

# Prevención y detección precoz en la Atención Primaria pediátrica de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia



J. Sabrià Pau

Pediatra de Atención Primaria. CAP Sant Vicenç dels Horts. Viladecavalls. Barcelona

## Resumen

La promoción y defensa de los derechos humanos junto a la lucha contra la desigualdad y la pobreza, son los pilares básicos, según la OMS, sobre los que las sociedades humanas han de desarrollar políticas de promoción de la salud y de prevención de los trastornos mentales. La Atención Primaria pediátrica puede contribuir a estos objetivos, prestando una atención integral en la relación asistencial con los niños y sus familias, ayudando a los padres a construir apegos sanos y seguros con sus hijos, donde se fomente la palabra, el juego, las habilidades psicosociales, el respeto a uno mismo y al otro. Se comentan situaciones específicas y algunas posibilidades de prevención y detección precoz de problemas mentales desde la atención pediátrica primaria: en los casos de violencia y discordia intrafamiliar, situaciones de maltrato y abuso sexual, niños que viven situaciones de intimidación escolar y cuando los niños viven la separación de sus padres.

## Abstract

*The promotion and defense of human rights, the fight against inequality and poverty are the basic pillars, according to WHO, on which human societies have to develop policies to promote health and prevention of mental disorders. The pediatric primary care can help by providing comprehensive care in the relationship with children and their families, helping parents to build healthy and secure attachments with their children where the word, the play, the psychosocial skills, the respect for oneself and the others are promoted. Specific situations and some possibilities for prevention and early detection of mental problems in primary pediatric care are discussed: the cases of domestic violence, situations of sexual abuse, children in situations of bullying and children in separation from their parents.*

**Palabras clave:** Prevención; Detección precoz; Bullying; Violencia intrafamiliar; Maltrato infantil.

**Key words:** Prevention; Early detection; Bullying; Domestic violence; Child abuse.

*Pediatr Integral 2017; XXI (1): 8–14*

## Introducción

La prevención de los trastornos mentales es un compromiso de toda la sociedad que se enmarca dentro de las estrategias globales de salud.

Este artículo se complementa con 2 artículos anteriores de títulos similares publicados en esta revista (Pediatria Integral 2008;

XII[9]:847-54 y *Pediatria Integral* 2012; XVI[9]: 677-82), con los que forma una unidad, ya que aborda otras facetas de la prevención y detección, dando por supuestos conceptos desarrollados en los artículos anteriores, como: el de factores de riesgo y de protección psicosocial, las señales de alarma de problemas mentales, los principales patrones familiares dis-

funcionales, aspectos preventivos de salud mental durante el embarazo y el parto o la importancia de la educación emocional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya estableció en 1994, que “la protección de los derechos humanos es una estrategia fundamental para prevenir los trastornos mentales. Las condiciones adversas, tales

**Tabla I. Estrategias claves para la promoción de la salud**

- Diseñar e instaurar políticas públicas de salud
- Crear entornos saludables
- Reforzar la acción de la comunidad
- Desarrollar habilidades personales
- Reorientar los servicios hacia la promoción, la prevención y la intervención precoz

como el abuso de menores, violencia, guerra, discriminación, pobreza y falta de acceso a la educación tienen un impacto significativo en el desarrollo de los problemas mentales y el inicio de los trastornos mentales. Las acciones y políticas que mejoran la protección de los derechos humanos básicos representan una sólida estrategia preventiva de los trastornos mentales". Definió cinco estrategias claves de promoción de la salud<sup>(1)</sup> (Tabla I).

## Características de una atención sanitaria preventiva y promotora de salud

**Las intervenciones profesionalizadas pueden mejorar la salud mental, promover entornos sanos, actuar de manera preventiva y detectar precozmente problemas y trastornos si cumplen algunas características.**

Para una intervención eficaz en salud mental, es preciso hacer intervenciones prolongadas en el tiempo, no meramente puntuales, con participación e implicación de todas las partes. Pensar en el niño y su familia de manera integral: física, emocional, relacional y social.

Se han realizado y validado, aquí y en otros países, estrategias y actuaciones de promoción y prevención de la salud mental infantil, tales como:

- Programas de soporte al embarazo, con visitas domiciliarias de personal de enfermería a embarazadas de riesgo por su edad o situación social o familiar, con la finalidad de mejorar las habilidades parentales, evitar el consumo de tabaco,

alcohol y drogas, favorecer hábitos de vida y alimentación sana durante el embarazo.

- Programas de *screening* e intervención breve en mujeres embarazadas, para reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Programas de detección y tratamiento precoz de la depresión postparto, con intervenciones que salvaguarden el apego del bebé con algún cuidador estable y ayuden a la madre deprimida a tratar su depresión y desarrollar sus capacidades maternas.
- Programas de aprendizaje de estrategias, para mejorar las competencias sociales y la resolución de conflictos a nivel escolar: "*I can do*", "*Second step*" (Noruega), "*dealing with moods*" (Holanda), "*Life kills*" (Suecia)...
- Programas ligados a disminuir la ansiedad durante la hospitalización.

En el ámbito de la Atención Primaria pediátrica, la prevención de los trastornos mentales implica tener en mente e incluir el cuidado de la salud física y mental en toda la práctica clínica de manera habitual. El desarrollo psicomotor del niño, sus enfermedades, comportamiento, estados emocionales, su familia y las interacciones con el entorno..., no son dominios separados y estancos, sino que forman un todo interrelacionado y mutuamente influido. No es preciso tener un diagnóstico concreto para empezar a intervenir. La misma relación asistencial donde se produce la interacción con el niño y su familia es ya preventiva de problemas emergentes, mitiga trastornos más instaurados y, a veces, los resuelve<sup>(2,3)</sup>.

## La función preventiva de la entrevista clínica

**La actitud de escucha atenta y con interés por ayudar al niño y a su familia tiene ya una función preventiva y promotora de salud.**

En el marco relacional temporal de la entrevista clínica, los profesionales sanitarios establecen una relación terapéutica con los niños y las familias. Hay una figura de confianza, que

les escucha y se interesa, a la que se enviste de capacidad y conocimientos para poderlos ayudar.

La relación asistencial ha de intentar contener las tensiones, miedos y angustias de los familiares y los niños, generar confianza, no culpabilizar, ser respetuosa con la diversidad y las diferentes culturas, y tener en cuenta que cada niño y familia son un caso único.

## La utilidad de los cuestionarios como soportes a la entrevista clínica

**Los cuestionarios permiten mejorar la detección de problemática mental en el curso de las visitas pediátricas.**

En situaciones de riesgo o como medida generalizada para mejorar la detección de problemas mentales, se pueden utilizar cuestionarios como soporte a la entrevista clínica<sup>(4)</sup>. Para recoger las preocupaciones de los padres de niños pequeños es útil el PEDS (*Parents' Evaluation of Developmental Status*). [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_462\\_Autismo\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_compl.pdf)<sup>(5)</sup>. A partir de los 7 a 8 años, se pueden usar cuestionarios que contesta el mismo niño/a y también sus padres, como: el PSC (*Pediatric Symptom Checklist*), [http://www.massgeneral.org/psychiatry/services/psc\\_forms.aspx](http://www.massgeneral.org/psychiatry/services/psc_forms.aspx), el SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaires*), <http://www.sdqinfo.com> o similares. Estos cuestionarios permiten mejorar en especial la detección de problemas depresivos y ansiosos. Sirven tanto para recoger información como para generar diálogo entre los padres, hacer reflexionar a los hijos y debatir temas de salud mental durante la visita. Así mismo, permiten establecer un marco más estructurado y sistemático de intervención en salud mental durante la atención periódica del niño y adolescente.

Las guías actuales no recomiendan, por el contrario, la aplicación sistemática de cuestionarios específicos de detección de problemas, como: la depresión, la ansiedad o el TDHA, durante las visitas del programa del niño sano<sup>(5)</sup>. La última guía del ministerio de sanidad español sobre la

**Tabla II. Factores de riesgo de niños con problemas ansiosos**

- En su historia familiar, son mucho más frecuentes los problemas ansiosos en los padres
- Como características comportamentales destacan una timidez extrema, inhibición, retraimiento, mucha emotividad y escasa socialización
- Suelen tener una hipersensibilidad del sistema nervioso simpático
- Viven en entornos familiares sobreprotectores, o de mucho control y con críticas exageradas

depresión infantil recomienda no realizar ningún test específico sobre depresión de manera generalizada, pero sí incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos en toda evaluación de salud mental y aconseja “realizar una búsqueda selectiva de sintomatología depresiva en aquellos niños y adolescentes que presenten factores de riesgo, preguntando sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a ellos como a sus padres”(6).

Los factores de riesgo de problemas ansiosos y depresivos de desglosan en la tabla II y tabla III.

**Tabla III. Factores de riesgo de niños con problemas depresivos**

- Niños que viven en familias con algún padre con enfermedad mental crónica, especialmente problemas depresivos recurrentes, conflicto cronificado de pareja o alcoholismo
- Unas actitudes familiares y personales ante la vida de resignación, desesperanza, con visión anticipatoria negativa del futuro
- Niños con poca autoestima
- Actitudes personales culpabilizadoras, tendiendo a asumir como fallos propios, internos, los acontecimientos negativos y atribuyendo lo positivo a factores externos
- Relaciones interpersonales conflictivas con sus pares, especialmente el rechazo de sus compañeros
- Dificultades para comunicarse de igual a igual, para mantener su propio espacio personal por poca competencia social
- Una historia personal de pérdidas de soporte y de afecto familiar, especialmente la pérdida física o emocional de la madre sin disponer de figuras de apego sustitutas y contenedoras
- Niños que viven en entornos familiares de carencia afectiva continuada.
- Antecedentes de vivencias pasadas o actuales de maltrato psíquico, físico o sexual
- Niños que están padeciendo acoso escolar o *bullying*

## La resiliencia como virtud preventiva

**La resiliencia, entendida como la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva, es preventiva de trastornos y fuente de salud.**

Estudios sobre la resiliencia, como los de Papousek(7), encontraron que los niños más resilientes tenían, como características, un sentido de seguridad positiva en ellos mismos, de autoeficacia y autonomía, con competencias sociales, como la empatía y la capacidad para pedir y aceptar la ayuda de los demás. Eran curiosos, exploradores, con capacidad para solucionar los problemas. Aparte de estas cualidades personales, observó que estos niños podían contar, al menos, con una relación de apego estable y segura con algún adulto, fuese o no de la familia. Investigando en la infancia de estos niños, se observó que habían recibido de pequeños un trato afectuoso, sensible, previsible, que los aceptaba como eran, que les ofrecía seguridad, con estilos educativos que fomentaban la autoestima y la autonomía. Dedujeron que, aparte de las cualidades innatas de estos niños, la interrelación dinámica con los métodos de crianza, el afecto, estima y seguridad que habían reci-

bido, les habían permitido desarrollar personalidades con capacidades para desenvolverse positivamente con ellos mismos y con los demás.

Investigaron, también, lo que caracterizaba un apego sano y seguro y comprobaron que, en estos casos, había una sincronía y contingencia de los intercambios comunicativos desde las primeras etapas, una capacidad de respuesta adecuada a las demandas del bebé, sin sobrecargarlo de estímulos, permitiéndole, dentro de un marco afectuoso de negociación, una progresiva autonomía en una relación predecible y segura. El filósofo catalán Lluís Duch introduce otros componentes de salud en la familia del niño, su primera estructura de acogida: que doten al niño de lenguaje, de “palabra” en su sentido amplio, como seres culturales que somos, que le enseñen a comunicarse con él mismo y con los demás, aprenda a tener criterio y a practicar la reflexión crítica(8).

Los modelos preventivos de salud a aplicar en la Atención Primaria pediátrica, han de intentar fomentar las características descritas anteriormente(9). Además, se puede contribuir a mejorar la resiliencia de los niños estimulando a sus padres a que “envuelvan” desde el principio a su bebé en lenguaje, que practiquen la lectura diaria compartida, en voz alta, ya desde la época de lactante, como fuente de interacción y de diálogo gestual, corporal y verbal.

## La violencia intrafamiliar y sus graves consecuencias en los niños y las familias

**Existen algunas posibilidades preventivas del maltrato físico desde la Atención Primaria pediátrica.**

Educar a los hijos conlleva momentos de tensión, pone a prueba la paciencia, la contención y las habilidades educativas de los padres. Hay niños más difíciles que otros y momentos de la crianza más estresantes. Son ejemplos de ello: el llanto frecuente e insistente de algunos lactantes de pocos meses, los despertares nocturnos del primer año, las conductas exploratorias normales de los infantes, el negativismo

normal con sus rabietas de los 2 a 4 años, la disminución normal del apetito a partir de los 8 a 10 meses de vida en algunos niños.... Algunos padres pueden tener falsas expectativas o malinterpretar algunas conductas normales de los niños por desconocimiento de su desarrollo normal. Otros padres aún creen que hay que utilizar el castigo físico como método de corrección de conductas indeseadas, en lugar de entender la disciplina como un acto educativo basado en la palabra firme, pero cariñosa y sensible, con respeto y convencimiento.

Las estadísticas indican que el maltrato físico es más frecuente: en familias desestructuradas, aisladas socialmente, sin soportes de la familia extensa, con problemas de alcoholismo y drogas, violencia de pareja, hogares con algún progenitor no biológico, hijos no deseados y en niños con necesidades especiales.

El maltrato causa estrés y alteraciones que pueden quedar perdurables en el cerebro. Los adultos que han padecido maltrato en su infancia tienen mayor riesgo de sufrir depresión, trastornos ansiosos, adicción a las drogas, ser violentos y actuar de mayores como víctimas o perpetradores.

Los programas eficaces de prevención infantil del maltrato son los que dan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos<sup>(10)</sup>. La Atención Primaria pediátrica muchas veces es la única red profesionalizada que atiende y asesora a las familias con niños pequeños aún no escolarizados y puede orientar sobre métodos de disciplina a los padres. La educación anticipatoria y los consejos han de incluir en estas edades: la erradicación total del castigo físico como recurso disciplinario y su sustitución por la palabra, el refuerzo positivo de las conductas deseables, el tiempo de exclusión ("rincón de pensar"), la indiferencia ante conductas no deseables<sup>(11)</sup> en el niño pequeño y la delimitación de responsabilidades, el diálogo, el razonamiento y la asunción de responsabilidades..., en el niño más mayor. Estas intervenciones pueden prevenir diversas patologías, como las lesiones cerebrales por zarandear al bebé que

no deja de llorar o el maltrato físico y trauma mental por querer educar aplicando el castigo físico<sup>(12)</sup>.

## La conflictividad y discordia grave de la pareja de padres

**Las relaciones conflictivas y violentas entre los padres generan somatizaciones, ansiedad y miedo en los hijos; son una forma más de maltrato.**

La conflictividad grave y persistente entre la pareja de padres genera múltiples patologías en los hijos, desde somatizaciones variadas a malestar psíquico, ansiedad, depresión y trastornos de conducta. La discordia familiar grave crea relaciones familiares disfuncionales. Son frecuentes las desautorizaciones educativas del otro miembro de la pareja hacia los hijos sobre normas de comportamiento, límites, horarios, bien sea de forma explícita o larvada. Hay humillación, desconfianza y dejadez de funciones paternas. Uno de los progenitores puede querer ocupar todo el espacio de la crianza, impidiendo y criticando la intervención del otro cuidador. O bien, puede tener comportamientos inmaduros de sentirse desplazado de la relación, debido a los celos. Puede haber alianzas insanas entre algún miembro de la pareja y algún o todos los hijos contra el otro conyugue, con lo que los hijos quedan atrapados en las disputas de la pareja.

La discordia genera sentimientos negativos, como el odio, la envidia, resentimiento y venganza. Todo ello provoca un malvivir que contamina toda la familia. La desautorización del otro hace perder autoridad y credibilidad para educar, para establecer límites y para hacer cumplir y respetar las normas de convivencia familiar. Los hijos viven inmersos en modelos patológicos de convivencia que irán interiorizando como referentes y modelos de comportamiento: la violencia como método de disciplina o de resolución de conflictos, la mentira, el chantaje, el desprecio..., como conductas aceptables de relación con el otro. Se impregnará su mente, será su modelo aprendido de relación con los demás, marcará su conducta adulta posterior si no tiene la suerte

de vivir durante su infancia entornos relacionales más sanos de convivencia con algunos miembros de su familia extensa o en la escuela con maestros sensibles y positivos, a los que pueda apegarse psíquicamente y pueda interiorizar como referentes.

En estos entornos disfuncionales, los niños no aprenden a manejar sus impulsos agresivos, no tienen espacio mental que les permita reflexionar sobre sus actos y los de los demás, por lo que tienden a la conducta impulsiva e irreflexiva. Los padres están demasiados absortos en su conflicto para poderlos escuchar, amar, comprender y orientar. Estos niños y adolescentes pueden mostrar en la escuela con sus compañeros y amigos un comportamiento petulante, provocador, pero en el fondo se sienten inseguros, perdidos, sin la contención interna de unas figuras paternas amorosas, cariñosas, contentas con su vida. Otros niños pueden hundirse en la inhibición, el miedo ansioso, la depresión culpable.

El pediatra, ante estas familias, se sentirá "apagando fuegos", "poniendo parches" para evitar problemas peores, intentando proteger al niño de su contexto tan patológico. Estas familias acostumbran a consultar al pediatra de manera errática, brusca y, a menudo, por somatizaciones de los hijos tipo: cefaleas, dolores abdominales, cansancio, por sintomatología ansiosa con quejas inespecíficas, sensación de ahogo, mareos...

La actuación preventiva en niños que viven en estas familias tan disfuncionales es difícil y escasamente eficaz, si no se interviene sobre el entorno familiar como un todo y de forma multidisciplinar, si no se abordan las relaciones interpersonales anómalas, se higienizan progresivamente los intercambios relacionales hacia patrones más sanos. A veces, el cambio es difícil si no se interviene sobre la patología individual de los miembros tóxicos de la familia que pueden estar deprimidos, con adicciones al alcohol u otras drogas, presentar una patología psiquiátrica grave o tener un trastorno de personalidad. El paro, la poca cultura y las dificultades económicas agravan aún más toda la problemática.



## La prevención del abuso sexual infantil

**La prevención el abuso sexual infantil incumbe a las familias, a los padres, a los mismos niños, a los profesionales de la educación, la sanidad y la información, a toda la comunidad en su conjunto. La incidencia es elevada, más de lo que habitualmente se cree<sup>(13)</sup>. La sociedad actual, poco a poco, se va sensibilizando de este tema.**

Las personas que han padecido abuso sexual crónico en su infancia (la forma más frecuente de abuso sexual infantil) tienen mucho mayor riesgo de padecer enfermedades psiquiátricas en la adolescencia y vida adulta, tipo: bulimia, anorexia, ansiedad o depresión. Tienen más tendencia a comportamientos de riesgo. La probabilidad de suicidio es mucho mayor que la media de la población. Las víctimas de abusos se encuentran con muchas dificultades para aceptar su propio cuerpo y poder disfrutar de una vida sexual adulta sana y gratificante. Les cuesta diferenciar el afecto de la sexualidad. Además, suele quedar un sentimiento de culpa y vergüenza difícil de erradicar.

La prevención del abuso sexual infantil ha de empezar precozmente, desde la primera infancia. Las ideas básicas sobre la importante tarea educativa y preventiva que pueden y deben realizar los padres, los sanitarios, los educadores y toda la sociedad, se pueden encontrar en la web del Consejo de Europa de la campaña “Uno de Cada Cinco”: [www.laregladekiko.org](http://www.laregladekiko.org) o en la web de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil: <http://www.fapmi.es>. Estas ideas inspiran la “Regla de Kiko”, una forma agradable y comprensible de ayudar a los padres y educadores a explicar a los menores dónde otras personas no pueden tratar de tocarles, cómo reaccionar y a quién dirigirse para pedir ayuda.

La “Regla de Kiko” es sencilla: “los niños no deberían permitir que otros niños o adultos toquen partes de su cuerpo que suelen ir cubiertas por su ropa interior. Y no deberían tocar a otros niños, niñas y/o adultos en esas zonas. También ayuda a explicar a los niños que su cuerpo les pertenece, que

existen secretos buenos y malos y formas de tocar buenas y malas”.

Algunos niños o adolescentes pueden actuar como agresores sexuales de otros niños. Los programas de prevención han resultado eficaces para disminuir la posibilidad de que se produzcan abusos sexuales entre menores. Además, si se tratan precozmente, se logra disminuir la reincidencia de los menores agresores.

## La prevención del acoso escolar o bullying

**Los menores víctimas de intimidación en la escuela viven una experiencia sumamente desagradable y destructiva que les provoca múltiples somatizaciones, miedo, depresión y puede incluso llevar al suicidio.**

El acoso escolar se produce cuando un niño/a es agredido físicamente, psicológicamente o moralmente de manera continuada en el tiempo por uno o más compañeros. Con los móviles e internet, han aparecido nuevas formas de acoso<sup>(14)</sup>.

Cualquier niño y niña puede ser víctima de acoso escolar, ya desde la guardería y en cualquier entorno socioeconómico. Algunos niños tienen más probabilidades de ser víctimas de acoso: niños muy tímidos, con obesidad, con alguna discapacidad, niños que han sido educados en entornos sobreprotectores donde no se les ha enseñado a manejarse eficazmente en las relaciones con los otros, niños muy sensibles, diferentes...

La prevención empieza por educar a los menores, tanto en sus familias como en la escuela, en los valores de la diversidad, del respeto hacia sí mismo, del respeto al otro, de la solidaridad con los demás. Los menores han de poder confiar en algunos adultos (padres, maestros), tener vías abiertas y fáciles de comunicación con ellos y saber que, en caso de dificultades, lo mejor es explicarse, pedir ayuda y dejarse ayudar. El niño necesita saber que se le escucha y se le cree, que se confía en él, que sus padres y maestros lo pueden ayudar y lo ayudarán a decidir qué hacer y cómo resolver la situación.

Hay que intentar detectar los casos precozmente. Ante un escolar que con-

sulta por: somatizaciones, problemas con el dormir, absentismo escolar por causas diversas y confusas, está más agresivo en casa, se aísla de los demás, no quiere estar con los amigos, está triste, tiene síntomas ansiosos..., hay que pensar en la posibilidad de acoso escolar. El niño puede sentir miedo, vergüenza y no haber explicado a nadie su situación. Es probable que sus compañeros la conozcan, pero sus padres y sus maestros pueden no haberse percatado.

El agresor acostumbra a ser un niño al que le gusta manipular a los demás, que haciendo daño se siente bien, disfruta con el dominio y la humillación del otro. Suele tener poco autocontrol emocional, con altos niveles de ansiedad y humor fluctuante. Recibe poca atención y soporte emocional de sus padres. Quizá ha sido víctima de malos tratos. Los niños agresores también necesitan ayuda para aprender formas más sanas de relacionarse.

Si los profesores y la escuela no intervienen eficazmente, se pueden generar dinámicas enfermizas y perversas que impliquen más niños como encubridores, víctimas o agresores.

## Las competencias o habilidades psicosociales (CPS)

**Potenciar las habilidades psicosociales mejora la salud física y mental y previene trastornos.**

Las CPS son indispensables para manejarse adecuadamente en las relaciones con los demás<sup>(15)</sup>. Las habilidades sociales son trabajables, se puede intervenir sobre ellas para mejorar la salud de las personas. Las CPS mejoran las interacciones, aumentan el bienestar y disminuyen los comportamientos desfavorables. El personal de Atención Primaria pediátrica ha de tener en mente estos conceptos, ya que son trabajables con las familias y los niños en el marco de la entrevista clínica, en los consejos sanitarios y en las guías anticipatorias de salud.

Las competencias psicosociales se pueden reagrupar en tres grandes apartados y se exponen en la tabla IV.

Tabla IV. Principales habilidades psicosociales

- 1. Habilidades sociales:** son las que permiten el desarrollo de capacidades para interactuar de manera satisfactoria con los demás:
  - Saber escuchar a los demás, comprender sus necesidades y el punto de vista del otro y saber comunicar dicha comprensión
  - Aprender a negociar las situaciones conflictivas interpersonales usando la palabra, sabiendo resistir a la presión de los otros, con capacidad para la autoafirmación, el diálogo, la discusión, la defensa razonada de los propios argumentos, pero a la vez ser flexible e integrar las aportaciones de los otros
  - Tener opiniones propias y saberlas comunicar y mantener ante las demás personas
  - Cooperar con los demás, saber trabajar en equipo, respetar y reflexionar sobre las opiniones de los demás
  - Establecer y cuidar las amistades
  - Aprender a mantener un espacio personal de relación, íntimo, saberlo proteger con métodos no violentos
- 2. Habilidades emocionales:**
  - Capacidad para reconocer, comprender y expresar las propias emociones y sentimientos
  - Aprender a gestionar los sentimientos de manera que permitan una respuesta adecuada a la situación que están viviendo
  - Reconocer, captar los sentimientos de los demás y saber responder de manera adecuada
  - Competencias de gestión del estrés, que implican gestión del tiempo, pensamiento positivo y saberse relajar
- 3. Habilidades cognitivas:**
  - Tener conciencia de los valores, las actitudes, las normas que nos afectan
  - Tener pensamiento crítico, valorando la influencia de los medios, de las corrientes de opinión
  - Ser competente en la toma de decisiones y en la resolución de problemas

## Posibilidades preventivas en los niños durante la separación de sus padres

La separación de los padres con menores a su cargo es frecuente. Los profesionales sanitarios conviene que sepan cómo actuar.

Un número considerable de niños y adolescentes vivirán durante su infancia la desintegración de su familia con la separación de sus padres. Muchos niños pasarán a formar parte de dos nuevas familias, la del padre y la de la madre, diferentes en hábitos, costumbres y creencias. Se encontrarán con incorporaciones de adultos, al principio desconocidos, como nuevas parejas de sus padres y también es probable que pasen a convivir con más niños, bien hermanos o fruto de las nuevas parejas.

Para los niños, la separación de sus padres implica muchos cambios y dueños al mismo tiempo. Quizás sentirán rabia y enfado hacia sus padres por haber sido incapaces de entenderse y convivir juntos. Es probable que sientan culpa al pensar y creer que han contribuido con su conducta, su mal comportamiento, su sola presencia, al hecho de la separación. Puede que quieran adoptar el papel de cuidador del padre o de la madre. Es probable que tengan que cambiar periódicamente de domicilio, quizás cambiar de colegio, de amistades. A pesar de

todo ello, si cada cuidador consigue manejarse con todos estos cambios sin sobreproteger a los hijos, se los mantiene informados, se respeta su espacio íntimo, son tratados con ternura, amor y afecto allí donde estén y con quien estén, la mayoría de niños y adolescentes podrá superar esta etapa difícil de sus vidas.

En las épocas de desintegración de la pareja y los primeros meses después de la separación, los profesionales sanitarios pueden ayudar preventivamente si van acompañando en sus devenires vitales a los niños y a los adultos que los cuidan, si escuchan con atención y respeto las dificultades que van encontrando, no juzgan, no culpabilizan, no toman partido por alguna de las partes. Se dedican a ayudarlos a normalizar la vida cotidiana, a estar presentes y

disponibles en caso de dificultad, se interesan por su bienestar físico y mental, elogian los progresos y ayudan a afrontar con humor las dificultades mediante una escucha atenta y sensible. El objetivo es promover la esperanza hacia un cambio a mejor, reforzar las partes sanas de cada uno, ayudarlos a reflexionar y decidir las opciones más saludables y positivas. A los hijos, se les puede ayudar dándoles espacio y tiempo para verbalizar el enfado, la rabia, quizás la culpa que sienten por pensar que en parte son los causantes tanto del conflicto de sus padres como de su separación. A los padres, se les puede ayudar intentando que no sobreprotejan a los hijos, que no establezcan con ellos relaciones tipo pareja sustituta sino que los traten como niños que han de jugar y disfrutar con sus pares, a

Tabla V. Consejos para los padres que se separan

- Informe a sus hijos previamente de los cambios vitales previstos
- Mantenga la distancia física y mental adecuada con sus hijos: no son sus amigos ni sus confidentes, sino unos niños que necesitan unos padres amorosos, cariñosos, que fijen normas, límites y proporcionen seguridad
- No haga decidir a ellos cuestiones que son competencia de los adultos en litigio
- No sobreproteja a sus hijos, trate a cada uno según su edad
- Piense en la salud mental de sus hijos cuando planifique cambios
- Déjeles claro que ellos no son culpables de las dificultades y del fracaso de la convivencia conjunta
- Explíqueles que la resolución de la situación conflictiva es responsabilidad sola y exclusiva de los adultos
- Intente que sufran los menos cambios posibles de escuela y amistades.
- Deles tiempo para integrar las nuevas formas de vivir
- Ayúdeles a verbalizar la rabia, el enfado, la culpa, la tristeza y la preocupación

los que hay que poner normas, límites, horarios y obligaciones adecuadas a su edad. En la tabla V, se detallan algunos consejos para los padres.

## Bibliografía

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

- 1.\*\* Best practice guidelines for mental health promotion programs: Children and Youth. Center for Addiction and Mental Health. Toronto. 2014.
- 2.\*\* Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. The Future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2009; 124: 410-21.
- 3.\*\*\* Wseitzman C, Wegner MD. Promoting Optimal Development: Screening for Behavioral and Emotional Problems *Pediatrics*. 2015; 135: 384-95.
- 4.\*\* Meschan J. Enhancing Pediatric Mental Health Care: Algorithms for Primary Care. *Pediatrics*. 2010; 125: 110-25.
- 5.\*\* Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009; 79.
- 6.\*\*\* Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009; 58.
- 7.\*\*\* Papousek M. Resilience, Strengths, and Regulatory Capacities: Hidden Resources in Developmental Disorders of Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. 2011; 32: 29-46.
- 8.\*\*\* Duch L, Mèlich JC. Escenaris de la Corporeïtat. Antropologia de la vida quotidiana, 2.1 Publicacions de l'Abadia de Montserrat. 2003; 13-32.
- 9.\*\* Committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on early childhood, adoption, and dependent care, and section on developmental and behavioral pediatrics. Early Childhood Adversity, Toxic stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. *Pediatrics*. 2012; 129: e224-e231.
- 10.\*\* Gwartzman W. Prevention of Child Maltreatment. *Pediatr Clin N Am*. 2014; 61: 873-88.
- 11.\*\* Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidance for Effective Discipline. *Pediatrics*. 1998; 108: 723-28.
- 12.\*\* Emalee G, Flaherty MD, Stirling J and The Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical Report-The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention. *Pediatrics*. 2010; 126: 833-41.
- 13.\*\*\* Pou J. Abuso sexual. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII(5): 302-11.
- 14.\*\* Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2014; 46: 59-74.
- 15.\*\*\* Luis E, Lamboy B. Les compétences psychosociales: définition et état des connaissances. *La Santé en Action*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. 2015; 431: 12-6.
16. Sabrià Pau J. Prevención y detección precoz en la Atención Primaria pediátrica de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia. *Pediatr Integral*. 2012; XVI(9): 677-82.

## Bibliografía recomendada

- La Regla de Kiko, [www.underwearrule.org/default\\_ES.asp](http://www.underwearrule.org/default_ES.asp).
- Campaña preventiva del Consejo de Europa para la prevención del abuso sexual.
- OMS Centro de prensa. Maltrato infantil. Nota descriptiva nº 150, [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/). Interesante nota de la OMS sobre el maltrato infantil con mucha información en poco espacio.
- <http://www2.aap.org/connectedkids/clinicalguide.pdf>. Programa desarrollado por la *American Academy of Pediatrics* (AAP) para la prevención de la violencia. Se basa en el desarrollo sistemático de consejos anticipatorios para que los pediatras los puedan utilizar como guía en las visitas a los niños y sus familias.
- <http://www.fapaes.net/biblio/el%20maltrato%20entre%20escolares.%20Guia%20de%20padres.%20Defensor%20del%20Menor.pdf>. Publicación del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, sobre el acoso escolar dirigida a los padres.

## Caso clínico

Francisco tiene ahora 9 años. Consulta con su madre al pediatra por anorexia las últimas 2 semanas y astenia leve. No ha tenido fiebre ni vómitos ni diarrea. No está resfriado. No se aprecia otra sintomatología.

### Antecedentes familiares

La madre tiene tendencia a la sobreprotección. El padre se preocupa de la crianza de los hijos, es cariñoso, pero tiene dificultades para fijar normas y límites. La familia vivió problemas económicos con la crisis. El padre, única fuente de ingresos, perdió el trabajo y estuvo unos años en el paro. Tuvo seguidamente una depresión de la que parece se ha recuperado. Ahora vuelve a trabajar.

### Antecedentes personales

Es el tercero de 4 hermanos. Siempre ha sido mal comedor, con peso y talla en percentiles 25. Enfermedades propias de la infancia. Bien vacunado y ha acudido a todas las visitas del niño sano.

### Exploración física

Es normal por aparatos. Tiene una facies triste. No sonríe en ningún momento. Hablando con el niño y preguntando explícitamente sobre las relaciones con los compañeros de colegio, relata que hay un niño en su clase que lo golpea a menudo estas últimas semanas. El niño no lo había explicado ni a sus padres ni a su maestra. Hablando un poco más, relata que hay otro niño que también lo insulta.

### Evaluación

Se aconseja a la madre que sigan hablando en casa, con atención y cariño, sin culpabilizar, para intentar recoger más información y para dar confianza y tranquilidad al niño. Se comenta al niño que es importante que informe a sus padres y maestra cuando tenga algún problema con sus compañeros.

### Plan de trabajo

Los padres, además de hablar y dar soporte a su hijo, pedirán entrevista rápida con su maestra. Se cita a la familia a los pocos días para revalorar la evolución.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Prevención y detección precoz en la Atención Primaria pediátrica de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia

1. Sobre el acoso escolar o *bullying*, es **FALSA** la siguiente afirmación:
  - a. Generalmente, las víctimas son reacias a explicarlo a sus padres y profesores por miedo o vergüenza.
  - b. Cualquier niño/a, según las circunstancias, puede ser víctima de *bullying*.
  - c. Los demás compañeros acostumbra a conocer la situación de acoso, pero no hablan por miedo a ser considerados chivatos o por miedo a ser nuevas víctimas.
  - d. El agresor es irrecuperable, por lo que es inútil emprender medidas de recuperación.
  - e. Las consecuencias de un acoso escolar pueden ser graves.
2. Ante un niño/a que consulta por somatizaciones repetidas, ¿cuál es la respuesta más **CORRECTA**?
  - a. Puede ser un equivalente depresivo.
  - b. Puede ser un trastorno de ansiedad.
  - c. Puede haber una situación de *bullying* escolar.
  - d. Puede ser un signo más de una situación de abuso sexual.
  - e. Todas las respuestas anteriores son ciertas.
3. Ante una separación de la pareja de padres, ¿qué consejo **NO** hay que dar a los padres?
  - a. No es un problema sobreproteger temporalmente a los hijos, ya que están pasando un período difícil.
  - b. Intente evitar que los hijos rompan la relación con las familias extensas de cada progenitor.
  - c. Hay que verbalizarles que no son culpables de la situación.
  - d. Hábleles anticipadamente de los cambios, responda sinceramente a sus preguntas.
  - e. Los padres se han de comunicar entre ellos directamente, los hijos no son unos mensajeros entre los padres.
4. La OMS definió 5 estrategias de promoción de la salud mental, ¿cuál de las citadas en el texto es **FALSA**?
  - a. Promover entornos saludables.
  - b. Orientar los servicios hacia la promoción, la prevención y la intervención temprana.
  - c. Mejorar y ampliar los centros de hospitalización de agudos y crónicos.
  - d. Diseñar políticas de salud pública.
  - e. Desarrollar las habilidades personales.
5. Sobre el abuso sexual infantil, es **CIERTA** la siguiente afirmación:
  - a. Tiene escasas consecuencias a largo plazo.
  - b. Es muy poco frecuente.
  - c. No afecta a la vida sexual futura de la víctima.
  - d. En la mayoría de las ocasiones, el abusador es desconocido por el niño/a y no forma parte del núcleo familiar.
  - e. El abusador se aprovecha del desconocimiento e inmadurez de la víctima.

## Caso clínico

6. En referencia al acoso escolar detectado, ¿cuál es la respuesta más **CORRECTA**?
  - a. Los padres han de informar rápidamente a la escuela.
  - b. Hay que intervenir tanto sobre los agresores como sobre la víctima.
  - c. Las escuelas deberían tener un protocolo de intervención para los casos de *bullying*.
  - d. No es aconsejable que los padres tomen medidas unilateralmente, como la de enfrentarse directamente con los agresores o con sus padres.
  - e. Todas las respuestas anteriores son correctas
7. En relación al caso clínico, es **FALSA** la siguiente respuesta:
  - a. Muchas veces los niños no explican la intimidación que sufren en la escuela por miedo, vergüenza o desconocimiento.



- b. Los padres han de hablar periódicamente con sus hijos sobre la escuela y sus compañeros y, en caso de verlos raros, preguntar explícitamente sobre posibles problemas de relación con ellos.
  - c. El acoso escolar puede adoptar muchas formas: maltrato físico, verbal, exclusión, a través de internet...
  - d. El niño/a acosado provoca el conflicto con su comportamiento.
  - e. El niño del caso clínico ha vivido en un entorno de sobreprotección y tiene algo más de riesgo de padecer acoso.
8. Solo una de las siguientes afirmaciones sobre el *bullying* es CIERTA:
- a. Es una prueba de aprendizaje o de madurez que ayuda a los niños a crecer.
  - b. Hay que dar poco crédito al testimonio de la víctima.
  - c. Las consecuencias del *bullying* son siempre transitorias.
  - d. Es un problema poco frecuente que solo se presenta en escuelas conflictivas.
  - e. Es un problema frecuente que se presenta en todo tipo de escuelas.