rutten E, et al. Vitamin D: beyond bone. *Ann NY Acad Sci.* 2013; 1287(2013) 45-58.



Crítica de libros



Carlos Marina
Pediatra y Médico Puericultor del Estado



LACTARTE. Poesía y lactancia materna

M.A. Zafra Anta

Madrid: Exlibris Ediciones, S.L.; 2013

Enorme sorpresa e inmediata satisfacción ha producido la aparición de este libro, único y original, magistralmente elaborado por un distinguido pediatra, el Dr. Zafra Anta, con un nobilísimo objetivo: ennoblecer, prestigiar y estimular la **lactancia materna** como insuperable y gratificante método de aporte de las necesidades nutricionales del bebé durante sus primeros meses de vida. Pero, ¿cómo?, y aquí radica la enorme originalidad del trabajo realizado: revisando y seleccionando con admirable meticulosidad y paciencia la temática de la lactancia materna en textos –tan numerosos– de *poesía* castellana y otras lenguas.

Tremendo y delicado trabajo el que nos ofrece el autor: promocionar la lactancia materna valorándola y ensalzándola a través del aspecto íntimo, personal y emocional de textos poéticos de muy variados y prestigiosos autores. Gran trabajo el del Dr. Zafra: saber poner de manifiesto, tras un enorme trabajo de investigación bibliográfica, ante el sorprendido y entusiasmado lector, cómo “*la poesía de la lactancia es un auténtico tesoro*” capaz de desencadenar tan nobles sentimientos como el deseo de amamantar, criar con dedicación y amor a los hijos y engrandecer el valor de la familia como núcleo básico de la sociedad.

A través de algo más de 150 páginas el lector va a disfrutar enormemente con la emocionante y amena lectura de los mejores textos poéticos de más de 50 autores –incluyendo algunos pediatras y el propio Dr. Zafra– desde un Miguel Hernández encarcelado, Federico García Lorca, Gabriela Mistral,

Pablo Neruda, Fray Luis de León, sin olvidar a Gloria Fuertes. Continuando con hermosos pasajes en verso de Lope de Vega, Quevedo y tantos otros felizmente encontrados por nuestro autor en su implacable búsqueda y afortunado hallazgo de todo escrito poético estimulante de la lactancia natural. Para terminar con unos inolvidables Cantos de Cuna y Canciones de entrañable contenido.

Libro dedicado por su autor “*como reconocimiento a las mujeres que, con decisión informada lactan, y también a las que, con decisión informada, no lactan*”. Libro, pues, que los pediatras tenemos que conocer y recomendar a las futuras madres para la mejor crianza de sus hijos, antes, incluso, de hacernos cargo de su cuidado médico, nutrición incluida, para el mejor crecimiento y desarrollo.

Con la creciente emoción acumulada tras la atenta lectura de tan hermosos textos y convencidos ya de que, efectivamente, *la poesía de la lactancia es un tesoro*, terminamos nuestro comentario con un fragmento de *La Concepción de María* (Diego Sánchez de Badajoz. Siglo XVI) –destacado por nuestro autor– y que, a modo de “oración final”, dice así:

*“Bendita vos, cuyos senos
tal leche dieron a Dios,
que por ella a vos y a nos
dió su sangre.”*

El Dr. Miguel Angel Zafra Anta, autor de esta impactante revisión poética, es actualmente pediatra del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), siempre inquieto y galardonado escritor, además de valioso colaborador directivo pediátrico. Nuestra más entusiasta enhorabuena no hace más que reconocer su brillante esfuerzo.

Visita nuestra web

Director: Dr. A. Redondo Romero



www.sepeap.org

A través de nuestra Web puedes encontrar:

- Información de la Agencia Oficial del Medicamento.
- Criterios del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la valoración de méritos para la fase de selección de Facultativos Especialistas de Área.
- Puedes bajar los CD-ROM de los Congresos Nacionales de la SEPEAP.
- Puedes acceder a los resúmenes de los últimos números de *Pediatría Integral*.
- También puedes acceder a los números anteriores completos de *Pediatría Integral*.
- Información sobre Congresos.
- Informe sobre Premios y Becas.
- Puedes solicitar tu nombre de usuario para acceder a toda la información que te ofrecemos.
- Ofertas de trabajo.
- Carpeta profesional.
- A través de nuestra Web tienes un amplio campo de conexiones.

Nuestra web: www.sepeap.org ¡Te espera!

Pediatría Integral

Volumen XVII, Número 8

"Alergia"

Editorial

F. Álvarez García

1. Prevención de las enfermedades alérgicas
S. Nevot Falcó, C. Gómez Galán
2. Alergia a proteínas de leche de vaca
S. Lapeña López de Armentia, D. Naranjo Vivas
3. Rinoconjuntivitis alérgica
F. Muñoz López
Regreso a las Bases
Metodología diagnóstica en alergia infantil
M. Fernández-Benítez
El Rincón del Residente
Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico
M. González Gallardo, M. Triana Junco, M.A. Molina Gutiérrez
A Hombros de Gigantes. +Pediatría@
D. Gómez Andrés
De Interés Especial
Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis
L. Martínez Campos, R. Albañil Ballesteros, J. de la Flor Bru, R. Piñeiro Pérez, J. Cervera, F. Baquero Artigao, S. Alfayate Miguélez, F. Moraga Llop, M.J. Cilleruelo Ortega, C. Calvo Rey

Volumen XVII, Número 9

"Alergia II"

Editorial

V. Martínez Suárez

1. Inmunoterapia en patología alérgica pediátrica
M. Ridao Redondo
2. Urticaria y angioedema
P. Rodríguez del Río, M.D. Ibáñez Sandín
3. Alergia a la picadura de insectos
C. Ortega Casanueva
4. Alergia a medicamentos. Conceptos básicos y actitud a seguir por el pediatra
M.T. Giner Muñoz
El Rincón del Residente
Caso Clínico MIR. Haz tu diagnóstico
Neonato con distensión abdominal e irritabilidad
E. Cid París, A. Losada Pajares, M.E. Rubio Jiménez, M.J. Alija Merrillas
Brújula para Educadores
El nuevo modelo de inteligencia
J.A. Marina

Temas de los próximos números

Volumen XVIII, Número 1

"Patología infecciosa"

1. Fiebre sin foco
C. Luaces i Cubells
2. Fiebre de origen desconocido
F. Baquero Artigao, L. Escosa García
3. Diagnóstico diferencial de los exantemas en la infancia
J.C. Silva Rico
4. Test de diagnóstico microbiológico rápido en la consulta de pediatría de AP
J. de la Flor i Brú

Volumen XVIII, Número 2

"Patología infecciosa II"

1. Profilaxis antimicrobiana y postexposición
J. Marès Bermúdez
2. Profilaxis antiinfecciosa del niño viajero
M. Merino Moína, J. Bravo Acuña
3. Actualización en tos ferina
D.L. Van Esso Arbolave
4. Celulitis preseptal y orbitaria
J. Benito Fernández, M. Montejo Fernández

MADRID · **Sábado 25 de enero de 2014**

Horario: desde las 9 h a las 19,15

Lugar: Hotel Meliá Castilla

TALLERES (se podrá asistir a 3 diferentes)

- Interpretación rápida del EKG
- Uso de los dispositivos de inhalación y la espirometría
- Guía de sedoanalgesia para procedimientos diagnóstico-terapéuticos
- Evaluación de problemas del neurodesarrollo mediante casos clínicos
- Simulación médica avanzada

SESIONES TEÓRICAS SIMULTÁNEAS

- Controversias actuales en nutrición infantil
- Dermatología infantil: de la imagen al diagnóstico y tratamiento



BARCELONA · **Sábado 22 de noviembre de 2014**

- Se ofrecerán cafés y comida de trabajo
- Asistencia certificada por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
- Información en el Estand de la SEPEAP en el Congreso de Las Palmas 2013 y a través de la Secretaría Virtual de la SEPEAP (sepeap.org)
- Desde el mes de noviembre se podrá confirmar la asistencia y recibir el programa completo



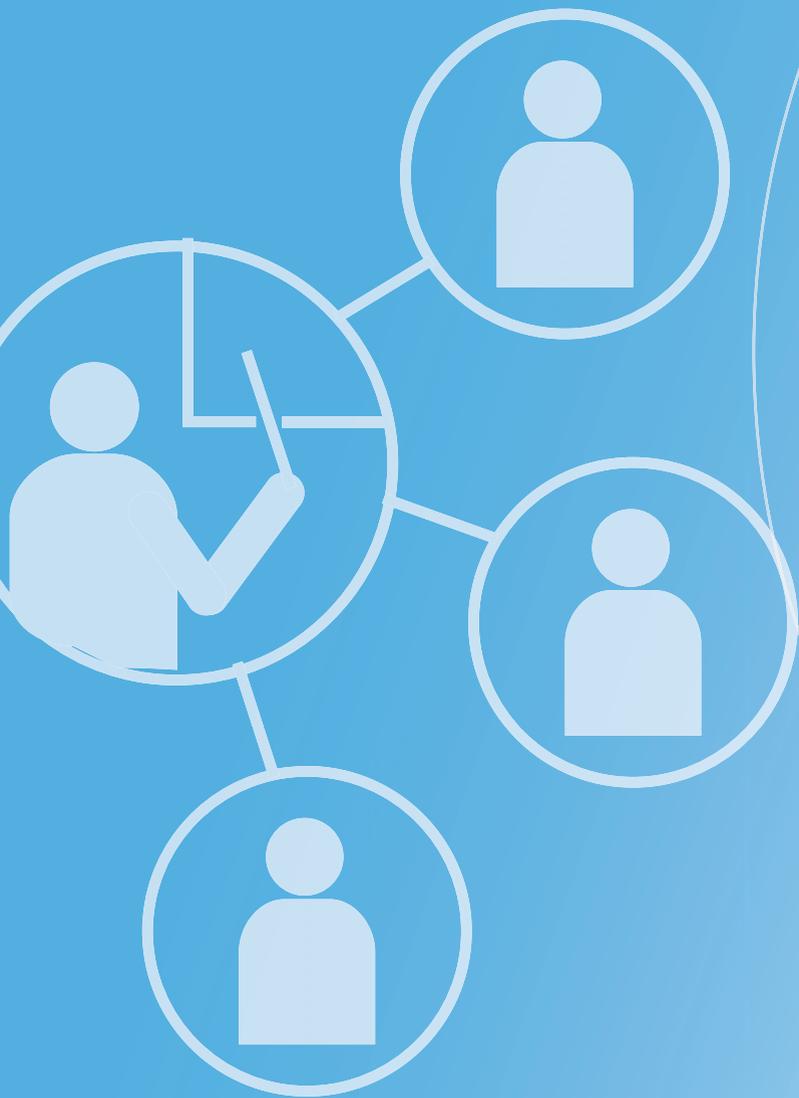
sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



FUNDACIÓN PRANDI
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

Curso Intensivo **MIR** de la **SEPEAP**



MADRID

Sábado
25 Enero 2014

BARCELONA

Sábado
22 Noviembre 2014

Secretaría:

GRUPO PACIFICO
The power of meeting

Marià Cubí, 4 · 08006 Barcelona
T. 932 388 777 · F. 932 387 488

Inscripciones: www.sepeap.org