

Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

Sumario

	Editorial	
La gripe: del conocimiento al convencimiento	J. de la Flor i Brú	163
	Temas de Formación Continuada	
El hijo de padres separados o divorciados	J. García Pérez	165
Adopción y acogimiento familiar	J. Lirio Casero	173
El impacto de las pantallas: televisión, ordenador y videojuegos	H. Paniagua Repetto	178
El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de Salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución	L. Rodríguez Molinero	187
© Valoración inicial del niño inmigrante	V. Fumadó Pérez	200
	El Rincón del Residente	201
	Imágenes en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico	
10 Cosas que deberías saber sobre... enuresis		
Con el fonendo en la mochila		
	The Corner	207
© A Hombros de Gigantes	D. Gómez Andrés	208
© Representación del niño en la pintura española		
Ricardo Lamenca: reminiscencias clásicas e intenso cromatismo	J. Fleta Zaragoza	209
	Noticias	210





Pediatría Integral

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

Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria

Directora Ejecutiva

Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Subdirectores Ejecutivos

Dr. J. de la Flor i Brú

Dra. T. de la Calle Cabrera

Jefe de Redacción

Dr. J. Pozo Román

Consejo Editorial

Junta Directiva de la SEPEAP

Presidente de Honor

† Dr. F. Prandi Farras

Presidente de Honor

Dr. J. del Pozo Machuca

Presidente

Dr. F. García-Sala Vígner

Vicepresidente

Dr. J. Pellegrini Belinchón

Secretario General

Dr. C. Coronel Rodríguez

Tesorero

Dr. A. Hernández Hernández

Presidente de la Fundación Prandi

Dr. J.L. Bonal Villanova

Vocales

Dra. R. Mazas Raba

Dra. M.Á. Learte Álvarez

Dra. B. Aguirrezabalaga González

Dra. B. Pelegrin López

Vocales Regionales

Andalucía occidental y Extremadura

Dra. B. González García-Mier

Andalucía oriental

Dr. J.M. González Pérez

Aragón, La Rioja y Soria

Dra. M.I. Lostal Gracia

Asturias-Cantabria-Castilla y León

Dra. M.M. Matilla Barba

Baleares

Dr. E. Verges Aguiló

Canarias. Las Palmas

Dr. G. Cabrera Roca

Canarias. Tenerife

Dra. I. Miguel Mitre

Castilla la Mancha

Dr. J.L. Grau Olivé

Cataluña

Dr. J. de la Flor i Bru

Comunidad Valenciana

Dra. R. Mínguez Verdejo

Galicia

Dr. M. Sampedro Campos

Madrid

Dra. G. García Ron

Murcia

Dra. Á. Casquet Barceló

Navarra

Dr. R. Pelach Paniker

Director de la WEB

Dr. J. López Ávila

Director Fundador: Dr. J. del Pozo Machuca

Grupos de Trabajo (Coordinadores)

Actividad Física y Salud

Dr. E. Pérez Martínez

Actualizaciones Bibliográficas

Dr. J. López Ávila

Asma y Alergia

Dr. J. Pellegrini Belinchón

Dermatología

Dra. B. Pelegrin López

Docencia y MIR

Dra. O. González Calderón

Educación para la Salud y Hábitos de Vida Saludables

Dra. R. Mazas Raba

Investigación y Calidad

Dr. V. Martínez Suárez

Neonatología y Lactancia Materna

Dr. J. Miranda Mallea y Dr. S. Martínez Arenas

Nutrición y Patología Gastrointestinal

Dr. A. Hernández Hernández

Pediatría Social

Dr. J. García Pérez

Profesional

Dr. L. Picó Sirvent

Simulación

Dr. L. Sánchez Santos

Sueño

Dra. R. Mínguez Verdejo

TDAH

Dra. M.I. Hidalgo Vicario

Técnicas Diagnósticas en A.P.

Dr. J. de la Flor i Brú

Vacunas

Dra. B. Aguirrezabalaga González



En portada

En la infancia es más fácil definir el buen trato que el maltrato. Se entiende por buen trato: el conjunto de cuidados que satisface las necesidades de las personas, como especie en la naturaleza, para sobrevivir de forma plena. Los seres humanos tienen necesidades biológicas, mentales, emocionales y sociales para la realización personal.

Pediatría Integral on line y normas de publicación en:

www.pediatriaintegral.es

Periodicidad:

8 números / año

Suscripción:

Gratuita para los socios de SEPEAP. Los no socios deberán contactar con la Secretaría Técnica por correo electrónico.

Secretaría Técnica:

secretaria@pediatriaintegral.es

Publicidad:

publicidad@pediatriaintegral.es

Pediatría Integral

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, desde 2016, ocho 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 puede consultar y/o descargar gratuitamente en formato PDF desde www.pediatriaintegral.es.

© 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

copía, 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 se imprime solo bajo demanda y el papel que utiliza en su impresión cumple con certificaciones de calidad y sostenibilidad como PEFC, Ecolabel, ISO 9001, ISO 9706, ISO 50001, ISO 14001, ECF, OSHAS 18001 y EMAS, entre otras.



Título: Problemas prevalentes en Pediatría Social.
Expediente nº 07-AFOC-01303.6-2018. 5,4 créditos.

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud.

Los créditos de formación continuada no son aplicables a los profesionales que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud. Puede consultarse información sobre la acreditación de formación continuada sanitaria en: www.madrid.org

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
- Encuesta de satisfacción

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



Edita

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Secretaría de redacción

secretaria@pediatriaintegral.es

Publicidad

publicidad@pediatriaintegral.es

I.S.S.N. 1135-4542

SVP: 188-R-CM

Depósito Legal M-13628-1995

Continuing Education Program in Community Pediatrics

Summary



Editorial

The flu: from knowledge to conviction 163
J. de la Flor i Brú

Topics on Continuous Training in Paediatrics

The son of separated or divorced parents 165
J. García Pérez

Adoption and foster care 173
J. Lirio Casero

**The impact of screens: television,
computer and videogames** 178
H. Paniagua Repetto

**Maltreatment and sexual abuse of children
in Primary Health Care. Pediatricians:
part of the problem and part of the solution** 187
L. Rodríguez Molinero

© **Initial evaluation of the immigrant child** 200
V. Fumadó Pérez

The Resident's Corner 201

**Images in Clinical Pediatrics.
Make your diagnosis**

**10 Things you should know about... enuresis
With the phonendoscope in the backpack**

The Corner 207

© **On the Shoulders of Giants** 208
D. Gómez Andrés

© Representation of children
in Spanish painting

**Ricardo Lamenca: classic reminiscences
and intense chromatism** 209
J. Fleta Zaragoza

News 210



J. de la Flor i Brú

Subdirector de Pediatría Integral. Vocal del Grupo de trabajo de vacunas de la SEPEAP

“ La gripe es una enfermedad claramente infravalorada, menospreciada, banalizada, infradiagnosticada, infratratada en aquellos casos en los que el tratamiento está indicado y, como consecuencia de todo ello, infraprevenida con vacunas que no son perfectas pero que son efectivas y seguras ”

Editorial

LA GRIPE: DEL CONOCIMIENTO AL CONVENCIMIENTO

El grupo de trabajo de vacunas de la SEPEAP (VACAP), ha celebrado en Barcelona la V Jornada de vacunas de la SEPEAP que, por primera vez, ha tenido un carácter monográfico, dedicado a la gripe. Al mismo tiempo, se ha publicado una monografía sobre esta enfermedad⁽¹⁾. Tanto la Jornada como la monografía han sido dirigidas por Josep de la Flor y Silvia Bernárdez, miembros del VACAP, y han contado con la aportación de los integrantes del Grupo de Trabajo, así como destacados especialistas nacionales en virología, clínica y salud pública.

¿Tiene justificación dedicar toda una jornada nacional de vacunas y publicar una monografía sobre un tema *a priori* tan conocido como la gripe? Estamos convencidos de que sí, dado que este conocimiento, que se da por supuesto, dista mucho de ser real, para lo cual solo tenemos que observar una realidad en la que la gripe es una enfermedad claramente infravalorada, menospreciada, banalizada, infradiagnosticada, infratratada en aquellos casos en los que el tratamiento está indicado y, como consecuencia de todo ello, infraprevenida con vacunas que no son perfectas, pero que son efectivas y seguras.

La gripe es una infección aguda respiratoria producida por el virus de la gripe, un ortomixovirus RNA con 8 segmentos codificantes de proteínas. Esta segmentación del genoma induce a reagrupamientos constantes que explican la gran diversidad y variabilidad antigénica, causa a su vez de las epidemias anuales, de las pandemias y de la necesidad de adaptar constantemente la vacuna. El virus de la gripe fue el primer virus respiratorio aislado (1933) y estudiado desde el punto de vista epidemiológico, biológico y clínico.

Pese al conocimiento acumulado, en la práctica, la gripe es una gran desconocida para muchos médicos de Atención Primaria (AP). Todos tenemos una elevada percepción del aumento de la carga asistencial que se produce en nuestras

consultas en el periodo que conocemos como “estación gripal” (en nuestro medio, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo), muy especialmente en las 6-8 semanas que suele prolongarse la epidemia anual, pero la impresión de que este aumento es debido específicamente a una enfermedad llamada “gripe”, es en general muy pobre. Muy pocos médicos diagnostican esta enfermedad por su nombre. La dificultad de un diagnóstico clínico diferencial con otras virusis respiratorias febriles infantiles, que coinciden en la misma época con la gripe (VRS, adenovirus, parainfluenza...), dificultad que aumenta cuanto más pequeño es el niño, hace que el cuadro de “enfermedad posiblemente gripal” o “enfermedad parecida a la gripe”, traducción del “ILI” inglés (*Influenza like illness*), que ha ido sufriendo distintos cambios conceptuales hasta la última definición de la OMS, que la considera un cuadro de fiebre superior a 38 y tos en época epidémica, reciba catalogaciones diagnósticas inespecíficas y sindrómicas (“infección respiratoria”, “catarro de vías altas”, “resfriado común”, “faringitis”, “virusis”, “síndrome gripal”...), pero muy raramente se hace el diagnóstico claro de “gripe”.

En esta enfermedad, como en muchas otras, la posibilidad de poder hacer un diagnóstico concreto es de gran importancia. El paso desde el diagnóstico empírico/subjetivo/sindrómico al diagnóstico basado en pruebas/ etiológico/objetivo, en esta y en otras muchas patologías prevalentes, supone un salto cualitativo fundamental en la consulta de AP, del que se derivan innumerables beneficios: aumento de la satisfacción profesional, aumento de la confianza de nuestros usuarios, disminución de reconsultas no programadas por el mismo proceso, cambios radicales de conductas epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas, menor dependencia de otros niveles asistenciales, menor derivación a servicios de urgencias, menor petición de exámenes complementarios, uso más racional de los recursos sanitarios, menor prescripción de fármacos innecesarios,

especialmente de antibióticos, y percepción mucho más real de la carga asistencial por patologías⁽²⁾. En el caso concreto de la gripe, hablamos de una enfermedad febril prolongada, que habitualmente dura entre 3 y 5 días, frecuentemente hasta una semana. No es lo mismo informar a la familia de un cuadro inespecífico, con recomendaciones vagas y ambiguas, que diagnosticar “gripe” sobre la base de una prueba objetiva. En el primer escenario, se favorecen las reconsultas (en la propia consulta de AP, en servicios de urgencia de AP nocturnos y de fin de semana, en servicios de urgencia hospitalarios), con la creciente posibilidad de que, a medida que van pasando los días y el niño es visitado varias veces (por su mismo pediatra o por otros profesionales), se acabe adoptando una conducta más intervencionista, en forma de petición de exámenes complementarios, normalmente innecesarios, o de prescripción de antibióticos, generalmente inadecuada. En el segundo, la seguridad diagnóstica permite una información mucho más precisa de la evolución de la enfermedad y de las normas de observación y situaciones que comportan la necesidad de consulta, que al estar basada en una prueba objetiva, genera mucha más confianza en los padres, y mayor probabilidad de adherencia a las recomendaciones. Además, el reconocimiento de la carga real que supone la gripe en periodo estacional, induce al profesional sanitario a una superior implicación en la prevención de la enfermedad con vacunas. Es un hecho contrastado que las tasas de vacunación antigripal en nuestros niños de riesgo son muy bajas, prácticamente inexistentes en niños sanos. No es un problema solo de nuestro medio, sino que es un problema universal en países en los que la vacunación antigripal pediátrica no es sistemática. Es bien sabido que el ceñir la vacunación (contra cualquier enfermedad) a los grupos de riesgo comporta tasas mucho más bajas que el hacerlo por criterios de edad. Los resultados más exitosos están por debajo del 40%. En Estados Unidos, la cobertura vacunal en 2016 es del 46%, 59% en niños a partir de los 6 meses hasta los 18 años, y del 75% en el rango etario de 6-23 meses⁽³⁾. Estas coberturas han experimentado un crecimiento sostenido entre 2004 y 2012, pasando del 16 al 46% desde la recomendación en 2011 de vacuna universal a partir de los 6 meses⁽⁴⁾. Por otra parte, la vacunación antigripal de los propios profesionales sanitarios está por debajo, en el mejor de los casos, del 30%. Hay muchos factores que intervienen en esta actitud sanitaria poco favorecedora a la vacunación antigripal, que en algunos ámbitos se plantea como obligatoria para el propio profesional sanitario⁽⁵⁾: poca confianza en la efectividad de la vacuna, miedo a sus efectos adversos, logística pediátrica (necesidad de un pinchazo adicional a un calendario vacunal muy cargado, necesidad de vacunación anual), pero estamos convencidos que el principal factor es la falsa percepción de benignidad y la falta de reconocimiento de la importancia real de la gripe. Mientras el profesional sanitario no modifique su percepción de la enfermedad, difícilmente se va a implicar de manera convencida en su prevención.

Es conocido que las vacunas de la gripe tienen una efectividad inferior a otras vacunas, menor aún en niños, especialmente de menos de 2 años. Este hecho tiende a magnificarse y no tiene en cuenta las características diferenciales entre esta enfermedad y su vacuna con respecto a las otras⁽⁶⁾: diferencias en la metodología de los estudios observacionales o de

efectividad, cambios constantes antigénicos en el virus de la gripe, no ya entre distintas estaciones gripales, sino dentro de la misma, dificultad de previsión de las cepas que van a circular cuando se diseña la vacuna pre-temporada, con el resultado de la frecuente discordancia (*mismatching*) entre cepas circulantes y cepas vacunales, que en el caso del virus B, es del 50% en las vacunas trivalentes (“echar una moneda al aire”), producción de vacunas mayoritariamente en huevo embrionado, lo que comporta a su vez un virus vacunal resultante que puede ser distinto al virus inicialmente cultivado....

Es evidente que necesitamos nuevas vacunas, para lo que se está investigando activamente, con líneas de futuro prometedor, algunas ya existentes, aunque no autorizadas aún en edad pediátrica⁽⁷⁾: vacunas adyuvadas, vacunas intradérmicas, vacunas propagadas en cultivos celulares.

El dilema de vacunación universal *versus* vacunación en grupos de riesgo, parece que se irá decantando en un futuro próximo hacia la primera opción⁽⁸⁾. Para ello, el poder disponer de vacunas atenuadas tetravalentes de administración intranasal, con la comodidad que supone su mecanismo de aplicación, es un primer paso que parece imprescindible.

El CAV de la AEP en sus recomendaciones 2018⁽⁹⁾, considera que la vacuna antigripal debe ser recomendada en grupos de riesgo, si bien deja al criterio del pediatra y/o a la petición de la familia la administración en otros supuestos.

Es evidente que las vacunas de la gripe deben mejorar. Lo harán, sin duda, en el futuro. Pero mientras tanto, los pediatras y enfermeras pediátricas de AP debemos promover el uso de las actuales: son efectivas y seguras. Y para estar convencidos de su necesidad, lo primero es conocer profundamente la enfermedad.

Bibliografía

1. de la Flor J, Bernárdez S. La Gripe: del conocimiento al convencimiento. Ergon. Madrid. 2018.
2. de la Flor J, Marès J. Test de diagnóstico rápido en la consulta de Pediatría de Atención primaria. Ergon. Madrid. 2015.
3. Centers for disease control and prevention (CDC): Flu vaccination coverage, United States, 2014-15 influenza season. Available at <https://www.cdc.gov/flu/fluview/coverage-1415estimates.htm>.
4. Santibanez TA, Lu PJ, Williams WW. Trends in children influenza vaccination coverage-US, 2004-2012. Public Health report. 2014; 129: 417-27.
5. Wang TL, Jing L, Bocchini K. Mandatory influenza vaccination for all healthcare personnel: a review on justification, implementation and effectiveness. Curr Opin Pediatr. 2017; 29: 606-15.
6. Marès J, Rodrigo C. Vacunas inactivadas. En: de la Flor J, Bernárdez S. La gripe: del conocimiento al convencimiento. Ergon. Madrid. 2018. p. 67-80.
7. Ortiz de Lejarazu R, Sanz I, Rojo S. Futuras vacunas de la gripe. En de la Flor J; Bernárdez S. La gripe: del conocimiento al convencimiento. Ergon. Madrid. 2018. p. 99-120.
8. Urbiztondo L, Borràs E. Vacunación sistemática de la gripe frente a vacunación orientada a grupos de riesgo: visión de la Salud Pública. En: de la Flor J, Bernárdez S. La gripe: del conocimiento al convencimiento. Ergon. Madrid. 2018. p. 143-54.
9. Moreno-Pérez D, Álvarez FJ, Álvarez J, Cilleruelo MJ, Garcés M, García N, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP): recomendaciones 2018. An Pediatr (Barc). 2018; 88: 53.e1-9 - Vol. 88 Núm.1 DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.10.001.

El hijo de padres separados o divorciados

J. García Pérez

Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.



Resumen

Las cifras del divorcio son crecientemente importantes. En España, se encamina hacia el 50% sobre el total de los matrimonios celebrados. En 2016, en la última estadística del Instituto Nacional de Estadística (INE), hubo 101.214 rupturas, de las cuales 96.600 fueron divorcios y 4.614 fueron separaciones.

El divorcio suele generar ira y un sentimiento de fracaso para la pareja, choque de lealtades, vergüenza, pesar y angustia para los hijos⁽¹⁾, y preocupación por parte de todos. La separación también ha generado nuevos patrones familiares, de los que se cuenta con muy pocas normas o pautas de orientación.

El pediatra está en posición estratégica para auxiliar a muchos de estos hijos y familias abatidos por el divorcio, en particular, cuando el núcleo familiar tiene bastante intimidad y trato con él. El pediatra puede brindar a la familia orientación apropiada para el desarrollo de los hijos, en forma anticipatoria, durante el divorcio o después de él, período en que los problemas conductuales y emocionales son muy frecuentes⁽²⁾. Los padres también pueden recurrir al pediatra para que brinde su testimonio en la lucha por la custodia de los hijos. De este modo, los pediatras podemos intervenir en diferentes e importantes formas en la familia atenuando el impacto emocional en los hijos y para que sus consecuencias no acarreen un daño irreversible en su desarrollo psico-evolutivo⁽³⁾.

Abstract

Divorce figures are increasingly important. In Spain they are heading towards 50% of the total marriages celebrated. In 2016, in the last statistics of the National Institute of Statistics (INE) there were 101,214 ruptures, of which 96,600 were divorces and 4,614 were separations.

Divorce usually generates anger and a feeling of failure for the couple, clash of loyalties, shame, regret and anguish for the children⁽¹⁾ and concern for everyone. Separation has also generated new family patterns for which there are very few norms or guidelines.

The pediatrician is in a strategic position to help many of these children and families knocked down by divorce, particularly when the family has enough intimacy and contact with him. The pediatrician can provide the family with appropriate guidance for the development of the children, in anticipation, during or after the divorce, period in which behavioral and emotional problems are very frequent⁽²⁾. Parents can also ask the pediatrician to provide his testimony in the struggle for the custody of the children. In this way, pediatricians can intervene in different and important ways in the family, mitigating the emotional impact on the children and so that its consequences do not cause irreversible damage in their psycho-evolutionary development⁽³⁾.

Palabras clave: Bienestar emocional; Maltrato emocional; Separación o divorcio; Padres responsables; Conductas infantiles.

Key words: Emotional well-being; Emotional abuse; Separation or divorce; Responsible parents; Child behavior.

Pediatr Integral 2018; XXII (4): 165–172

Introducción

El divorcio es siempre para los hijos una experiencia diferente que para los padres: la familia en la cual los niños nacieron, crecieron y vivieron toda su vida se muere y cualquiera que fueran

sus deficiencias, sienten que es la familia, que les brinda el apoyo y la seguridad que necesitan. Las consecuencias pueden ir de moderadas a graves, de transitorias a permanentes⁽⁴⁾ y que dependen:

- Del grado del conflicto previo, especialmente que se involucre o no a los hijos.
- Del ejercicio o no de la coparentalidad (crianza conjunta de los hijos).

Tabla I. Diferencias entre divorcio colaborativo y destructivo

<i>Divorcio colaborativo</i>	<i>Divorcio destructivo</i>
Pareja parental	Pareja post-conyugal
Prima el cuidado y protección de los hijos sobre el conflicto conyugal	Prima el conflicto de pareja sobre el cuidado de los hijos
Peleas solo en la primera fase	Peleas permanentes
Dolor por las pérdidas	Proceso de duelo estancado, rabia y necesidad de denigrar
Intermediarios no litigantes (familiares, amigos) o ausencia de intermediarios	Intermediarios litigantes, contexto judicial
Límites claros	Límites difusos
Reconocimiento de la propia responsabilidad. Conciencia de corresponsabilidad	Falta de responsabilidad. Búsqueda de culpables y cómplices
Existe el deseo de llegar a acuerdos en función de las necesidades de los hijos	No tienen intenciones de llegar a ningún tipo de acuerdo

Fuente: Unidad de Familias en Proceso de Separación y Ensamblaje. Instituto Chileno de Terapia Familiar (IChTF).

- De los efectos del deterioro económico y del estilo de vida que, por lo general, trae aparejado.

El divorcio se ha instituido para los cónyuges, no para los padres, no existen “ex hijos” ni “ex padres”. Los esposos no se divorcian de sus hijos, ni entre sí como padres, o... al menos, no deberían hacerlo.

El divorcio implica el derrumbamiento de los planes comunes, cada adulto se ve obligado a reestructurar su proyecto de vida y, a veces, tiene que lidiar con la sensación de haber fracasado⁽⁵⁾. Disuelve el vínculo conyugal, pero conserva el vínculo parental que los une como padres. Esta disolución implica la transformación de la familia

nuclear original –constituida por padres e hijos– en una familia con una estructura diferente: la familia binuclear, con dos núcleos representados por la casa de la mamá y la casa del papá. Este tipo de configuración familiar requiere, para ser viable, el ejercicio conjunto de la parentalidad o coparentalidad⁽⁶⁾. Es decir, la familia del divorcio es viable, en tanto los padres cumplen conjuntamente las funciones de crianza. Los divorcios que afectan la coparentalidad se conocen como divorcios destructivos y sus consecuencias adversas para los hijos son irreparables (Tablas I y II).

Estos factores emocionales originan juntos⁽⁷⁾.

- Bajada en el rendimiento académico.
- Peor autoconcepto.
- Dificultades en las relaciones sociales.
- Dificultades emocionales, como: depresión, miedo o ansiedad, entre otras.
- Problemas de conducta.

Judith Wallerstein⁽³⁾ ha realizado, en 1994, el seguimiento de 131 niños durante 25 años y ha encontrado que estos efectos del divorcio en ellos, no se limitaban al periodo de duración del divorcio, sino que trascendían a toda su vida. En su obra “La ley del divorcio” hace conclusiones contundentes sobre el perfil psicológico de los hijos de divorciados.

Tabla II. Cambios en la familia causados por el divorcio

Factores sociales

- Pérdida de poder adquisitivo. La convivencia en común supone el ahorro de una serie de gastos que se comparten. La separación conlleva una pérdida de poder adquisitivo importante
- Cambio de residencia, escuela y amigos. El divorcio de los padres conlleva cambios importantes en el entorno del hijo. Puede tener que cambiar de colegio, o de residencia. El impacto que tiene este factor en el desarrollo y ajuste social del niño es muy importante
- Convivencia forzada con un padre o con miembros de la familia de alguno de ellos. No siempre la elección del padre con el que se convive es la que el niño quiere. Este factor conlleva una convivencia con adultos, muchas veces muy enriquecedora y otras no tanto
- Disminución de la acción del progenitor con el que no conviven. El padre/madre que no está permanentemente con su hijo deja de ejercer una influencia constante en él y no puede plantearse modificar comportamientos que no le gustan los fines de semana que le toca visita. Por otro lado, el niño pierde el acceso a las habilidades del padre que no convive con él, con la consiguiente disminución de sus posibilidades de formación
- Introducción de parejas nuevas de los padres. Es un factor con una gran importancia en la adaptación de los hijos y tiene un efecto importante en la relación padre/hijo⁽⁷⁾

Factores emocionales

- Una mala aceptación del divorcio por uno de los progenitores puede llevarle a convivir con una persona deprimida u hostil
- Un divorcio conlleva, por su propia naturaleza, una cierta hostilidad entre los padres. Cuando esa hostilidad se traslada a los hijos, intentando que tomen partido o que vean a la otra persona como un ser con muchos defectos, se está presionando al niño para que vea a su padre desde un punto de vista equivocado, porque tendrá muchos defectos, pero siempre será su padre. Si la hostilidad entre los cónyuges persiste después del divorcio, es difícil que no afecte a la convivencia con el niño

- El 25% de ellos no ha terminado el colegio (en comparación con el 10% de abandono escolar que se produce en los hijos de matrimonios estables).
- El 60% ha requerido tratamiento psicológico (frente al 30% el de niños de matrimonios estables).
- El 50% ha tenido problemas de alcohol y drogas antes de los 15 años.
- El 65% tiene una relación conflictiva con el padre.
- Pese a que la mayoría pasa de los 30 años, apenas el 30% se ha casado.
- Del total de casados, el 50% ya se ha divorciado.

Por si fuera poco, los niños que crecen en hogares divididos son más propensos a enfermar. Durante los 4 años después del divorcio, el riesgo de que los hijos sufran problemas de salud, es más elevado, además tardan en recuperarse de las enfermedades, debido al estrés al que se encuentran sometidos.

Básicamente, el divorcio suele intensificar la dependencia del niño y acelerar la independencia del adolescente; a menudo, provoca una respuesta regresiva en los niños y una respuesta agresiva en los adolescentes.

El divorcio está caracterizado por tres etapas:

- **Etapas de predivorcio:** la fase de conflicto manifiesto: en la cual los problemas normales de la vida de pareja se maximizan, hay insatisfacción, malestar, desilusión, se inicia el alejamiento emocional y físico, pero pueden existir intentos de reconquista. Viene luego la segunda fase de divorcio emocional, en la cual los afectos positivos están anulados por los negativos, e inicia una serie de confrontaciones y agresiones verbales y físicas, en las que se intenta colocar a los hijos en contra del otro progenitor.
- **Etapas de transdivorcio:** se inicia el divorcio legal, económico y los problemas de custodia y relación parental donde, en muchas ocasiones, no importa el beneficio de los hijos, los cuales son usados en el conflicto, tratando de “ganárselos”, a través de chantajes emocionales, regalos y privilegios.
- **Etapas postdivorcio**^(8,20): se presenta un conflicto de lealtades en los hijos, pero, a la vez, es una etapa

muy importante, porque se inicia la elaboración del duelo, hay nuevas amistades y rutinas con los hijos, y una fase de elaboración psicológica final, con aceptación de la pérdida⁽⁸⁾.

Como lograr que el divorcio no afecte a los niños

1. **Explícale lo que sucede con claridad, de manera que lo pueda entender**^(9,10). A la hora de comunicar la decisión del divorcio, es importante que ambos progenitores estén presentes, ya que esto le dará mayor seguridad al niño y no se sentirá abandonado por uno de ellos.
2. **Hazle saber que no es su culpa**^(9,10). Muchos niños se sienten culpables por la separación de sus padres, creen que el divorcio se debe a su comportamiento. Por eso, es importante dejar claro a tu hijo que no tiene ninguna responsabilidad en lo ocurrido y que ambos lo seguiréis queriendo igual⁽⁹⁾.
3. **Dale los detalles que necesita saber**^(9,10). Después de que le comuniqués la noticia, es normal que el niño se sienta confuso y desorientado, ya que siente que su mundo se está desplomando. Intenta explicarle qué sucederá a partir de ese momento. No es necesario que entres en demasiados detalles. Se trata de pequeños detalles que, a menudo, los padres pasan por alto, pero que le transmiten seguridad y confianza a los niños.
4. **Mientras asimila la noticia, valida sus emociones**^(9,10). La mayoría de los niños necesitan un poco de tiempo para asimilar el divorcio de sus padres, normalmente unos 2 a 6 meses. Durante esa fase, hay que tener paciencia y apoyarle. Valida esas emociones y ánimale a hablar de ellas⁽¹⁰⁾.
5. **Mantén la rutina, incluyendo nuevas actividades motivadoras**^(9,10). Los hábitos cotidianos sirven para que el niño se sienta seguro, por lo que es importante que, dentro de lo posible, mantengas las mismas rutinas. Por supuesto, también es conveniente incluir nuevas actividades que el niño disfrute, de manera que pueda comprender que, aunque todos estáis atravesando por una

situación difícil, también podéis seguir disfrutando de la vida.

6. **No hables mal del otro progenitor**^(9,10). Para los niños, las razones del divorcio no son suficientes. El niño quiere a ambos padres y no le parece bien que se separen, por encima de cualquier error de pareja se encuentra su amor de hijo. Por encima de las rencillas personales debe prevalecer el bien del niño, y lo mejor para este, es que sus padres sigan queriéndole y apoyándole como siempre.
7. **No abandones ni descuides a tu hijo**^(9,10). En algunos casos, la sensación de abandono que tiene el niño es real, ya que uno de los progenitores le abandona, literal o metafóricamente. De hecho, el abandono no es solo físico, del padre que se desentiende del niño, sino también emocional, en cuyo caso es más habitual del padre que se queda a cargo del hijo. En estos casos, lo usual es que los niños se conviertan en cuidadores del padre, asumiendo roles y responsabilidades para los cuales no están preparados.

Las consecuencias del divorcio según la edad

La ruptura de la pareja suele producir en los progenitores dos tipos de problemas, el ajuste personal al divorcio y la adaptación al nuevo y diferente papel de progenitor divorciado.

Tanto hombres como mujeres suelen presentar estrés, ansiedad y pérdida de autoestima, y con mayor intensidad quienes no han tomado la decisión de separarse. Estos frecuentemente se sienten: sorprendidos, heridos, rechazados, furiosos, avergonzados, traicionados y devastados, padeciendo enorme confusión emocional, acompañada de rabia y pérdida; quienes toman la decisión de la ruptura de pareja, especialmente si esta tiene hijos, pueden sentirse culpables, y mantener cogniciones y sentimientos contradictorios. Todo ello les transforma, en muchos de los casos, en personas vulnerables y en gestores incompetentes de sus vidas, especialmente como progenitores⁽¹⁹⁾. De esta manera, no es infrecuente que las personas que se están separando presenten pensamientos y sentimientos negativos hacia el otro,

y que la mala gestión del proceso los transforme en odio, rencor e incluso espíritu de venganza. Lo que convierte el proceso de separación de la pareja en un enfrentamiento personal, donde el conflicto va *in crescendo* y la brecha familiar se va agrandando exponencialmente. Llegando, en algunos casos, a suponer un proceso de alto maltrato a los hijos, con consecuencias terribles e inimaginables para estos. No siempre la mala actuación de los progenitores se debe al odio que se procesan, sino al desconocimiento que tienen sobre el alcance que sus conductas tienen en sus descendientes. Con independencia de la motivación, lo cierto es que los hijos se convierten en víctimas de su proceder, lo que justifica la necesidad de los programas de ayuda a familias separadas⁽²²⁾.

En los procesos de separación y divorcio, el maltrato a los hijos puede ser de cuatro tipos:

1. **Maltrato emocional**, con conductas tales, como: judicialización de la relación parental, declaración de los hijos en el proceso judicial, falsas denuncias de abuso sexual, interferencias parentales, motivación de la ilusión de reconciliación, utilización del menor como espía o mensajero, la parentificación, etc.
2. **Maltrato físico**, principalmente producido por sobrecarga en las obligaciones del menor, tenerse que ocupar de tareas que no le corresponden por la etapa evolutiva en la que se encuentran.
3. **Abandono físico o negligencia**, esto ocurre, por ejemplo, cuando el progenitor que ejerce la custodia, a sabiendas de que no puede atender todas las necesidades de los niños, no pide ayuda al otro progenitor ni a otros adultos o instituciones; cuando el progenitor que no ejerce la custodia no ofrece soporte necesario.
4. **Abandono emocional**, puede producirse, por ejemplo, cuando: no se le ofrece una explicación a los hijos acorde a su edad; no se les brinda el apoyo, por parte de los progenitores o profesionales, para superar la separación; o se desatiende el cumplimiento del tiempo de estancias y comunicación.

Los niños de padres divorciados presentan un mayor riesgo de padecer pro-

Tabla III. Bebés (0-1 año)

- Se dan cuenta del clima emocional del hogar, sienten la tensión y el descontento
- Se dan cuenta de los cambios en los niveles de energía y en el estado emocional de los padres
- Dependen totalmente de los adultos que los cuidan
- Comienzan a desarrollar confianza en otros y en el mundo
- El tiempo que se pase con los bebés determina la formación de los lazos afectivos
- Valorar si están más irritables, nerviosos, tienen más rabietas, pérdida de apetito o retrasos en su desarrollo
- Hagámosles sentirse seguros, demostrándoles afecto, meciéndoles, tocándoles, hablándoles con cariño
- Mantenga sus juguetes y objetos favoritos a mano
- Mantenga las rutinas lo más posible
- Introducir personas nuevas gradualmente

M. Muñoz-Kiehne. *El divorcio según las etapas del desarrollo de los niños*. ED Nuestros Niños 2017.

Tabla IV. Niños (1-3 años)

- Necesitan estabilidad
- Se creen que causan todo lo que pasa
- Valorar señales de malestar: llanto excesivo, apego extremo, dificultades al dormir, pesadillas, ansiedad de separación, regresión a comportamientos más inmaduros
- Ofrecerles más atención y cariño, especialmente a la hora de separarse
- Hacerles sentir seguros con muestras de afecto verbales y físicas
- Mantener las rutinas lo más posible
- Introducir personas nuevas gradualmente

M. Muñoz-Kiehne. *El divorcio según las etapas del desarrollo de los niños*. ED Nuestros Niños 2017.

Tabla V. Niños de (3-5 años)

- Necesitan estabilidad
- Piensan que pueden controlar, se sienten responsables o culpables del divorcio o su pensamiento mágico los lleva a tomar responsabilidades imaginarias
- Tienen fantasías sobre la reconciliación de los padres
- Valorar señales de malestar: tristeza, confusión, preocupaciones, temores, pesadillas, agresión, regresión a comportamientos más inmaduros, aislamiento, apego extremo, quejumbrosos
- Hablar sobre el divorcio a un nivel que puedan comprender
- Hacerles sentir seguros con muestras de afecto verbales y físicas
- Animarles a hacer preguntas y a hablar sobre sus sentimientos y pensamientos
- Demostrar sensibilidad a sus temores –a quedarse solos y abandonados–
- Decirles repetidamente que no son responsables por el conflicto o el divorcio
- Apoyar la relación de los niños con el otro progenitor, a menos que sea peligroso
- Mantener las rutinas lo más posible
- Introducir personas nuevas gradualmente

M. Muñoz-Kiehne. *El divorcio según las etapas del desarrollo de los niños*. ED Nuestros Niños 2017.

blemas de salud física, entre ellos: obesidad, asma, cáncer, hipertensión y enfermedades de tipo coronario. Igualmente, se han encontrado alteraciones psicopatológicas, como dolores de cabeza y estómago. Por otra parte, en jóvenes menores de edad, la separación de los padres se presenta como una de las causas más frecuentes de suicidio y tentativa de suicidio, con frecuencia a causa de sentimientos de rechazo o detrimento del interés de sus progenitores hacia ellos^(11,19,22-25).

Los niños preescolares

Suelen reaccionar al proceso de separación o divorcio de sus padres con ira, tristeza o tendencia al aislamiento; pueden sufrir regresiones en su desarrollo, es decir, volver a conductas de edades anteriores, como orinarse en la cama, por ejemplo.

Es posible que las niñas adquieran una actitud adulta y se encarguen del cuidado de sus hermanos menores; el asumir estas conductas depende del niño o la niña y de las relaciones y fac-

Tabla VI. Niños de (5-12 años)

- Se dan cuenta de lo que pasa, pero carecen de las destrezas necesarias para lidiar con los conflictos, se dan cuenta que tienen un problema y no saben cómo reaccionar
- Pueden comprender el concepto de divorcio
- Piensan en la familia como era antes del divorcio, creen que los padres pueden volver a juntarse y presionan o realizan actos que no llevan más que a un sentimiento de fracaso o problemas adicionales en la pareja
- Pueden sentirse rechazados por los padres
- Tienden a culpar a otros, a menudo, a uno de sus padres
- Hablar sobre el divorcio a un nivel que puedan comprender
- Valorar: tristeza, problemas académicos y/o sociales en la escuela, comportamiento inapropiado, achaques físicos, conflictos entre hermanos por competencia
- Hacerles sentir seguros con muestras de afecto verbales y físicas
- Leer libros sobre el divorcio. Animarlos a hacer preguntas y a hablar sobre sus sentimientos y pensamientos
- Demostrar sensibilidad a sus temores
- Decirles repetidamente que no son responsables por el conflicto o el divorcio
- Apoyar la relación de los niños con el otro progenitor, a menos que sea peligroso
- Mantener las rutinas lo más posible
- Introducir personas nuevas gradualmente

M. Muñoz-Kiehne. *El divorcio según las etapas del desarrollo de los niños. ED Nuestros Niños 2017.*

Tabla VII. Adolescentes (13-17 años)

- Están más envueltos con su grupo de pares y dependen menos de sus padres que los niños menores
- Les preocupa el impacto del divorcio en sus relaciones
- Sienten dudas de sus propias capacidades de establecer relaciones a largo plazo
- Valorar: ira y hostilidad extrema, actitud desafiante, preocupación por asuntos financieros u otros asuntos de adultos, autoestima disminuida, aislamiento, problemas académicos o sociales en la escuela, comportamientos impredecibles o arriesgados, miedo, soledad, depresión y culpabilidad
- Mantener abiertas las vías de comunicación
- Ser justo y razonable al asignarles responsabilidades
- Apoyar la relación de los muchachos con el otro progenitor, a menos que sea peligroso

M. Muñoz-Kiehne. *El divorcio según las etapas del desarrollo de los niños. ED Nuestros Niños 2017.*

tores que estén acompañando este proceso⁽¹¹⁾ (Tablas III-V).

Los niños escolares

Generalmente, se sienten tristes y extrañan mucho al padre que deja el hogar; puede ser que los niños sean difíciles de disciplinar y no acaten las normas y condiciones que pone el padre que se queda. Es muy posible que busquen apoyo fuera de la familia; de ahí, la importancia de conservar buenas relaciones con las familias de ambos padres. El apoyo de los abuelos es significativo para ellos durante la crisis y posteriormente a ella⁽¹¹⁾ (Tabla VI).

Los adolescentes

Algunos, aparentemente, no se sienten tan comprometidos en el evento, pero son los que realmente pueden salir más afectados durante el proceso. A corto plazo, pueden tener sentimientos de tristeza, soledad y depresión y, además, sentir que deben lealtad a los padres y pensar que deben tomar partido en la situación. Los sentimientos que se generan en ellos, pueden hacerlos optar por conductas delictivas, de drogadicción, de vagancia o de bajo rendimiento escolar (Tabla VII).

Otros pueden estar más preocupados por su propia vida y creen que ya no necesitan la guía y orientación de sus padres⁽¹¹⁾.

Las conductas duran más o menos tiempo de acuerdo con la trascendencia de la situación y con la calidad de las relaciones y de las manifestaciones afectivas que los padres establezcan con sus hijos, que de ser buenas, servirán como amortiguadores en el proceso de adaptación a la nueva vida^(11,12).

Síndrome de confusión filial (SCF) y el síndrome de indefensión parental (SIP)

Gardner, psiquiatra norteamericano que en 1985 acuñó el término "síndrome de alienación parental" (SAP), según el cual, se produce por manipulación o programación del padre con custodia en desventaja del otro.

Como contrapunto a este síndrome y para explicar, bajo otro punto de vista, el proceso que conduce al supuesto SAP, se han propuesto dos denominaciones nuevas: el síndrome de confusión filial (SCF) y el síndrome de indefensión parental (SIP)^(13,14). Se refiere, en el niño, al proceso de inclinación o compromiso, sin fundamento, hacia la "buena y amada" parte del progenitor custodio y al alejamiento de la supuestamente "mala y odiada" parte del otro.

Las principales manifestaciones del síndrome de confusión filial son:

- Campaña de rechazo y difamación: los niños al relatar se tensionan mucho y casi nunca, interrogados, son capaces de concretar algo.
- Racionalizaciones absurdas: las justificaciones aportadas por los niños para defender sus posiciones hostiles e irracionales no tienen conexión real con la experiencia verdadera.
- La falta de ambivalencia normal: un padre es todo bueno y el otro es todo malo.
- La inclinación automática hacia el padre programador: los parientes toman parte incondicional hacia el padre con custodia.
- La ampliación, por parte del niño, de las hostilidades a toda la familia y el entorno del padre no custodio: con fundamentos absurdos y distorsionados.
- Ausencia de sentimiento de culpa por la crueldad hacia el progenitor no custodio: acompañada por exigencia económica sin escrupulo^(13,14).

Mediación familiar

La mediación familiar es una forma de tratar los conflictos, en la cual las

personas interesadas, con la ayuda de un tercero imparcial, el mediador, participan directamente en la búsqueda de solución de las disputas.

Se orienta a las personas, que estando ya separadas o en proceso de separación, no han logrado resolver problemas derivados de la ruptura conyugal.

El mediador facilita la comunicación: en un ambiente de tranquilidad y respeto, invita a las personas involucradas en el conflicto a que se centren en los intereses y necesidades de cada uno y busquen soluciones creativas que les permitan llegar a acuerdos y construir así la base de una relación parental de cooperación o apoyo en el desarrollo de sus hijos^(15,22).

Parentalidad compartida

La custodia compartida es un término confuso que, en algunas ocasiones, se refiere a la responsabilidad conjunta y, en otras, a la localización física o a ambas. Se basa, fundamentalmente, en el concepto de coparentalidad, es decir, igual implicación de los progenitores en la crianza de los hijos⁽¹⁶⁾.

La custodia compartida no quiere decir que los hijos pasen exactamente el mismo tiempo con el padre y con la madre, sino que ambos contribuyen a su mantenimiento, crianza y educación en forma proporcional a sus recursos, a los del otro progenitor y a las necesidades del niño.

La guardia y custodia compartida requiere respeto mutuo, armonía y colaboración entre los exconyuges, para que puedan resolver las cuestiones relacionadas con los hijos sin demasiados conflictos. Por ello, a la hora de adoptar con las máximas garantías un sistema de estas características, es preciso tener en cuenta una serie de principios⁽¹⁷⁾:

- Un efectivo pacto entre los progenitores.
- Un alto nivel de cooperación y comunicación entre el padre y la madre, y claridad sobre quién es responsable en cada momento de cada actividad.
- Que los progenitores tengan buena predisposición para entenderse respecto de los problemas y responsabilidades suscitados por los hijos.

- Buena disposición de ambos a ser flexible, en las pautas educativas.
- Proximidad geográfica, para reducir el tiempo de viaje y el cansancio del niño, de residir cerca el uno del otro o como mínimo en la misma población, para evitar el desapego en los más pequeños.
- Respeto por las amistades y actividades del niño: cada vez adquieren más importancia a medida que crece.
- Escuchar al niño y poder percibir cuándo el acuerdo necesita ajustes.

Actitud de los pediatras ante el divorcio

- Acompañar, desde la escucha activa y la empatía, a padres e hijos, sin dejar que sentimientos y emociones anulen nuestro juicio pediátrico.
- Tener presente la posibilidad de sospecha de cualquier tipo de maltrato, como abuso o negligencia, y hacer siempre la debida notificación.
- Evitar tomar partido o identificarse con uno de los padres e irse en contra del otro.
- Anticipar y explicar las posibles reacciones del niño, a los padres y al propio niño, de forma adaptada a la edad y circunstancias familiares.
- Detectar síntomas que precisen derivación a otros profesionales, como salud mental o servicios sociales, tanto en los hijos como en los padres.
- Dialogar con los padres sobre el riesgo que supone involucrar a los hijos en sus problemas de adultos.
- Informar a los padres que deberían establecer normas y rutinas similares con ellos, porque así les ofrecen la seguridad y confianza que necesitan para su desarrollo y así disminuir el sentimiento de abandono que sienten.
- Apoyar el contacto de los hijos con ambos progenitores, salvo prohibición legal o sospecha fundada de problema grave, como puede ser cualquier tipo de maltrato.
- No olvidar a la familia extensa, abuelos, tíos y primos, que tienen un gran significado para los niños: les sirve de apoyo para la superación del difícil momento, como elemento protector de la situación de abandono que los acompaña. Estas

relaciones son importantes; pero es necesario, como pediatras, aclarar las condiciones y establecer una unidad en las normas que se tendrán. La disciplina clara y explícita es vital⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Conclusiones

Miles de niños españoles han experimentado, en carne propia, el divorcio de sus progenitores y, posiblemente, millones compartirán esta experiencia en el futuro. Lo anterior hace que el divorcio constituya un problema que surge a menudo en la población de pacientes que debe atender el pediatra.

Muchos hijos de divorciados experimentarán, cuando menos, estrés transitorio y hondo que perturbe casi todos los aspectos de su vida. Muchos se adaptarán adecuadamente a estas nuevas circunstancias vitales, pero un porcentaje sustancial sufrirá efectos negativos a largo plazo. Muchos de los problemas de los hijos y sus familias pueden prevenirse, evitarse o aliviarse por intervención concienzuda y oportuna. El pediatra puede ser útil como intermediario e intercesor del niño, y brindar guía anticipatoria, ayudar a la familia a superar la etapa aguda del divorcio, identificar desajustes o conducta de adaptación defectuosa de hijos y padres, brindar consejo y enviar a los hijos a la familia a servicios de salud mental más especializados, si así conviene⁽²¹⁾.

La forma de cómo se gestiona la ruptura de pareja y el tipo de relaciones que los miembros de la familia mantienen tras la separación, son la piedra angular determinante del bienestar de los menores. Así, cuando la separación se realiza de una manera racional, centrada en satisfacer las necesidades de los hijos, tanto a nivel físico como emocional, garantizándoles el derecho a seguir manteniendo una relación sana y satisfactoria con ambos progenitores, la separación no les deja afectación. Por el contrario, cuando los adultos están más interesados en satisfacer sus necesidades materiales o emocionales, los hijos pueden estar en riesgo. Las familias, cuando viven la separación de los progenitores, necesitan apoyo. Sin embargo, las leyes, los procedimientos legales y, en muchas ocasiones, los jurídicos, no solo no lo aportan, sino que de forma

general, incrementan la desestructuración y desequilibrio⁽²³⁾.

Los tribunales de familia se han convertido en una sala de urgencias para tratar los problemas familiares. Por lo tanto, tenemos que intensificar nuestros esfuerzos para mejorar el sistema de justicia familiar. Urge humanizar los aspectos legales, judiciales y psicológicos del divorcio. Un modelo terapéutico que intentará mejorar de forma significativa la vida de las familias y los menores, abogando por la coordinación de servicios legales y sociales amigables, el tratamiento y procesamiento eficiente de los casos y un sistema más accesible⁽²⁴⁾.

Es necesario renovar los tribunales de familia, buscando la eficacia, la cual, está relacionada con la creación de tribunales de familia unificados. De esta forma, se podría asegurar una intervención integral que considerase los problemas que subyacen en cada caso, legales y no legales, para incidir positivamente en las vidas de las familias y los niños que participan en los procesos legales. Consideramos oportuno recordar que la Convención de los Derechos de los Niños ha de servir de base para que el Estado, los legisladores y el Sistema de Justicia tomen en consideración el sufrimiento que padecen muchos hijos de progenitores separados y las necesidades que presentan, y actúen en consecuencia⁽²⁵⁾.

Para apoyar a nuestros niños después del divorcio, acordémonos de observarles, escucharlos, explicarles, prepararlos, cumplirles, protegerles y abrazarles⁽²⁶⁾. Y procuremos apoyo y ayuda, pues es difícil y toma tiempo, pero ¡sí se puede!

Bibliografía

1. Poussin G, Martin E. Los hijos del divorcio. Psicología del niño y separación parental. Editorial Trillas. 2005.
2. Shapiro LE, Tiscornia A. La inteligencia emocional en los niños. Ed. Ediciones B-México. 2001.
3. Wallerstein J. Law and Divorce. Ed Vergara. 2009.
4. Rodríguez Benito L, Espada Giner S, Calvo Staun L. "Nos hemos separado y nuestros hijos?". Guía de actuación para progenitores.
5. Simon FB, Stierlin H, Wynne LC, Gedisa E. Vocabulario de Terapia Familiar: Buenos Aires; 1997. p. 365.
6. Castro T, Seiz M. La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio demográfica. Documento de trabajo 1.1. Fundación Foessa. 2014.
7. Romero M. El niño ante el divorcio de sus padres. Famiped. 2015; 8.
8. American Academy of Pediatrics. Ed. Crianza y Salud. 2011; 6.
9. Gardner RA. Las preguntas de los niños sobre el divorcio. Editorial Mad Sl. 2005.
10. Mauldon J. The Effect of Marital Disruption on children's health. Demography. 1990; 27: 431-46.
11. Muñoz-Kiehne M. El divorcio según las etapas del desarrollo de los niños. Ed. Nuestros niños. 2017.
12. Weitzman M, Adair R. Divorcio e hijos: Niños en riesgo, problemas sociales y médicos. Ed. MacGraw-Hill México. 1998; 1451-64.
13. Castells P. Síndrome de Confusión Filial. En Psicología de la familia. Ed. CEAC. 2008.
14. Castell P. Síndrome de indefensión parental. Psychologies. 2008; 42: 62-3.
15. Helping children and families deal with divorce and separation. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2002; 54: 242.
16. Barudy J, Dantagnan M. Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Barcelona. Ed. Gedisa. 2010.
17. Rojas Marcos L. La pareja rota. Ed. Espasa Calpe. 2007.
18. Martínez C. La mirada social del pediatra. An Pediatr (Barn). 2010; 73: 229-32.
19. Castells P. Separarse pensando en los hijos. Ed. Plataforma. 2014.
20. Jaramillo A. El divorcio de los padres y su impacto en los hijos. Crianza y Salud 30. 2017.
21. Martínez Rubio A. Padres e hijos tras el divorcio. Algunas orientaciones.
22. Pedreira JL. El peritaje de los niños/as en casos de divorcios y separaciones parentales. En: Psiquiatría Legal y Forense. Ed. Colex. 1994; I: 403-40.
23. Villegas Peña ME. Los hijos de padres separados y divorciados. Crianza y Salud 23. 2015.
24. Arce R, Fariña F. Un programa de intervención con menores en riesgo por desestructuración familiar. 2007.
25. Are R, Seijo D, Novo M, Fariña F. El maltrato a menores en situaciones de separación y divorcio: una propuesta de intervención. 2002.
26. Castells Cuixart P. El hijo de padres separados. Pediatr Integral. 2013; XVII(10): 671-7.

Bibliografía recomendada

- Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents and overview of assessment tools and treatment principles. Nordic Journal of Psychiatry. 2005. 59 (4), 278-92
- Diseth y col., realizaron una excelente revisión de los trastornos disociativos en la infancia y adolescencia, observando que apenas existían casos describiendo la sintomatología y abordajes psicoterapéuticos.

Caso clínico

Lucía, una niña de 7 años, hija menor de una pareja de hermanas (le anticipaba Sofía de 10 años), es traída a consulta por presentar un hipo extraño que no cesa desde hace tres días. La madre lleva separada del padre desde hace seis años.

La ruptura matrimonial fue muy conflictiva, además de un maltrato verbal y emocional por parte del padre, la madre se percató de que su hija mayor estaba siendo abusada sexualmente por su padre y lo había denunciado.

Según relata la madre, el padre era una persona pendericera y violenta, que no tenía ningún autocontrol y explotaba a la más mínima contrariedad que se le presentase o creyera que se le presentaba. Era sumamente controlador y humillaba constantemente la labor como madre de su esposa en cualquier actividad, hacía mal los purés a sus hijas, no sabía poner la lavadora o no administraba adecuadamente las medicinas a sus hijas cuando estaban enfermas.

En el momento de denunciar los presuntos abusos sexuales, los especialistas forenses de los juzgados realizaron dos exploraciones en semanas diferentes a la niña, quedando evidenciado los indicios claros de abuso sexual infantil por parte del padre hacia su hija Sofía, por lo que el padre inmediatamente tuvo que abandonar la casa y mantener una orden de alejamiento hacia sus dos hijas hasta que finalizara el proceso.

El primer año de separación, reinó la calma en el hogar. Pero, a partir del segundo año, comenzaron problemas al conceder al padre visitas en un Punto de Encuentro al cual las niñas iban a regañadientes. Los problemas fueron aumentando cuando los abuelos y tías paternos formaron parte del conflicto y demandaron unas visitas hacia sus nietas y sobrinas que fueron concedidas supervisadas por un familiar materno.

Como corolario, el padre fue absuelto de los presuntos abusos sexuales por un defecto de forma en la grabación de la exploración de la niña en los propios juzgados. Eso supuso el continuo acoso judicial a la madre por parte del padre y familiares cercanos. Hasta tal punto, que un juez

dictaminó que, si las niñas no querían ver a su padre, sería sin duda alguna por influencias que la madre ejercía sobre sus hijas, por lo que otorgó la custodia a los abuelos paternos, alejando a las niñas de su madre, sin poder tener ningún tipo de comunicación.

Durante el interrogatorio en solitario con Lucía, antes de irse con sus abuelos, expone el miedo que tiene por irse con su padre y, lo más preocupante, el tener que separarse de su madre, su figura de apego desde su nacimiento.

El problema de Lucía fue *in crescendo*, comenzó a tener espasmos, a tener parálisis de extremidades inferiores, luego superiores, hasta de labios y ojos.

La actuación consistirá en remitir a la niña a Salud Mental a la vez que a Neurología, para descartar posibles lesiones neurológicas y, una vez resuelto o al mismo tiempo, comenzar una terapia para aminorar la ansiedad y estrés que ha tenido durante el último año y ayudarle a superar la ansiedad y sufrimiento que, en un futuro próximo, vendrá por los cambios que debe asumir.

Diseth y cols., realizaron una excelente revisión de los trastornos disociativos en la infancia y adolescencia, observando que apenas existían casos describiendo la sintomatología y abordajes psicoterapéuticos. Además, era más frecuente que se publicasen casos de disociación somatomorfa y, menos frecuente, que hubiese relatos detallados sobre experiencias de disociación psicomorfa, que solía presentarse en forma de amnesia (como la historizada), confusión o trastornos de la identidad. Pretendió no solo describir la clínica de manera detallada, sino también informar sobre el encuadre psicoterapéutico con el que se trabajó y que, en este caso, parece que evoluciona bien, pero lentamente. Se hará hincapié, en cómo el refuerzo del vínculo con la figura principal de apego, así como la validación emocional y expresión del contenido traumático subyacente, permitirá la desaparición de la clínica disociativa.

Diagnóstico neurológico: Sin hallazgos.

Diagnóstico psiquiátrico: trastorno conversivo. Trastorno disociativo. Trastorno de ansiedad por adaptación.



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.

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".

El hijo de padres separados o divorciados

1. Los HIJOS que provienen de padres separados:
 - a. Sufren de mala memoria, conducta y dificultad para aprender.
 - b. Sufren de salud, conducta y problemas emocionales.
 - c. Sufren de dificultad para aprender, problemas mentales y conductuales.
 - d. Sufren de discapacidad motriz, dificultad para el habla y la empatía.
 - e. Sufren de salud, conducta y problemas motrices.
2. Aunque parezca difícil, durante el divorcio, a pesar de que la relación entre los padres se encuentre muy deteriorada, es DETERMINANTE que:
 - a. Los hijos entren en terapia.
 - b. Evitar hablar del suceso a toda costa.
 - c. Hablar con los niños para que lo asuman y acepten de forma más natural.
 - d. Castigar las regresiones y conductas negativas del menor.
 - e. Estar juntos todo el tiempo posible y no darle tiempo al menor para pensar en el tema.
3. Uno de los SENTIMIENTOS más comunes en todos los niños que se enfrentan a la separación y/o divorcio de sus padres es:
 - a. Sentirse aliviados de no estar en un ambiente hostil.

- b. Sentirse rechazados por los padres o desplazados por otro hermano.
 - c. Sentirse culpables por la separación o divorcio de los padres.
 - d. Sentirse aceptados en ambas familias nuevas.
 - e. Sentirse responsables de la familia, adoptando conductas de alguno de los padres.
4. Algunos padres sustituyen el tiempo que los niños necesitan por regalos y esto es una CONDUCTA:
 - a. Encomiable por todos los pediatras y terapeutas.
 - b. No recomendable, ya que repercute directamente en la conducta del niño.
 - c. Indistinta, dependiendo del carácter del menor.
 - d. Negativa para el menor, porque no aprende valores.
 - e. Positiva para el menor, porque así consigue lo que desea.
 5. El menor puede ser expuesto al MALTRATO emocional por acción durante la separación y/o divorcio, el cual consiste en:
 - a. Ignorar, castigar, prohibir tecnologías de información y reuniones.
 - b. Rechazar, ignorar, abuso pedagógico, desatención de las necesidades afectivas del niño.
 - c. Rechazar, ignorar, privación afectiva, desamparo del menor.
 - d. Rechazar, ignorar, atemorizar, privación efectiva y violencia física.

- e. Rechazar, ignorar, atemorizar, aislar, corromper y promover conductas antisociales.

Caso clínico

6. El siguiente cuadro clínico, sin tener en cuenta el antecedente psicológico y familiar: "el problema de Lucía fue *in crescendo*, comenzó a tener espasmos, a tener parálisis de extremidades inferiores, luego superiores, hasta de labios y ojos", ¿cuál sería el diagnóstico diferencial a DESCARTAR en este caso, al examinar a la menor y las pruebas de laboratorio a considerar?
 - a. Tetania producida ya sea por déficit de calcio, se debe pedir una determinación sérica de sodio (Na), fosfato (PO₄), calcio (Ca) y potasio (K).
 - b. Hiperparatiroidismo, con determinación sérica de parathormona.
 - c. Síndrome de mala absorción y raquitismo, con determinación sérica de vitamina D.
 - d. Fiebre de origen desconocido, con determinación sérica de proteína C reactiva.
 - e. Botulismo por consumo de alimentos contaminados.
7. De acuerdo a lo siguiente: "la ruptura matrimonial fue muy conflictiva, además de un maltrato verbal y emocional por parte del padre, la madre se percató de que su hija mayor estaba siendo abusada sexualmente por su padre y lo había denunciado". Y conforme a la DEFINICIÓN institucional del mal-

trato: cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la Infancia. “Cualquier persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio más in-

mediato que precise”. Diga usted donde aparece dicha definición:

- a. L.O. 1/1896 de 5 de enero de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.96).
- b. L.O. 1/2006 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.2006).
- c. L.O. 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.96).
- d. L.O. 1/2016 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.2016).
- e. L.O. 1/2006 de 10 de enero de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.2006).

8. De acuerdo a lo siguiente: “la actuación consistirá en remitir a la niña a Salud Mental a la vez que a Neurología, para descartar posibles lesiones neurológicas y, una vez resuelto o al mismo tiempo, comenzar una terapia para aminorar la ansiedad y estrés”, ¿qué signo neurológico se buscará descartar y/o posibles lesiones neurológicas?

- a. Signo de Chvostek.
- b. Signo de Babinski.
- c. Signo de Weisser.
- d. Signo de Babel.
- e. Signo de Giordano.

Adopción y acogimiento familiar



J. Lirio Casero

Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Resumen

En España, existen más de 40.000 menores en situación de desprotección. El acogimiento familiar es uno de los recursos de protección posibles para que los niños que se encuentran en situación de riesgo o de maltrato puedan ser retirados de sus familias. Cuando la situación es tan grave como para impedir que los padres biológicos se hagan cargo de los menores indefinidamente, pueden acabar siendo adoptados por una nueva familia. Tanto la adopción como el acogimiento ofrecen a estos niños la oportunidad de crecer en un entorno seguro, responsable y emocionalmente adecuado a las necesidades del niño, pero implican algunos problemas éticos relacionados con la definición del interés superior del menor.

Abstract

In Spain there are more than 40,000 children in vulnerable situations. Foster care is one of the mechanisms to protect these children who are at risk or are abused from leaving their families. When the situation is so serious that prevents biological parents from taking care of children indefinitely, they can be adopted by a new family. Both adoption and foster care offer these children the opportunity to grow in a safe, responsible and emotionally available environment to the child's needs, but it implies that some ethical problems may arise related with the best interest of the child.

Palabras clave: Familia; Adopción; Adopción internacional; Acogimiento.

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

Pediatr Integral 2018; XXII (4): 173–177

Introducción

La familia es el grupo fundamental de la sociedad y constituye el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, tal y como viene recogido en la Convención de los Derechos del Niño (CDN) que, además, reconoce que: “el niño debe crecer en el seno de la familia, al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad... salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre.”⁽¹⁾

Vemos cómo la familia juega un papel trascendental en la construcción de la identidad de todos los niños. A través de las interacciones con sus padres, los niños van madurando y aprenden gradualmente a comunicarse por medio del lenguaje, a socializar, a compartir

e incorporar valores morales. Por eso, las primeras etapas del desarrollo son básicas e influyen para siempre en su relación con los demás.

Es innegable el derecho del niño a vivir con su familia, pero en determinadas circunstancias, y siempre atendiendo al “interés prioritario del menor”, es necesario buscar una nueva familia, formalizando una medida de protección de carácter temporal (acogimiento) o definitiva (adopción).

El interés superior del menor

Resulta complejo enmarcar todas aquellas condiciones que deben darse para interrumpir el derecho del niño a vivir en el seno de su propia familia, garantizando así, la protección de sus intereses.

El primer requisito, desde la perspectiva del derecho español, es *que no*

haya cumplido los 18 años o, en el caso de extranjeros, que no hayan alcanzado la mayoría de edad según las leyes de su país.

Sin embargo, el interés del menor varía dependiendo de dónde se encuentre geográficamente o, incluso, dónde sea trasladado. Esto es así, porque la legislación en materia de protección de menores varía de unos Estados a otros, e influyen factores económicos, sociales, culturales, religiosos, etc.

No solo el espacio es importante, también lo es el tiempo: es innegable que el grado de protección que se brinda a los menores en la actualidad, es mayor que hace unos años, porque “representan un bien escaso”.

Ha cambiado la sociedad, pero también ha cambiado la estructura familiar, pasando de una estructura piramidal en cuya cúspide se situaba el “*pater familias*” a una composición radicalmente

distinta, en la que todos sus miembros se encuentran en situación de igualdad de derechos y en la que los niños representan la parte más débil y vulnerable.

El ideal de **familia nuclear cerrada** (integrada por los padres y sus hijos) se ha desmoronado, aunque esto no significa necesariamente una pérdida del rol de la familia y de sus vínculos. Las construcciones urbanas pequeñas impiden tener espacio para la familia trigeracional (o **familia extendida**); mientras que, los abuelos tienen que vivir solos o en residencias para la tercera edad. Las mayores distancias intraurbanas obligan a gastar más tiempo en traslados y dificultan la interacción familiar durante la semana por la limitación de los horarios.

En suma, estamos asistiendo a profundas transformaciones sociales y culturales que acaban afectando a las relaciones familiares. En la actualidad, la familia puede llegar a ser una estructura muy diversa de uniones sucesivas con matrimonios recompuestos, que arrastran hijos de matrimonios anteriores (**familia reconstituida**), individuos que deciden vivir con sus hijos tras una separación o divorcio o que deciden ser padres/madres acudiendo a la adopción o las nuevas técnicas de reproducción asistida sin necesidad de una pareja estable (**familias monoparentales**), **familias disfuncionales** en las que los hijos son sometidos a situaciones de abusos o malos tratos, **familias con conflictos** donde los hijos acaban participando de las dificultades relacionales de los padres, o **familias multiculturales** fruto de la unión de personas con diferentes etnias, culturas o religiones⁽²⁾. El listado de tipologías de familias puede acabar siendo inmenso.

Independientemente de la fórmula familiar, los poderes públicos deben proteger a los menores, especialmente si se detecta que su propia familia no puede atender adecuadamente sus necesidades morales y materiales, y esta protección se puede materializar en la privación o suspensión a los padres de la patria potestad, en atribuir la guarda y custodia de los niños a uno de los padres o familiares directos o, incluso, en la búsqueda de una familia alternativa, bien sea de forma temporal o definitiva y, en este último supuesto, en su Estado de origen o en otros países.

Conceptos previos

Desamparo

Los hijos no emancipados están bajo la responsabilidad de su padre y de su madre, que deben decidir por ellos y ejercer, por tanto, la **patria potestad** siempre en beneficio de sus hijos. Cuando los progenitores no ejercen correctamente su función de protección, dan lugar a situaciones en las que el menor se encuentra desamparado.

El Código Civil define el desamparo como aquella situación: “que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos quedan privados de la necesaria asistencia moral o material o se advierta peligro físico o psíquico para el menor”.

Además, la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor establece la obligación de toda persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, de prestarle auxilio inmediato y de comunicar el hecho a la autoridad o sus agentes más próximos. Con carácter específico, se prevé, asimismo, el deber de los ciudadanos de comunicar a las autoridades públicas competentes la ausencia del menor, de forma habitual o sin justificación, del centro escolar⁽³⁾. También, se efectúa una distinción en las diversas situaciones que puede encontrarse el menor:

- Desprotección social.
- Situación de riesgo.
- Situación de desamparo.

La legislación española que ha desarrollado el deber de protección al menor reconocido en la Carta Magna, se ha inspirado también en la Convención de los Derechos del Niño y la Niña de las Naciones Unidas de 1989 y en la Carta Europea de los Derechos del Niño.

Riesgo social

Algunas leyes estatales y autonómicas, como la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid señalan que la administración asumirá la tutela de menores en situación de desamparo, y de aquellos que se encuentren en situación de riesgo social⁽⁴⁾ ejerciendo,

pues, una medida preventiva, que permite emprender actuaciones para evitar que estos niños acaben en una situación cierta de desamparo.

Tutela

Es aquella figura del Derecho de familia cuya finalidad es la de proteger a la persona, el patrimonio, o ambas cosas, respecto de un menor de edad o incapacitado judicialmente. Es, por tanto, una medida de protección que declara la situación de desamparo de un menor *suspendiendo la patria potestad* de sus padres para otorgar ese derecho a otra persona o entidad pública (tutor), *previo dictamen judicial*. Es similar a la patria potestad en cuanto que ambas instituciones tienen como finalidad prioritaria la de protección de las personas, pero difiere de aquella en cuanto que las tutelas se hallan sujetas a un control y supervisión de la autoridad judicial u órgano administrativo competente.

Guarda

Es difícil encontrar en el Código Civil un concepto inequívoco de guarda. Para unos sería simplemente el cuidado de los hijos, para otros sería la convivencia física habitual con el deber de velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral. La guarda no implica representación legal ni administración de sus bienes. Existen tres clases de guarda extra-familiar:

1. **Guarda de hecho:** se da cuando por ausencia o consentimiento de los titulares de la Patria Potestad y, fuera de los cauces legales, una persona se hace cargo del menor y convive con él.
2. **Guarda administrativa:** cuando los padres o tutores, por circunstancias graves, no pueden cuidar del menor y solicitan a la administración competente que esta asuma la guarda durante el tiempo necesario y por un período inferior a dos años (que excepcionalmente pueden ser prorrogables).
3. **Guarda judicial:** cuando aparecen problemas de convivencia graves entre el menor y la persona o personas a quienes se ha otorgado previamente la guarda.

Formas de realizar la protección del menor

Las medidas de protección del menor pueden ser temporales (acogimiento) o definitivas (adopción), bien sea de forma voluntaria, a solicitud de la familia para que la administración competente se haga cargo del menor durante un período de tiempo, cediendo la guarda, pero sin renunciar a la Patria Potestad; bien sea porque se haya declarado al menor en desamparo, con lo que los padres conservan la Patria Potestad, mientras que la administración ejerce la tutela; o bien tras la retirada de la Patria Potestad por una decisión judicial.

Acogimiento familiar

El acogimiento produce la plena participación del menor en la vida de la familia de acogida. Se diferencia de la adopción en que no atribuye a los sujetos acogedores la patria potestad y, además, no tiene vocación de permanencia. Esto significa que el acogimiento durará hasta que el menor pueda reintegrarse en su familia de origen o reinsertarse en la sociedad, una vez alcanzada la mayoría de edad; o bien hasta que vaya a ser adoptado. En el caso de la Comunidad de Madrid, el acogimiento se formaliza por escrito por la Comisión de Tutela del Menor y con el consentimiento del menor para el caso que tuviera 12 años cumplidos y, en algunos casos, los acogedores pueden recibir una compensación económica y apoyos psicosociales. La situación puede ser diferente en otras Comunidades Autónomas.

Dentro de los acogimientos temporales estarían incluidos aquellos programas especiales para acoger durante fines de semana o temporadas de vacaciones a niños que residen en centros de protección o, por ejemplo, para niños con familias en Sahara o Chernobyl.

Atendiendo a su finalidad existen 4 modalidades de acogimiento familiar:

1. **Acogimiento familiar simple**, en el que se busca una familia alternativa, de forma temporal, hasta que desaparezcan los problemas que impidieron la convivencia con sus padres.
2. **Acogimiento permanente**, cuando no es previsible el retorno inmediato a su familia, resulta difícil anticipar cuándo se va a producir, ante circunstancias especiales o pasados 2 años de acogimiento temporal.

3. **Acogimiento preadoptivo**, que hasta ahora era en realidad la primera fase de la adopción.
4. **Acogimiento familiar especial**, para niños con necesidades especiales debido a sus discapacidades, enfermedades o dificultades de adaptación.

Atendiendo al sujeto que realiza el acogimiento, se distinguen 2 modalidades:

1. **Acogimiento en familia extensa**, cuando exista algún miembro de la familia que quiere hacerse cargo del menor.
2. **Acogimiento en familia alternativa** o no biológica, en el que se buscan personas o parejas que se ofrezcan para el acogimiento. Generalmente, la autoridad competente realiza un estudio de las circunstancias socio-familiares de estas familias para asegurar su idoneidad en la cobertura de las necesidades del menor y el ejercicio de sus obligaciones legales.

Adopción (Tabla I)

La adopción es un recurso excepcional y permanente para niños que no pueden ser cuidados por su familia y solo puede darse si los padres biológicos o tutores han sido privados de la patria potestad o tutela, respectivamente, o si consienten en la adopción.

No es, por tanto, únicamente una solución para niños pobres o para los que tienen familias en dificultades. Desde el punto de vista administrativo, representa el acto jurídico por el que se

establece una nueva relación paterno-filial entre el adoptante y el adoptado en toda su extensión; es decir, el adoptado rompe toda vinculación jurídica con los miembros de su familia anterior y se convierte en miembro de pleno derecho de la nueva.

Se diferencia del acogimiento en que existe una resolución judicial, mientras que en el acogimiento se establece por un órgano administrativo, como una Comisión de Tutela o por un juez, solo cuando los padres o tutores del menor se opongan. Además, en la adopción, los adoptantes se convierten en padres y el adoptado en hijo. Es irrevocable, en la adopción se rompen los vínculos jurídicos con la anterior familia, mientras que en el acogimiento se mantienen los vínculos e, incluso, el menor visita a la familia biológica, si es posible.

Normalmente, suele distinguirse entre **adopción nacional e internacional** en función de que el menor adoptable resida o no de forma habitual en el mismo país. La adopción nacional en España es muy limitada; ya que, afortunadamente, apenas hay unas pocas centenas de niños pequeños y sanos en esta situación. En cambio, hay más niños de mayor edad o con alguna enfermedad, discapacidad o situación especial (como grupos de hermanos) en espera de una familia, lo que se conoce como **adopciones especiales**. En España, antes de consumar la adopción de niños nacionales, las familias debían pasar por un período previo de acogimiento preadoptivo.

En la adopción internacional, intervienen dos Estados, el de origen y el de recepción, por lo que su regulación

Tabla I. Adopciones por continentes y países de origen de los niños. Período 1997-2002 y 2016 (números absolutos)

Continente	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2016
Latinoamérica	631	960	895	905	721	593	69
Asia	214	295	443	686	1107	1.586	286
Este Europa	97	216	645	1439	1569	1.395	168
África	0	16	23	32	31	51	44
Total	942	1.487	2.006	3.062	3.428	3.625	567

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia.

está recogida en el Tratado Internacional de la Haya para intentar asegurar que se realizan en interés superior del menor, de acuerdo con los derechos fundamentales reconocidos internacionalmente, y cumpliendo las condiciones del convenio⁽⁵⁾. España firmó este convenio en noviembre de 1995 y entró con tal intensidad en la adopción internacional, que llegó a convertirse en el segundo país de destino, solo por detrás de EE.UU. Los principales países de origen fueron China y las naciones del Este de Europa (especialmente la Federación Rusa), aunque diferentes cambios en las legislaciones locales, con mayores restricciones para la salida de menores (p. ej., para luchar contra la trata de menores en Vietnam), la promoción de adopciones nacionales en países como China, reformas de orden político (como la imposición por parte de Rusia de un convenio bilateral que vetaba las adopciones homosexuales), el mayor conocimiento de los problemas médicos de estos niños (como el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal) y el retraso en los tiempos de espera, han ocasionado un importante descenso en el número de niños adoptados, como puede verse en la tabla I.

Es muy importante trabajar con estas familias demandantes que, en muchas ocasiones, llegan a la adopción como último recurso tras varios intentos de fecundación asistida, primando la rapidez en el proceso para adoptar un niño pequeño, por encima de otros aspectos culturales o raciales⁽⁶⁾. También, hay que trabajar la “fantasía” de hijo que tienen para confrontarla con la realidad de los niños que pueden ser adoptados.

Para poder adoptar en nuestro país, es necesario tener capacidad legal, uno de los cónyuges deberá tener una edad mínima de 25 años y, en todo caso, se exige que el adoptante tenga, al menos, 14 años más que el adoptado. Además debe recibir de la Administración un *Certificado de Idoneidad* y, por último, debe ser elegido como el más adecuado para cubrir las necesidades del menor, de entre todos los aspirantes.

Solo se pueden adoptar niños que hayan sido previamente declarados en abandono y considerados adoptables, de tal modo que la adopción pueda ser considerada la mejor opción para ellos⁽⁷⁾.

A la hora de elegir país de origen, conviene buscar aquellos que hayan ratificado el Convenio de la Haya, ya que el procedimiento es más claro y ofrece más garantías de transparencia y respeto a los derechos de los niños. El gobierno español delega a las Comunidades Autónomas las competencias en adopción internacional, bien sea para realizarlas por sí, o bien a través de las ECAIS, asociaciones o fundaciones sin ánimo de lucro, legalmente constituidas e inscritas, que intervienen como mediadoras en el proceso.

La intervención de estas agencias que nacen en nuestro país bajo un marco legislativo, nacional e internacional bastante bien definido, resulta fundamental. En efecto, con anterioridad a la regulación establecida por el Convenio de la Haya (1993), los aspirantes tenían que enfrentarse solitariamente a una serie de dificultades relacionadas con la búsqueda de un niño (quizás distinto al deseado y con total desconocimiento de su historia), contactar con distintas personas (normalmente interesadas en explotar económicamente a la familia biológica y a la demandante), sufrían ansiedad, extorsiones y diferentes trabas burocráticas, tanto en España como en el país de origen. La intervención de las ECAIS ha permitido que el trabajo se realice sin ánimo de lucro, posibilitando a las autoridades administrativas el control del proceso, las autoridades del país de origen siguen informadas sobre la evolución del niño, los que intervienen actúan de buena fe y se proporciona una imagen positiva de la adopción⁽⁸⁾.

Los consulados de los dos países intervinientes también juegan un importante papel. El Consulado español, como representante de España en el país de origen, realiza diferentes gestiones, como: legalizar algunos documentos, solicitar la inscripción del nacimiento o registrar la adopción en el Registro Civil, además de apoyar y asesorar a los ciudadanos españoles desplazados en el extranjero. De otro lado, el Consulado del país de origen en España, actúa legalizando determinados documentos o recibiendo los informes de salud del adoptado para el caso de los países que realizan seguimiento post-adoptivo.

Acogimiento residencial

Se entiende genéricamente como Residencia de Atención a la Infancia y Adolescencia: la institución destinada a acoger, atender y educar a los menores de edad por decisión de la entidad pública competente en materia de protección de menores o por decisión judicial, de modo temporal, en tanto se les consigue una familia. El director del centro ejerce las funciones de guardador en estos casos.

La tipología de los centros puede ser variable en función de la Comunidad Autónoma, pero los más habituales son:

- Residencias de primera acogida: acogen a niños y adolescentes que ingresan por *procedimiento de urgencia* hasta que se realiza una valoración y se propone una medida a medio/largo plazo.
- Residencias de primera infancia/ infantiles y juveniles: acogen a niños de pequeña edad, de mediana edad y adolescentes, respectivamente, de forma temporal hasta que se les proporciona una alternativa. La segmentación por edades puede variar en función de los recursos de la Comunidad Autónoma. Las Residencias y Pisos Juveniles acogen a adolescentes hasta que adquieren su autonomía e incorporación social.
- Residencias especializadas: para menores con discapacidad y trastornos de salud mental o de conducta, requieren unos profesionales especializados y se intenta que sean soluciones temporales como en los anteriores casos.
- Residencias para el cumplimiento de medidas judiciales, que acogen en régimen abierto, semiabierto o cerrado a menores con medidas judiciales de internamiento⁽⁹⁾.

Bibliografía

1. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989 (ratificación en BOE de 31 de diciembre).
2. Martínez Borda R. El niño y su familia desde una perspectiva psicosocial. En: Barranco MC, Garrido MI, Guilló J, ed. El derecho del niño a vivir en su propia familia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L. 2007. p. 45-57.
3. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modifi-

- cación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE nº 15, de 17 de enero).
4. Ley 6/1995 de Garantías de los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.
 5. Convenio de La Haya número XXXIII, relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, de 29 de mayo de 1993 (ratificado en BOE el 1 de agosto de 1995).
 6. Montané MJ. La evolución de la adopción internacional en España. Anuario de Psicología. 1996; 71: 23-35.
 7. Berastegui A, Gómez Bengoechea B, Adroher S. Adopción internacional en la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 2006.

8. Hendricks Z. El papel de las agencias de adopción en su ámbito propio. Infancia y Sociedad. 1995; 33: 214-8.
9. Blazquez J. Sistema de protección del menor en la Comunidad de Madrid. En: Barranco MC, Garrido MI, Guilló J, ed. El derecho del niño a vivir en su propia familia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L. 2007. p. 23-32.

Bibliografía recomendada

- Alberola S, Berastegui A, Aranzábal M, Cortés 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 muy completa, promovida por la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA), dirigida al profesional sanitario de Atención Primaria y las familias. Realizada por un panel de profesionales españoles con experiencia en adopción internacional. Ofrece una revisión muy completa de todos los aspectos biopsicosociales de la adopción internacional hasta el año 2008 (fecha de la última revisión).

- Martínez González C. Adopción y acogimiento familiar. *Pediatr Integral*. 2013; XVI(10): 678-85.

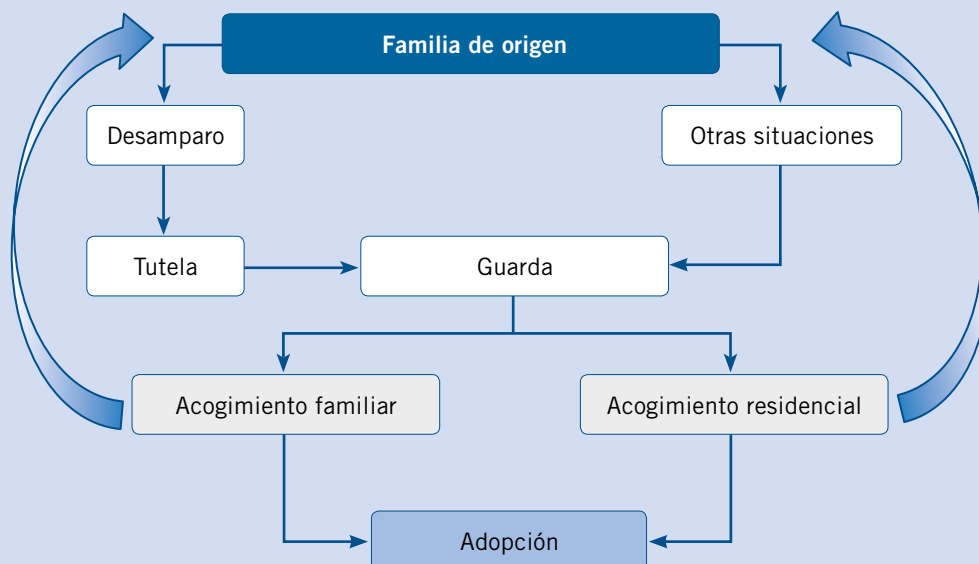
Interesante revisión que aborda las alternativas posibles cuando un menor debe ser protegido y su seguimiento desde la perspectiva sanitaria, sin olvidar la atención a los problemas éticos derivados de dichas medidas.

Caso clínico

Lactante de sexo femenino de 15 días de vida, que acude a la revisión rutinaria con Ud. en el Centro de Salud, se trata de una niña sana fruto de un embarazo y parto de curso normales, período neonatal normal.

La madre, de nacionalidad rumana y de 18 años de edad, manifiesta que no entiende a su niña y que la asusta estar a solas con ella. Se procede a historiar a la madre y entre los antecedentes familiares destaca el hecho de que el padre reside en su país, mientras que ella llegó a España hace 7 meses, no tiene trabajo y vive con su hermano quien les ha ofrecido una habitación. Ambos fueron abandonados por su madre a una edad muy temprana, cuando solo eran unos niños.

Algoritmo. Formas de realizar la protección del menor





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.

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".

Adopción y acogimiento familiar

9. La adopción internacional es uno de los mecanismos de protección a la infancia en el que, señale la expresión FALSA:

- Existe un convenio bilateral entre el país de origen y el de destino.
- Se intenta buscar una familia que sustituya a la biológica como alternativa al acogimiento residencial.
- La legislación española permite la adopción internacional de familias homosexuales.
- Solo se puede adoptar en países que hayan suscrito el Convenio de la Haya.
- Es suficiente con que uno de los miembros de la familia que desea adoptar tenga una edad mínima de 25 años para ser candidato, según nuestra legislación.

10. En relación con la GUARDA de un menor:

- Se trata de un derecho de los hijos al que deben atender sus padres.
- En el caso de menores que viven en un centro de acogida, la guarda la ejerce el director del centro.
- La guarda no puede ser ejercida por nadie ajeno a la familia

nuclear, a un tutor legal o al responsable de una administración.

- Las respuestas a y b son ciertas.
- Todas las respuestas son correctas.

11. En relación con la guarda, tutela y patria potestad (PP):

- En el caso de acogimiento por familia extensa, la guarda corresponde a la familia, mientras que la PP es de los padres.
- En el acogimiento permanente, la familia de acogida ostenta tanto la guarda como la PP.
- Una familia que acoga de urgencia a un menor no tiene derecho a la guarda del mismo.
- Las administraciones autonómicas no pueden ofrecer la tutela, ya que corresponde solo a los jueces.
- Ninguna de las anteriores afirmaciones es correcta.

12. Algunas de las CIRCUNSTANCIAS que pueden terminar en el desamparo de un menor son:

- Abandonar en la vía pública a un recién nacido.
- Permitir o alentar la mendicidad de un menor.
- Colgar en mi cuenta de Instagram imágenes de mi hijo en el momento del nacimiento.
- Las dos primeras son ciertas.
- a, b y c son ciertas.

Caso clínico

13. Su ACTITUD como pediatra sería:

- Avisar a los Servicios Sociales.
- Explorar a la pequeña.
- Ampliar la historia clínica.
- Recitarles en unos días.
- Todas las anteriores.

14. Se programa una nueva visita para una semana más tarde a la que no acuden, ¿qué MEDIDAS tomaría en esa situación?

- Llamar a la policía.
- Informar a la Fiscalía de Menores.
- Coordinarme con los Trabajadores Sociales de mi centro.
- Todas las anteriores.
- Hacer un informe al juzgado de guardia.

15. Contactado Trabajo Social, me indican que la madre estaba citada la misma tarde con ellos y acudió con normalidad junto con la niña. Comentan que han observado en la madre una ambigüedad en su comportamiento, por una parte le gusta estar con la pequeña y darle el pecho pero, al mismo tiempo, se asusta cuando llora, se pone muy nerviosa y grita a la niña en un intento de calmarla. Su RECOMENDACIÓN sería:

- Solicitar una medida provisional de guarda.

- b. Mantener las visitas periódicas en mi consulta y la coordinación con Trabajo Social.
- c. Incluir a la madre en un grupo para mejorar sus habilidades en el cuidado de bebés.
- d. Buscar un familiar que pueda responsabilizarse de las dos.
- e. Las respuestas b y c son correctas.

16. Tras un período de seguimiento en la consulta, observo que existe un estancamiento ponderal de la niña y unos cuidados higiénicos mínimos, la madre acude repetidamente a urgencias por problemas banales de salud y, al mismo tiempo, la Trabajadora Social me comenta que la situación ha empeorado, se le ha ofrecido un puesto de trabajo que la madre ha rechazado y existen continuas discusiones con su hermano, que incluso ha

amenazado con expulsarlas de su casa. Teniendo en cuenta que no hay otros familiares en España, su RECOMENDACIÓN sería:

- a. Ofrecer a la niña en adopción.
- b. Solicitar la retirada de la Patria Potestad.
- c. Proponer a la madre una medida de guarda voluntaria.
- d. Proponer un acogimiento familiar de urgencia.
- e. Ninguna de las anteriores.

El impacto de las pantallas: televisión, ordenador y videojuegos

H. Paniagua Repetto

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



Resumen

El impacto que las pantallas podrían provocar en la infancia y la adolescencia preocupa desde la aparición del cine y continúa hasta la actualidad, momento en que la televisión y las nuevas tecnologías acompañan la vida de los menores. El uso que ellos hacen de las pantallas aporta indudables beneficios, como favorecer el contacto con el mundo exterior, la comunicación interpersonal y ser un elemento innovador de ocio y entretenimiento, entre otros. Sin embargo, su utilización va acompañada de riesgos y daños que deben ser valorados por el personal sanitario, destacan: el desarrollar hábitos de vida no saludables, la recepción de información inexacta, el acceso a contenidos inadecuados o perjudiciales, la violación de la intimidad y el acoso cibernético.

El pediatra de Atención Primaria puede jugar un papel decisivo a la hora de potenciar un uso racional de las pantallas entre los menores, ya desde los primeros años de la vida, y detectar riesgos y posibles daños provocados por una indebida utilización. Puede hacerlo desde su contacto con los niños, adolescentes y sus familias en la consulta y, además, como motivador de la sociedad, promocionando un buen uso de la tecnología que contribuya a un adecuado desarrollo psicofísico y social de los menores.

Palabras clave: Niños; Adolescentes; Pantallas; Impacto.

Key words: Childhood; Adolescence; Media use; Impact.

Abstract

The potential impact of media use in children and adolescents has been a source of concern since the emergence of the cinema to the present day, when infants are growing up immersed in broadcast media and new technologies. Media use contributes undoubted benefits, such as promote contact with the outside world, interpersonal communication and provide new ways of leisure and entertainment. However, its use is also associated with some risks, including unhealthy lifestyle, exposure to inaccurate information, access to inadequate or harmful contents, compromise intimacy and cyberbullying. Health care providers must be aware of both benefits and risks.

Pediatricians of primary care may play a decisive role promoting a rational media use from the first years of life, and detecting risks and possible damages due to an inadequate use. They can help children, teenagers and their families during the visits. In addition, they must courage society to a safe media use in order to contribute to a normal psychophysical and social development of children and teenagers.

Pediatr Integral 2018; XXII (4): 178–186

Introducción

La aparición del cine provocó inquietud en la sociedad por el efecto que podría causar esta pantalla sobre la población infantil; alrededor de 1930, en Estados Unidos, la Fundación "Payne" realizó los primeros estudios al respecto, valorando la composición de la audiencia, los contenidos de las películas y sus efectos entre los

menores⁽¹⁾. Con la generalización del uso de la televisión a partir de 1960, nuevas preocupaciones surgieron sobre el uso que niños y adolescentes hacían de esta nueva manera de relacionarse con el mundo exterior, valorando las horas que pasaban frente a las pantallas, los efectos beneficiosos y perjudiciales que podía provocar y las nuevas posibilidades que podría ofrecer para la educa-

ción. Posteriormente, los videojuegos, la irrupción de Internet y la generalización de su uso mediante el ordenador y las pantallas móviles, provocaron similares inquietudes. Esto propició la realización de nuevos estudios sobre el impacto de las nuevas tecnologías entre los menores, analizando sus ventajas, su uso abusivo, sus riesgos y los daños que pudieran ocasionar.

Uso de las pantallas

Los menores hacen un uso generalizado de las diversas pantallas y la conexión por Internet, con dispositivos fijos y móviles, es parte de su vida diaria.

Los niños y adolescentes tienen a su alcance múltiples pantallas que les permiten estar en contacto con el mundo exterior a través de la televisión o con las nuevas tecnologías; de esta manera, reciben información, contactan por la red con amigos y familiares y disponen de otra manera de ocio y entretenimiento.

Televisión

El televisor está presente en prácticamente todos los hogares; a los seis años, el 20% de los niños disponen en su habitación de esta pantalla o de un DVD; entre los 9 y 17 años, uno de cada tres menores refieren la presencia del televisor en su cuarto^(2,3).

El estudio ANIBES encuentra un consumo mayor de dos horas de televisión en días de clase del 25,1% de los adolescentes, frente al 16,9% de los niños entre 9 y 12 años; los fines de semana el consumo mayor de dos horas lo refieren cerca del 60% de los menores⁽³⁾.

Según datos obtenidos por medición audiométrica, el consumo televisivo medio diario entre los 4 y 18 años es de 133 minutos, muy inferior al de la población general que llega a los 234 minutos. Los menores, en los días lectivos están frente al televisor 126 minutos/día y los fines de semana 150. Por edades, los niños de 4 a 7 años son los que más tiempo están ante esta pantalla, con 141 minutos al día, consumo que desciende durante la infancia e inicio de la adolescencia, para incrementarse hasta los 135 minutos diarios entre los 16 y 18 años⁽⁴⁾.

La Ley 7/2010 de 31 de marzo protege al menor de los contenidos de la programación televisiva en el horario de 6 a 22 h. Este 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. Las televisiones generalistas son firmantes de un Código de Autorregulación, constituyendo un Comité de Seguimiento, cuya función es emitir dictámenes sobre las reclamaciones. Este comité es controlado por una Comisión Mixta de Seguimiento, participada por las televisiones firmantes

del código y diversas organizaciones civiles; la Administración, a través de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia asume la secretaría de la comisión con voz, pero sin voto. En el año 2016, se presentaron 92 reclamaciones, de las cuales 11 se consideraron que vulneraban el horario de protección al menor⁽⁵⁾.

Las preferencias por la programación televisiva varían con la edad. Los más pequeños, entre tres y seis años, consumen fundamentalmente dibujos animados, incluidos los dirigidos a los adultos; en estas edades, el visionado de películas y programas infantiles es bajo, pero el tiempo que dedican a estos contenidos propios de su edad es similar al dedicado a programas para niños mayores, adolescentes o adultos⁽⁶⁾. Entre los 10 y 18 años, las mujeres prefieren en primer lugar las series, seguido de películas, *reality shows* y dibujos animados; los varones se decantan por las películas, series, deportes, dibujos animados y programas de humor y entretenimiento, todos ellos visionados con escaso control parental. La presencia ante esta pantalla es elevada a partir de las 22 h y nada despreciable después de las 24 h, con el consiguiente acceso a una programación dirigida a un público adulto⁽⁷⁾.

Las relaciones de los menores con la televisión se ve mediada, por una parte, por la que se establece con sus padres y, por otro, por la relación que estos tienen con la televisión; todo ello enmarcado en un modelo familiar que estructura las relaciones con esta pantalla. Diversas investigaciones han abordado la relación entre la familia y los estilos de consumo televisivo de sus hijos. En 1992, se describieron tres modelos de mediación paterna frente a la televisión: restringida, valorativa y desenfocada. En la primera, los padres determinan el tiempo y el tipo de programas que ven sus hijos; en la valorativa, los padres comparten tiempos de visión y aprovechan para ayudar a sus hijos en la comprensión de los mensajes que reciben; en la desenfocada, no existe ningún control, actuando los menores con total libertad frente a la pantalla⁽⁸⁾. En España, se han descrito cuatro modelos de mediación familiar⁽⁹⁾:

- Heterocontrol: las estrategias se limitan al establecimiento de normas sobre el uso y consumo de la

televisión de un modo restrictivo; es el más frecuente y son hogares con equipamiento tecnológico elevado.

- Autocontrol: no se interviene en la relación de los hijos con el televisor por considerar que están suficientemente formados y capacitados para un uso responsable; son familias con muy elevado equipamiento tecnológico.
- Control: implica un seguimiento relativo del consumo de sus hijos y ausencia de normas explícitas; de forma improvisada, se dan prohibiciones totales o parciales por uso indebido o inapropiado del medio. Son hogares tecnológicamente poco equipados.
- Descontrol: familias que no ejercen ningún tipo de mediación, con una actitud permisiva y con el televisor como único elemento socializador.

Ordenador e Internet

El ordenador se encuentra en la gran mayoría de los domicilios de niños y adolescentes, superando a los presentes en las viviendas españolas en general; de la misma manera ocurre con las conexiones a Internet⁽²⁾. El uso del ordenador en la infancia está muy extendido y aún más el uso de la red. Esta pantalla es utilizada por los menores desde edades muy tempranas incrementando sus conexiones a Internet a lo largo de la infancia, desde el 43,6%, entre los tres y seis años, hasta superar el 90% en la adolescencia, momento en que las conexiones a la red superan al visionado de la televisión (Fig. 1); la edad media de inicio de la utilización de Internet ha ido bajando en los últimos años, para situarse actualmente alrededor de los 7 años^(2,10).

La mayoría se conecta desde casa, en primer lugar, desde una habitación común y, en segundo término, desde una habitación privada, le siguen las conexiones desde el colegio y, a mayor distancia, las realizadas desde domicilios de amigos o familiares o sitios públicos. Los adolescentes son quienes se conectan con más frecuencia en sus casas desde sus propias habitaciones y los que usan, aún en forma muy limitada, Internet de forma itinerante. Los dispositivos utilizados por los menores entre los 9 y 16 años para conectarse son, en primer lugar, el teléfono inteli-

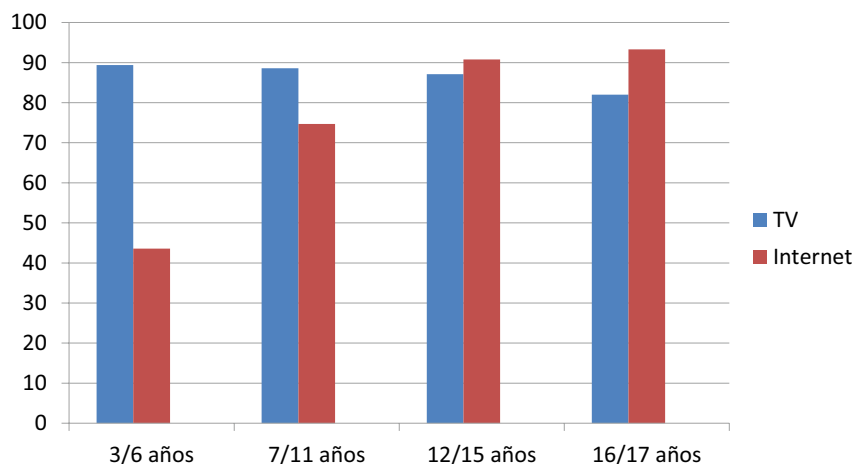


Figura 1. Consumo de televisión e Internet entre los 3 y 17 años (%). Fuente: Comisión Nacional de los Mercados y Competencia. Año 2015.

gente (59%) y, en segundo, el ordenador portátil (32%), con una progresión por edad que se refleja en la figura 2; le siguen las tabletas con el 26%, quedando relegado el ordenador de sobremesa al cuarto lugar⁽¹⁰⁾.

Las principales actividades diarias en Internet son: la mensajería instantánea, la visualización de videoclips y escuchar música; les siguen: la búsqueda de información, los juegos en solitario o en línea, las tareas escolares y las visitas a un perfil social. Por género, las diferencias son significativas, los varones de todas las edades prefieren los juegos y las adolescentes se decantan por compartir fotos, vídeos y visitan más perfiles en las redes sociales⁽¹⁰⁾.

El 80% de los padres de los menores de 9 y 16 años refieren que participan en la mediación activa del uso de Internet

de sus hijos, dirigida a la seguridad y a restringir el acceso a la red; la mediación técnica es muy inferior llegando al 29%⁽¹⁰⁾.

Videojuegos

El juego es consustancial al ser humano y a principios del siglo XIX, con la revolución industrial, aparecieron las primeras máquinas recreativas; funcionaban con monedas en ferias y salones, pudiéndose considerar el antecedente remoto de los actuales videojuegos. Hasta mediados del siglo XX, las máquinas recreativas fueron puramente mecánicas, momento en que aparece el considerado como primer videojuego, “Tenis para dos”, utilizando un osciloscopio y, posteriormente, fue instalado en las primitivas consolas. La aparición de las videoconsolas fue otro hito al lle-

var los juegos a los hogares, que junto con el ordenador, más tarde las tabletas y finalmente el teléfono inteligente, han ido ofreciendo variados soportes. El uso que hacen de ellos los menores es fundamentalmente para su ocio y entretenimiento, constatándose pocas aplicaciones educativas⁽¹¹⁾.

La mayoría de niños y adolescentes utiliza los videojuegos a diario, dedicando más tiempo a ellos los fines de semana; los varones son los más consumidores, aunque las diferencias de género se van estrechando. Los soportes más utilizados entre los más pequeños, entre dos y tres años, son las videoconsolas, siendo frecuente el uso de dispositivos móviles de sus padres para jugar; el ordenador se va usando más según avanzan los niños en edad; en edades mayores, se observa la incorporación al juego social en línea, con la participación de varios jugadores o con una participación masiva de ellos. Las tabletas han experimentado un incremento del uso entre los menores en todas las edades, como soporte de los videojuegos; entre los adolescentes, el uso de los dispositivos móviles se ha extendido en detrimento del ordenador y la videoconsola, a pesar de tener menor potencia gráfica, por la facilidad y comodidad para disponer de ellos^(3,12).

Según datos de sus fabricantes, los videojuegos son utilizados en España por 15 millones de jugadores, mayoritariamente entre la población infantil y juvenil, siendo el 56% varones. La temática más demandada es la deportiva, seguida por acción y aventura, estrategia y rompecabezas. Los deportes son preferidos por el sexo masculino y las mujeres se decantan por los juegos de rompecabezas⁽¹³⁾.

Los videojuegos se clasifican mediante códigos de autorregulación creados por los propios fabricantes. En Europa, el sistema “PEGI” (Información paneuropea sobre juegos) califica los videojuegos valorando su idoneidad en relación al contenido, para mayores de 3, 7, 12, 16 y 18 años, independientemente de su nivel de dificultad y con unos iconos que indican la causa por la que fue incluido para determinadas edades (violencia, lenguaje soez, drogas, escenas de miedo, contenido sexual y discriminación). El sistema “PEGI online” es un complemento del anterior

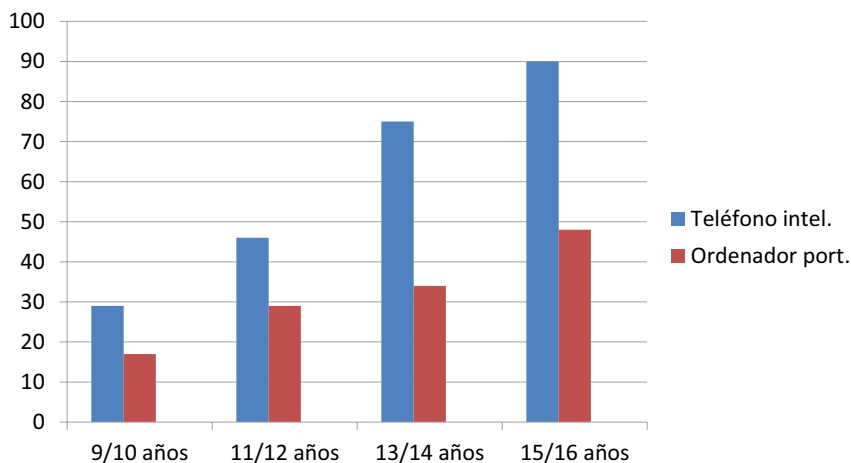


Figura 2. Conexión a Internet por teléfono inteligente y por ordenador portátil entre los 9 y 16 años (%). Fuente: Net Children Go Mobile.

Tabla I. Tiempo frente a las pantallas entre los 9 y 17 años, exceptuando las horas dedicadas a tareas escolares (%)

	Total			9-12 años			12-17 años		
	Total	M	V	Total	M	V	Total	M	V
>2 h/día	48,4	44,7	50,6	37,6	34,5	39,7	59,2	56,8	60,6
>2 h/día (entre semana)	49,3	46,6	51	38,5	36,8	39,7	60,2	58,1	61,3
>2 h/día (fin de semana)	84	82,6	84,8	82,2	80,5	83,3	85,8	85,1	86,1

Fuente: Estudio Anibes. 2017. M: mujeres. V: varones.

referido a los juegos en línea y la etiqueta PEGI OK se ha incluido recientemente, para calificar aquellos videojuegos que se pueden descargar para teléfonos inteligentes, ordenadores y tabletas y son aptos para todos los públicos. Los de origen estadounidense, también autorregulados por sus fabricantes mediante la Junta de Clasificación de Software de Entretenimiento (ESRB) los divide en seis categorías:

1. E-C: a partir de 3 años.
2. E: para todas las edades.
3. E+10: a partir de 10 años.
4. T: para adolescentes.
5. M: a partir de 17 años.
6. AO: solo adultos^(11,12).

Tiempo frente a las pantallas

Casi la mitad de los niños y adolescentes entre 9 y 17 años de edad pasan más de dos horas al día delante de todas las pantallas de que disponen, sin tener en cuenta el tiempo de Internet dedicado a las tareas escolares; los días de entre semana, el 49,3% supera este tiempo y, durante el fin de semana, lo hace el 84%. Diferenciando por edades, cerca del 40% de los niños entre 9 y 12 años y más del 60% de los adolescentes están más de dos horas al día de lunes a viernes frente a las pantallas; este porcentaje aumenta significativamente los fines de semana, superando al 80% en los dos tramos de edad (Tabla I)⁽³⁾.

Las pantallas en la primera infancia

El estudio de investigación *Young Children (0-8) and digital technology*, aporta datos sobre el uso que hacen los niños más pequeños de las pantallas

en sus hogares. Los datos referidos a España indican que, entre los menores de ocho años, los dispositivos preferidos son la tableta digital y el televisor; son utilizados para jugar, ver vídeos o dibujos animados y, con menor frecuencia, para leer libros digitales. Las familias refieren que las escuelas de sus hijos disponen y utilizan dispositivos digitales, no constatando la necesidad de su uso en casa, con motivos educativos, durante el primer año de la educación primaria.

Las tabletas y la televisión las usan de manera autónoma bajo reglas establecidas por los adultos; otros dispositivos, como el ordenador y el teléfono inteligente, son utilizados con menor frecuencia y bajo supervisión de los adultos. A pesar de ser considerados nativos digitales, los niños aprenden de padres y familiares sobre tecnología digital. Los padres perciben que esta tecnología compite con las formas tradicionales de ocio en la infancia y planifican otros tipos de actividades para los

niños. Además, conciben las experiencias digitales de sus hijos de dos maneras, unos controlando y restringiendo el uso, las conexiones en línea y la descarga de aplicaciones, y otros permitiendo la conectividad de los aparatos que usan, pero preocupados por el uso que hacen de ellos y estando a su lado compartiendo la tecnología si es preciso⁽¹⁴⁾.

La comunicación en línea

Los menores realizan la comunicación en línea a través de la mensajería instantánea y las redes sociales, cuyo objetivo principal es la relación con sus pares.

WhatsApp® es la mensajería instantánea más utilizada y contactan diariamente, en primer lugar, con su grupo de iguales y, en segundo, con los padres; a partir de los 13 años, su uso lo refieren el 87% de los adolescentes (Fig. 3).

Facebook® es la red social más utilizada entre los menores, incremen-

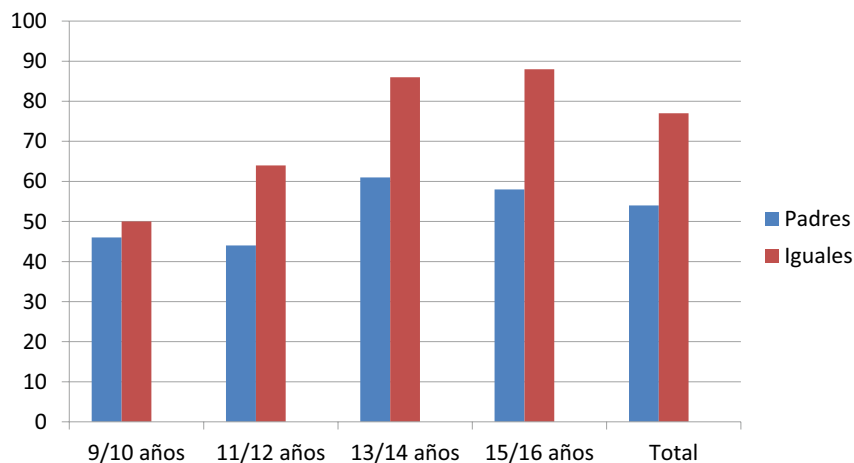


Figura 3. Contacto diario de los menores por mensajería instantánea con padres e iguales entre los 9 y 16 años (%). Fuente: Net children go mobile.

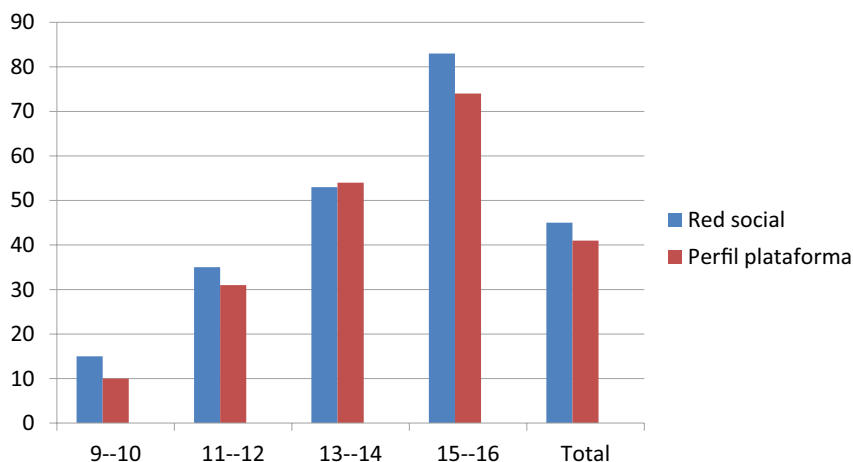


Figura 4. Menores entre los 9 y 16 años que poseen perfiles en red social y en plataforma para compartir (%). Fuente: *Net children go mobile*.

tándose en los últimos años el uso de Twitter® entre los adolescentes varones (Fig. 4). El contacto diario a través de las redes sociales con sus pares va aumentando con la edad hasta alcanzar el 71% entre los adolescentes mayores⁽¹⁰⁾. El 45% de los menores entre 9 y 16 años declara tener, al menos, un perfil en las redes sociales, es más frecuente entre los poseedores de un teléfono inteligente, en el sexo femenino y aumenta con la edad, llegando al 83% entre los adolescentes mayores. Su participación es ilegal antes de los 14 años, sin embargo, entre los 11 y 12 años afirman tenerlo el 35% de los niños (Fig. 4).

Instagram® es la plataforma para compartir más utilizada, se va incrementando con la edad, llegando al 74% entre los 15 y 16 años, siendo su uso más frecuente en el sexo femenino (Fig. 4)⁽¹⁰⁾.

La cultura del dormitorio

En la segunda mitad del siglo XX, se definió la cultura del dormitorio para referirse a las actividades que los adolescentes dejaron de realizar en los sitios comunes de sus hogares para pasar a desarrollarlas en la intimidad de sus cuartos privados. Llegadas las nuevas tecnologías, la cultura del dormitorio pasó a ser tecnológica, al disponer los niños y adolescentes de múltiples pantallas fijas o móviles en sus habitaciones⁽¹⁵⁾. El 30% de los menores tienen televisión y ordenador y/o consola en su dormitorio. Así, privadamente, pueden utilizar sus dispositivos para su tiempo libre o de ocio, socializarse, expresar su

identidad, etc., en un espacio aislado del resto de la casa⁽³⁾.

La nueva brecha digital

La brecha digital clásica entre adultos y jóvenes se ha ido difuminando y son muchos los mayores que se han ido acercando a los nativos digitales en su inmersión en las nuevas tecnologías. Surge ahora una *nueva brecha digital*, independientemente de la edad, y referida a la que se observa entre los consumidores y los productores digitales. Los primeros, la gran mayoría, usan la red a diario buscando: entretenimiento, información, contactar con amigos o familiares, compartir fotografías, realizar compras, chatear, etc. Los productores digitales son una minoría, e independientemente de su edad, añaden valor a la red, creando contenidos, opinión, etc., que pueden enriquecer y favorecer el desarrollo de Internet. Gran parte de los menores son aún consumidores pasivos de las nuevas tecnologías⁽¹⁶⁾.

Beneficios y riesgos y de las pantallas

El uso de las pantallas ofrece indudables beneficios y determinados riesgos, fruto de una utilización inadecuada.

Llegadas las nuevas pantallas a la vida de los menores, la televisión pasó a ser un elemento más, acompañando a los videojuegos, al ordenador, a la conexión a Internet y al teléfono inteligente, desde edades muy tempranas. Los efectos

del uso de las pantallas son variados y dependerán del tipo de pantalla, la manera de utilizarlas y su tiempo y las características propias de cada menor, pero sin obviar que gran parte de los niños y adolescentes están en contacto con todas ellas⁽¹⁷⁾.

Beneficios

Las pantallas, de televisión o de las nuevas tecnologías, ofrecen indudables beneficios. Son una fuente inagotable de información, de nuevas ideas y conocimiento, permitiendo así que niños y adolescentes puedan tener contacto con realidades distintas a su entorno. Es una manera más de entretenimiento y diversión y favorecen la socialización y las relaciones interpersonales. Ofrecen, además, muchas posibilidades para el mundo de la educación y para transmitir mensajes a los menores sobre hábitos de vida saludable^(17,18).

Los videojuegos brindan una serie de beneficios para quienes los utilizan; permiten familiarizarse con las nuevas tecnologías, desarrollar habilidades manuales y de coordinación, ejercitarse en la toma de decisiones y resolver problemas y mejorar la autoestima, además de ser una manera de establecer nuevas relaciones sociales⁽¹⁹⁾. Existen otros beneficios, poco desarrollados aún, como son su uso en el mundo educativo, donde pueden jugar un importante papel por su potencial didáctico y para desarrollar conductas pro-sociales en menores conflictivos o con dificultades para aceptar métodos educativos convencionales⁽¹²⁾.

Las comunicaciones en línea permiten una fluida relación interpersonal y estimula el diálogo ente los menores, pueden promover compartir inquietudes o acciones e integrar grupos afines. Son una potente herramienta didáctica y de gran utilidad para las tareas escolares⁽²⁰⁾.

Riesgos

- **Televisión:** los más pequeños pueden tener dificultad para discriminar la realidad de la ficción y un exceso en la exposición a esta pantalla se asocia con retrasos cognitivos, en el lenguaje y en las esferas emocional y social. Se aducen, como posibles causas de estos retrasos: el visionado de imágenes con un conte-

Tabla II. Riesgos más comunes en el uso de Internet referidos por menores entre 9 y 16 años (%)

- Visualizar imágenes sexuales	51
- Contenidos potencialmente dañinos (odio, pro-anorexia, auto-lesión, drogas, suicidio)	32
- Recibir mensajes sexuales	31
- Contacto con desconocidos	21
- <i>Bullying</i>	12

Fuente: *Net Children Go Mobile.*

nido inadecuado por ser dirigidas a los adultos y una menor interacción entre padres e hijos, cuando el televisor se encuentra encendido. En todas las edades, su uso incontrolado puede dificultar la comunicación intrafamiliar y resta tiempo para otras actividades.

- Internet: los niños y adolescentes están expuestos a través de la red a recibir una información inexacta o falsa y a acceder a unos contenidos inapropiados o potencialmente perjudiciales; pueden, además, ver comprometida su privacidad y confidencialidad y ser acosados cibernéticamente.
- Actividades: el tiempo dedicado a las pantallas implica menor dedicación al estudio, al deporte, a la lectura y a las relaciones intrafamiliares.
- Violencia: la exposición a la violencia es constante en las diversas pantallas y difícil de controlar, dado la autonomía con que los menores pueden manejar los diversos dispositivos; existe evidencia de la asociación entre los contenidos violentos en las pantallas y las conductas agresivas en los menores.
- Sueño: puede verse alterado por un mal uso de los dispositivos electrónicos, estando relacionado con un mayor tiempo de exposición, por disponer de pantallas en sus dormitorios y, probablemente, por la visualización de contenidos violentos en los momentos previos a la hora de dormir. La utilización de las redes sociales, a la hora de acostarse o durante las horas de sueño,

altera significativamente el descanso y repercute en las actividades del día siguiente.

- Salud: su uso abusivo implica mayor sedentarismo y está asociado con la obesidad y un mayor riesgo cardiovascular. Determinados usos de Internet y de las redes sociales se han relacionado con la depresión; los adolescentes que hacen un uso pasivo de las redes sociales manifiestan menor satisfacción con sus vidas y menor sensación de bienestar, situación que no se observa en aquellos que son activos e interactúan en estas redes.
- Exposición a contenidos inapropiados: la exposición al tabaco, al alcohol y a las conductas sexuales de riesgo ante el televisor propicia una iniciación temprana de comportamientos no deseados en la adolescencia. Con la llegada de las nuevas tecnologías y las redes sociales, se ha observado la misma asociación, incluidas las autoagresiones y trastornos de la conducta alimentaria.
- Videojuegos: sus riesgos se centran fundamentalmente en sus contenidos y en el tiempo dedicado a ellos; existe evidencia de que el consumo de videojuegos con contenido violento incrementa los pensamientos agresivos y fuera de control, desensibiliza frente a la violencia y supone un predictor de conductas agresivas entre adolescentes. Las horas excesivas diarias dedicadas a ellos irán en detrimento de otras actividades lúdicas, deportivas y escolares, pudiéndose convertir en una actividad adictiva.

Los menores refieren que, a través de la red, se han visto expuestos a

Tabla III. Primeras señales de conductas adictivas a Internet en niños y adolescentes

- Cada vez pasa más tiempo conectado
- Está nervioso o triste y solo se le pasa si se conecta
- Pasa todo el tiempo pensando en conectarse
- No controla el tiempo que pasa conectado y llega a mentir
- Ha dejado sus actividades favoritas por estar conectado
- Prefiere relacionarse por Internet que en persona

Fuente: *Tecnoadicciones. Una guía para padres. EducaInternet.*

diversos riesgos que se observan en la tabla II^(12,20,21).

Uso problemático de las nuevas pantallas

El Consorcio europeo EU Net ADB, en el estudio sobre Conductas Adictivas a Internet entre los adolescentes, las define como: “un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre su uso, que conduce paulatinamente al aislamiento y al descuido de las relaciones sociales, de las actividades académicas y recreativas, así como en la salud y la higiene personal”. En Europa, las conductas adictivas las presentan el 1,2% de los adolescentes y el 12,7% están en riesgo de padecerla. En España, estos valores son superiores llegando al 1,5% y 21,3%, respectivamente⁽²²⁾. Las señales sobre probables conductas adictivas a Internet se reflejan en la tabla III y las sospechas de conductas adictivas ya instituidas están indicadas en la tabla IV.

Tabla IV. Conductas adictivas a Internet entre niños y adolescentes

- Uso excesivo de Internet y ansiedad por la falta de conexión
- Dificultad para disminuir su uso
- Descuido de las rutinas diarias (colegio, amigos, obligaciones)
- Actividades específicas en línea y sensación de aburrimiento con otras actividades
- Falta de otras actividades alternativas de interés
- Su uso es una reacción automática frente al aburrimiento
- Se detecta alteración del sueño

Fuente: *Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos. eu.net.adb.*

El uso abusivo de los videojuegos ha dado lugar a controversias, considerando algunos autores, que se trata de un patrón de uso excesivo y, para otros, que se pueden considerar conductas adictivas. La Asociación Americana de Psiquiatría ha incluido en la sección 3 de su “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-5), sujeto a futuros estudios, a los Trastornos del juego en Internet (*Internet Gaming Disorder*) como una adicción; valora para su diagnóstico una “participación recurrente y persistente de juegos grupales sin apuestas con deterioro o malestar clínicamente significativo”⁽²³⁾. La Organización Mundial de la Salud ha informado que en su “Clasificación Internacional de Enfermedades” (CIE 11), de aparición en 2018, será incluida la adicción a los videojuegos, ya sean individuales o en línea⁽²⁴⁾.

Publicaciones recientes alertan de un riesgo referido al uso que hacen los padres de las redes sociales volcando información sobre sus hijos en lo que se ha denominado *compartir la crianza*. Comparten información y consejos y refieren que así se sienten acompañados. Paralelamente, publican fotos, comentarios y anécdotas de sus hijos, creándoles una identidad digital sin su consentimiento; de esta manera, vulneran su privacidad, posibilitan su identificación y localización, con el riesgo añadido de un uso indebido de las imágenes de los menores por terceras personas⁽²⁵⁾.

Daños

El daño más frecuente que refieren los menores provocado por las pantallas de las nuevas tecnologías es el *ciberbullying*.

Los grandes beneficios que brindan el uso de las nuevas tecnologías por parte de los niños y adolescentes implican riesgos que pueden provocar daños en estas edades. El 18% de niños y adolescentes refieren que se han sentido molestos por algo que han visto en Internet, sin observarse diferencias por el tipo de dispositivo utilizado y siendo más frecuente en las capas sociales más desfavorecidas⁽¹⁰⁾. Según refieren los menores, la experiencia de riesgo que con más frecuencia les ha provocado daño ha sido el *ciberbullying* (Tabla V), seguida por la visualización de imágenes sexuales, por la recepción de mensajes

Tabla V. Tipos de ciberacoso en la infancia y adolescencia: *ciberbullying* y *grooming*

Ciberbullying

- Conducta de acoso entre iguales en un entorno tecnológico entre menores
- Debe ser una situación dilatada en el tiempo
- Se realiza mediante la difusión de información lesiva o difamatoria o la publicación de vídeos o fotografías, incluyendo: chantaje, vejaciones e insultos
- El acoso se efectúa mediante el correo electrónico, la mensajería instantánea o las redes sociales

Grooming

- Es ejercido por un adulto, habitualmente simulando ser menor de edad, a través de las nuevas tecnologías
- Realizado deliberadamente para establecer una relación y un control emocional
- Se inicia con una relación de amistad para ganar la confianza del menor
- Posteriormente, se profundiza la relación para obtener referencias sobre la vida, costumbres y datos íntimos del acosado
- El adulto intenta conseguir el envío de fotografías o vídeos comprometedores o de contenido sexual
- A partir de ese momento, se inicia el chantaje exigiendo el envío de más material comprometedor llegando, en algún caso, al contacto personal

Fuentes: Guía legal sobre ciberbullying y grooming. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Gobierno de España. Guía sobre el ciberacoso para profesionales de salud. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Gobierno de España. Red.es. SEMA.

sexuales de algún tipo y por los encuentros con una persona conocida a través de Internet⁽¹⁰⁾.

Uso racional de las pantallas en la infancia y adolescencia

El uso adecuado de las pantallas debe ser promovido desde los primeros años de la vida.

Las diferentes pantallas que permiten la conexión inmediata con el mundo

han modificado sustancialmente las relaciones humanas y brindan 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 promover un uso racional y responsa-

Tabla VI. Recomendaciones para un uso adecuado de las pantallas en la infancia y adolescencia

1. En menores de 18 meses, se debe evitar el contacto con las pantallas a excepción de las comunicaciones con familiares o amigos mediante videoconferencias
2. Entre los 18 y 24 meses, los padres que deseen permitir el uso de pantallas deben hacerlo con programas de alta calidad y siempre en su compañía, desaconsejando el uso individual por los menores
3. Entre los 2 y 5 años, el tiempo de contacto con las pantallas debe estar limitado a una hora diaria con contenidos de alta calidad y en compañía de los padres, quienes ayudarán a comprender el mundo que les rodea
4. A partir de los 6 años, intentar conseguir un equilibrio adecuado entre el uso de las pantallas y otras actividades que puede realizar el niño y el adolescente fuera de la tecnología
5. Evitar el uso de las pantallas en determinados momentos del día, horas de las comidas, tiempo de estudio o deberes escolares, un tiempo antes de la hora de dormir y la existencia de dispositivos fijos o móviles en el dormitorio
6. Impedir la presencia de pantallas, fijas o móviles, en el dormitorio; potenciar la actividad física y procurar un descanso nocturno suficiente

Fuente: Council on Communication and Media. American Academy of Pediatrics. 2016.

ble de la tecnología de la comunicación desde los primeros años de la vida y continuarse a lo largo de la infancia y adolescencia⁽²⁶⁾.

Función del pediatra de Atención Primaria

El pediatra de Atención Primaria se encuentra en una posición privilegiada para aconsejar sobre el uso de las pantallas, limitar sus riesgos y detectar sus daños.

Desde los primeros contactos con el niño y su familia, el pediatra de Atención Primaria puede potenciar un uso racional y responsable de las pantallas en función de la edad del niño, con el apoyo de las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (Tabla VI). A lo largo de la infancia y la adolescencia, puede detectar un uso indebido de ellas con la consiguiente 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, promoviendo una utilización adecuada de las pantallas y así contribuir a un mejor desarrollo psicofísico y social de niños y adolescentes.

Bibliografía

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

- Jowett GS, Jarvie IC, Fuller KH. Children and the movies: Media influence and the Payne Fund Controversy. New York: Cambridge University Press, 1996.
- Encuesta sobre equipamientos y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares. 2017. Instituto Nacional de Estadística. [Acceso: 10 enero 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/tych_2017.pdf.
- ** Mielgo-Ayuso J, Aparicio-Ugarriza R, Castillo A, et al. Sedentary behavior among Spanish children and adolescents: findings from the ANIBES study. *BMC Public Health*. 2017; 17:94. DOI 10.1186/s12889-017-4026-0.
- Informe Televisión y menores 2015. Asociación Usuarios de la Comunicación. [Acceso: 10 junio 2017]. Disponible en: <http://www.auc.es/Paginas/download.php?type=comunica&year=2016&file=abr02.pdf>
- Informe de la Comisión Mixta de Seguimiento del Código de Autorregulación de Contenidos Televisivos e Infancia. 2016. [Acceso: 20 de julio 2016]. Disponible en: http://tvinfancia.es/tvinfancia/sites/default/files/2016-04-06_CMS_Informe2015_0.pdf
- Navarro Cortés N. Los mensajes televisivos y la infancia: retos socioeducativos. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014. Tesis doctoral. [Acceso: 10 octubre 2017]. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/13085>
- ** Bringué Sala X, Sábada Chalezquer C. La generación interactiva en España. Barcelona: Fundación Telefónica, 2009.
- Van der Voort TH, Nikke P, Van Lil JP. Determinants of Parental Guidance of Children's Television Viewing: A Dutch Replication Study. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*. 1992; 61-74.
- Torrecillas Lacave T. Los padres ante el consumo televisivo de los hijos: estilos de mediación. *Revista Latina de Comunicación Social*. 2013; 27-54. [Acceso: 10 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.revistacs.org/068/paper/968_CEU/02_Torrecillas.html
- ** Garmendia M, Jiménez E, Casado MA, Mascheroni G. Net Children Go Mobile: Riesgos y oportunidades en Internet y el uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). Madrid: Red.es/Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, 2016.
- Morales Corral E. La nueva cultura multimedia en la era digital: el caso de los videojuegos. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014. [Acceso: 10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/27945/1/T35558.pdf>.
- ** Labrador Encinas F, Requesens Moll A, Helguera Fuentes M. Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos. Madrid: Consejería de Políticas Sociales y Familia. D. G. de la Familia y el Menor, 2011.
- Anuario de la industria del videojuego 2016. Asociación Española de Videojuegos. [Acceso: 10 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.aevi.org.es/documentacion/el-anuario-del-videojuego/>
- Young children (0-8) and digital technology. A qualitative exploratory study. National report of Spain. European Commission, 2016.
- Bovill M, Livingstone S. 2001. Bedroom culture and the privatization of media use. London: LSE Research Online [Acceso: 20 octubre 2017]. Disponible en <http://www.eprints.lse.ac.uk/archive/00000672>
- Cánovas G, García de Pablo A, Oliaga San Atilano A, Aboy Ferrer I. Menores de edad y conectividad móvil en España: tablets y Smartphone. Centro de seguridad para los menores en España: Protégeles. Safer Internet Programme. Comisión Europea, 2014.
- ** AAP Council on Communications and Media. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016; 138: e20162592.
- Reid Chasiakos Y, Radesky J, Christakis D, et al. AAP Council on Communications and Media. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*. 2016; 138: e20162593.
- ** Felicia P. Videojuegos en el aula. Manual para docentes. European Schoolnet/EUN Partnership AISBL, 2009.
- 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: 12 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2824
- ** Guía para padres y madres sobre uso seguro de videojuegos por menores. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación, 2010.
- Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes europeos. Atenas: Tsitsika A, Tzavela E, Mavromati Fand the EU NET ADB Consortium; 2012. [Acceso: 10 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/03/publicaciones/FinalResearchInternet-ES.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5*), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Gaming disorder. Online Q&A. January 2018. World Health Organization. [Acceso: 12 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>
- Steinberg S. Sharenting: Children's Privacy in the Age of Social Media. *Emory Law Journal*. 2017; 839-84. [Acceso: 15 de enero de 2018]. Disponible en: <https://scholarship.law.ufl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1796&context=facultypub>

26. Paniagua Repetto H. Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(10): 686-93.

Bibliografía recomendada

- Tolsá Caballero J. Los menores y el mercado de las pantallas: una propuesta de conocimiento integrado. Madrid: Foro Generaciones Interactivas, 2012. Revisión exhaustiva, por una parte, sobre el consumo que los menores hacen a nivel mundial de los videojuegos, Internet y la telefonía móvil. Por otra, se analiza el uso de las tres pantallas en España y se distinguen los distintos tipos de consumidores.
 - Guía para padres y madres sobre uso seguro de videojuegos por menores. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación, 2010.
- Amplia guía sobre los menores y los videojuegos, explicando sus riesgos y ofreciendo consejos y herramientas para que padres y

educadores puedan facilitar un uso adecuado de los mismos.

- Felicia P. Videojuegos en el aula. Manual para docentes. European Schoolnet/EUN Partnership AISBL, 2009. Manual que analiza la situación de los videojuegos aplicados al aprendizaje en ocho países europeos. Aporta información para entender los beneficios pedagógicos de los videojuegos y la forma de utilizarlos como recurso educativo y emocional.
 - Garmendia M, Jiménez E, Casado MA, Mascheroni G. Net Children Go Mobile: riesgos y oportunidades en Internet y el uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). Madrid: Red.es/Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. 2016.
- Amplio estudio sobre el uso diario por los menores de los dispositivos que los conectan a Internet, su exposición a los riesgos, los probables daños y la mediación parental.

- Labrador Encinas F, Requesens Moll A, Helguera Fuentes M. Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos. Madrid: Consejería de Políticas Sociales y Familia. D. G. de la Familia y el Menor, 2011. Ofrece herramientas para lograr que los niños y adolescentes puedan utilizarlas las nuevas tecnologías, razonable y responsablemente, y poder detectar y anticipar un uso inadecuado de ellas.
- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2015. Proporciona al personal sanitario una guía completa con la información necesaria para poder realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y prevención del ciberacoso, desde un enfoque multidisciplinar.

Caso clínico

Adolescente de 14 años, que es llevado a la consulta por su madre por mal rendimiento escolar desde hace un año y que ha empeorado marcadamente el último trimestre. Refiere, además, un cambio en su carácter, destacando que se ha vuelto irritable, agresivo verbalmente y que no cumple con determinadas obligaciones que tiene asignadas en la casa. Se siente desbordada, porque la convivencia familiar se ha vuelto muy difícil.

Paciente nacido de embarazo y parto normal, con buen desarrollo psicomotor y sin antecedentes de interés. Valorado a los 12 años en revisión programada, no objetivándose patología. Es el primer hijo de padres separados desde hace cinco años y tiene una hermana de 12 años. La madre está fuera del domicilio por trabajo desde el mediodía hasta la noche, quedando en el domicilio el paciente y su hermana. Interrogado el adolescente en privado, habiéndole garantizado la confidencialidad, refiere que desde hace más

de un año dedica gran parte de su tiempo por las tardes, cuando su madre marcha a trabajar, a los videojuegos en el ordenador y que, desde hace seis meses, ha añadido los juegos en línea. Reconoce que ha descuidado sus tareas escolares sin importarle las consecuencias, que no le preocupa la difícil convivencia que se vive en su casa y que la única actividad que le gratifica es conectarse por las tardes y jugar en línea durante horas, no planteándose reducirla o abandonarla.

Se inicia intervención con ambos, acordando madre e hijo las cuestiones en que debe mejorar la convivencia familiar, y el adolescente se responsabiliza de determinadas tareas a realizar en la casa. Paralelamente, acepta una reducción progresiva de las horas dedicadas a los videojuegos y el tiempo dedicado a sus obligaciones escolares. Se planifican controles periódicos para valorar evolución y mejora en el rendimiento académico.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

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".



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.

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".

El impacto de las pantallas: televisión, ordenador y videojuegos

17. La preocupación por el impacto de las pantallas sobre la infancia y adolescencia ha sido objeto de investigación. Los PRIMEROS ESTUDIOS al respecto fueron realizados en:
- 1930.
 - 1960.
 - 1980.
 - 2000.
 - 2010.
18. En España, el MODELO de mediación familiar más frecuente ante el consumo de televisión por los menores es:
- Control.
 - Heterocontrol.
 - Autocontrol.
 - Descontrol.
 - Ninguno de los anteriores.
19. La Ley 7/2010 protege a los menores de los contenidos de la televisión en el siguiente HORARIO:
- 10 a 18 h.
 - 8 a 20 h.
 - 9 a 21 h.
 - 6 a 22 h.
 - 6 a 21 h.
20. El DAÑO más frecuente que los menores refieren que les han provocado las pantallas de las nuevas tecnologías es:
- Visualización de imágenes sexuales.
 - Cyberbullying.
 - Recepción de imágenes sexuales.
 - Encuentro con una persona conocida a través de la red.
 - Ninguno de los anteriores.
21. La Asociación Americana de Pediatría aconseja que se debe evitar el uso de las pantallas POR DEBAJO de:
- 2 años.
 - 3 años.
 - 18 meses.
 - 12 meses.
 - Dejarlo a criterio de sus padres.
22. ¿Cuál sería el DIAGNÓSTICO más probable?
- Depresión.
 - Adicción a los videojuegos.
 - Enfermedad psicósomática.
 - Trastorno del comportamiento.
 - Ninguno de los anteriores.
23. Ante un adolescente con adicción a los videojuegos, la CONDUCTA del pediatra de Atención Primaria sería:
- Derivarlo a atención especializada.
 - Dar pautas a la familia para que regule su uso.
 - Prohibir al adolescente el uso de los videojuegos.
 - Intentar una reducción progresiva de los videojuegos, actuando conjuntamente con el adolescente y la familia.
 - Ninguna de las anteriores.
24. ¿Qué CONTROL necesitaría un adolescente después de haber sido diagnosticado de adicción a los videojuegos?
- Ninguno.
 - Valorar periódicamente su evolución con la familia.
 - Valorar periódicamente al adolescente.
 - Valorar periódicamente su rendimiento académico.
 - Valoración periódica conjunta del adolescente y su familia.

Caso clínico

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

L. Rodríguez Molinero

Doctor en Medicina. Pediatra. Máster en Orientación Familiar por Universidad Pontificia de Salamanca. Hospital Campo Grande. Valladolid



Resumen

Los avances sociales, inevitables, llevan consigo el aumento de la sensibilidad humana al dolor y al sufrimiento para intentar evitarlo o, al menos, mitigarlo. El Maltrato Infantil (MTI) es una de las incidencias que más daño hace y más inquieta a una sociedad que desea creer en el género humano. Cuando hablamos de un niño que ha sido maltratado, estamos construyendo un adulto resentido, dolido y con muchas posibilidades de convertirse en un nuevo agresor. Las consultas médicas y, sobre todo, las de Atención Primaria, están situadas en el mejor lugar para prevenir, diagnosticar y atender al niño que ha sufrido maltrato.

El MTI puede ser físico, psicológico, estar producido por negligencia o por fingimiento de síntomas que el niño no tiene. El abuso sexual, al que desde ahora llamaremos maltrato sexual, es especialmente llamativo por estar más oculto y, precisamente por ello, ser más dañino.

Para un profesional, colaborar para erradicar este problema en beneficio del niño es una obligación y, al mismo tiempo, una contribución a una sociedad que se propone ser cada vez más justa con la infancia, respetando las necesidades y los derechos de los niños, y más acogedora y positiva para ellos, y para todos.

Abstract

Unavoidable social advances bring about an increase in human sensitivity to pain and suffering to try to avoid it or, at least, mitigate it. Child Mistreatment (MTI) is one of the most damaging incidents and more disturbing to a society that wants to believe in the human race. When we talk about a child who has been mistreated, we are building a resentful, hurt and with many possibilities of becoming a new aggressor. The medical consultations and, above all, those of Primary Care, are located in the best place to prevent, diagnose and treat the child who has suffered abuse.

The MTI can be physical, psychological, be produced by negligence or by pretending symptoms that the child does not have. Sexual abuse, which we now call sexual abuse, is especially striking because it is more hidden, and precisely because of that, it is more harmful.

For a professional, collaborating to eradicate this problem for the benefit of the child is an obligation and at the same time a contribution to a society that aims to be ever more just with children, respecting the needs and rights of children, and more welcoming and positive for them, and for all.

Palabras clave: Maltrato infantil; Maltrato sexual; Consentimiento sexual.

Key words: Child abuse; Sexual abuse; Sexual consent.

“ Lo único que todos los niños tienen en común son sus derechos. Todo niño tiene derecho a sobrevivir y prosperar, a recibir una educación, a no ser objeto de violencia y abusos, a participar y a ser escuchado. ”

Mensaje del Secretario General de las Naciones Unidas con ocasión del Día Internacional del Niño. 20 de noviembre de 2015.

Introducción

Una sociedad que protege al niño cree en un futuro optimista.

Poner al día el tema del Maltrato Infantil (MTI) supone para un profesional una ambivalencia. Por un lado, se trata de un tema “feo, escabroso y duro”, relacionado con los instintos más abyectos del ser humano. Pero, por otro lado, cuando se describe el entorno de una “sociedad líquida”, decadente, acomodaticia e insolidaria, intentar revisar lo que hasta ahora sabemos del MTI, no deja de ser signo optimista de una sociedad, o una parte de la sociedad, que es sensible al dolor infantil, intenta ser justa y pretende mejorar el trato a la infancia como parte del deseo de que el futuro de la humanidad sea mejor.

La ciencia ha buscado las causas de las cosas para evitar sus consecuencias. La psiquiatría atribuye muchas causas de enfermedades mentales, que comienzan en la infancia, a un mal desarrollo de la persona por razones de crianza. De esta forma, sabemos que el MTI está en la base de muchos problemas, incluido el suicidio. Iniciar la vida por caminos violentos y agresivos no es la mejor manera de crear un adulto sano. “No hay salud física sin salud mental y no hay salud mental de adulto si no la ha habido en la infancia”. El mundo de los adultos ha reflejado siempre poca empatía por los menores que han sido rechazados por molestos en muchos ambientes sociales.

El MTI es tan antiguo como la humanidad. Existen referencias en obras literarias, pinturas y esculturas⁽¹⁾.

No hay una teoría que explique de manera totalmente adecuada la génesis del MTI. Originariamente, se achacó a la psicopatología de los progenitores; después a la presión y características negativas del entorno social. Posteriormente, han surgido otros enfoques relacionados con la interacción social (Belsky, Cicchetti y Rizley, Vasta o Wolfe) y, en estos momentos, se explican por la llamada: psicología de tercera generación (Milner, Hillson y Kuper).

Evolución histórica de la infancia

La infancia nunca se ha contemplado con tanto interés como ahora.

Cuando se trata de analizar el MTI en el siglo XXI, es importante saber de dónde venimos y a dónde vamos, para tener la suficiente perspectiva que nos permita tener una visión optimista del futuro. La humanidad pierde confianza en sí misma, cuando se horroriza con lo que observa en cada momento y en cada circunstancia. Hay que considerar dos elementos: la Historia y la condición humana (patología incluida).

La infancia no se ha percibido en otros tiempos como se entiende en la actualidad. Por poner un ejemplo, en la Antigüedad, el abandono, y hasta el infanticidio no estaban penados. Es, a partir del siglo IV, cuando se empiezan a considerar de forma distinta por la opinión pública y la ley.

Aristóteles en “Ética a Nicómaco” recoge la necesidad de medidas educativas para “hacer hombres libres”. El cristianismo pondera el papel del padre y de la madre en la alimentación, cuidados y crianza, por mandato de Dios. En la Edad Media, los niños eran propiedad de los padres, con discriminación de las

niñas. En el Renacimiento y hasta el siglo XVII, Erasmo (*De Pueris*, 1530) manifiesta cierto interés por la naturaleza infantil. Comenius (1592-1670) insiste en que se debe educar tanto a niños como a niñas, y en el papel de la madre como primera educadora. El Liberalismo es la época de reconocimiento de derechos. Se empieza a considerar al Estado garante último de estos derechos. La figura más representativa de esta etapa en J.J. Rousseau. Su obra “Emilio” describe un método educativo muy divulgado en la Francia de la época. Una de las ideas más conocidas es que el niño es bueno por naturaleza, y es la sociedad la que desvía las buenas intenciones del niño. Rousseau defendía la educación obligatoria de niños y niñas.

En Estados Unidos y Reino Unido, influenciados por el pensamiento calvinista, no se consideraba la bondad infantil innata de la que hablaba Rousseau. Por ello, se justificaba que el niño fuera educado de forma autoritaria, y se permitía el castigo físico y público.

Tabla 1. Algunos datos sobre la infancia a lo largo de la historia. En: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4865/1/514517%20historia.pdf>

1. El infanticidio se practicaba profusamente con:
 - Niños deformes o con algún defecto físico
 - Hijos ilegítimos o producto de relaciones adúlteras de la mujer
 - Falta de recursos económicos
2. A lo largo de la antigüedad y Edad Media:
 - La mortandad infantil por causas naturales era muy elevada
 - Respecto al trato de los hijos, una idea muy extendida durante siglos es que el padre y la madre deben asumir distintos papeles: severidad y pocas expresiones afectivas por parte del padre, condescendencia y afecto de la madre
 - Junto a estas ideas, pervive durante siglos la convicción de que la influencia prolongada de una madre “afectiva” y “besucona” es nociva para el desarrollo del niño
3. La pobreza secular de grandes sectores de la población europea conlleva la práctica de incorporar al niño al trabajo desde los 5 años (hasta el siglo XIV, muchas niñas de familias pobres son entregadas como sirvientas a los 6 años). El niño es, en cierto modo, “esclavo del adulto”. Los padres tienen la propiedad sobre él
4. En el siglo XII, la Iglesia decreta que no se puede vender a un hijo después de los 7 años. En Rusia, no se prohíbe legalmente hasta el XIX
5. Siglo XVIII: Maltusianismo. Prácticas anticonceptivas. Disminución de la mortandad infantil. Durante siglos, hay un interés por “educar” al niño
6. El siglo XX, reconocimiento de necesidades específicas: el niño como persona, con derecho a la identidad personal, a la dignidad y la libertad. Declaración de los Derechos del Niño. La Convención sobre los Derechos del Niño es adoptada por la Asamblea General de la ONU y abierta a la firma y ratificación por parte de los Estados

Tabla II. *Save the Children*. Principios fundamentales. Derechos del niño.

1. **Participación:** los niños, como personas y sujetos de derecho, pueden y deben expresar sus opiniones en los temas que los afecten
2. **Supervivencia y desarrollo:** las medidas que tomen los Estados Parte para preservar la vida y la calidad de vida de los niños deben garantizar un desarrollo armónico en el aspecto físico, espiritual, psicológico, moral y social de los niños, considerando sus aptitudes y talentos
3. **Interés superior del niño:** cuando las instituciones públicas o privadas, autoridades, tribunales o cualquier otra entidad deba tomar decisiones respecto de los niños y niñas, deben considerar aquellas que les ofrezcan el máximo bienestar
4. **No discriminación:** ningún niño debe ser perjudicado de modo alguno por motivos de raza, credo, color, género, idioma, casta, situación al nacer o por padecer algún tipo de impedimento físico

En el siglo XIX, con la llegada de la industrialización, la necesidad de mano de obra y la ausencia de una legislación protectora, los niños y niñas de las clases más desfavorecidas, fueron utilizados para trabajos en condiciones extremas. En esa época, empiezan a surgir movimientos e instituciones (Orfanatos, Maternidades y Casas de Socorro) orientados a proteger, cuidar y educar a los niños trabajadores, y a aquellos que vagaban por las ciudades ocasionando numerosos problemas de convivencia social.

A partir del siglo XX, se asume que la infancia es más frágil que la edad adulta, tiene necesidades específicas y precisa protección por parte de las instituciones competentes. A finales del siglo XX, se aprueban las leyes adecuadas al efecto, a nivel nacional e internacional⁽²⁾ (Tabla I y II).

Definición de maltrato infantil

Es más fácil de definir el buen trato a la infancia, que definir el MTI.

No es fácil explicar qué se entiende por MTI, ya que depende de muchos factores, tanto objetivos como subjetivos, sociales, individuales y jurídicos, y es muy complejo llegar a un consenso práctico que nos permita actuar a nivel clínico. Hay más consenso a la hora de acordar qué entendemos por buen trato y, a partir de ahí, definir como maltrato: aquel que no cumple los criterios de buen trato.

Se entiende por buen trato: el conjunto de cuidados que satisface las necesidades de las personas, como especie en

la naturaleza, para sobrevivir de forma plena.

Los seres humanos tenemos **necesidades biológicas**, relacionadas con el bienestar físico corporal: alimentarse, dormir, desarrollar hábitos higiénicos generales, practicar actividad física, protegerse de inclemencias o de tóxicos ambientales.

Hay otras **necesidades puramente mentales**: saber, conocer, satisfacer la curiosidad, un estímulo muy importante para el crecimiento social e individual, ser empático con la existencia, ser biófilo y considerar el mundo como un lugar acogedor, a pesar de lo que a nuestro alrededor observamos.

Hay también **necesidades emocionales**: tener una familia, sentirse querido y querer; saberse perteneciente al colectivo de los seres humanos, no considerarse abandonado ni marginado ni

rechazado; experimentar en la familia la seguridad que da el desarrollo del buen apego y vinculación.

Hay otras necesidades, como pertenecer a grupos sociales donde se puedan realizar los proyectos que dan autonomía, participación y capacidad de realización a la persona.

Si tenemos en cuenta la **Declaración de los Derechos del Niño (DDN)**, las necesidades se convierten en derechos y, por tanto, son objeto de protección legal (Tabla III).

La dificultad de construir una definición operacional efectiva y universal del maltrato infantil ha sido reconocida por numerosos expertos. Cicchetti y Lynch (1995) y Cicchetti y Toth (2005) destacan como problemas para consensuar esta definición: la falta de consenso social acerca de qué prácticas parentales son inaceptables o peligrosas; la falta de acuerdo sobre si la intención de los padres para que suceda un acto de maltrato debe o no debe ser considerada en la definición; la incertidumbre sobre si se debe definir el maltrato basándolo en el comportamiento de los adultos o, por el contrario, en los efectos que produce en las niñas y los niños o si debe englobar una combinación de ambas cosas; duda sobre la utilización de la misma definición para propósitos científicos, legales y clínicos. Este último aspecto ha sido un motivo constante de desacuerdos, debido a que científicos, legisladores y clínicos usan la definición de maltrato que mejor se adapte a sus particulares necesidades.

Tabla III. Definiciones de Maltrato Infantil

1. La OMS: "Como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye, a veces, entre las formas de maltrato infantil"
2. El Comité Internacional de la Infancia de París los define: "la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y de su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad"
3. Centro Reina Sofía, " Toda forma de violencia que se perpetra contra un menor". En: www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/.../pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
4. En 1999, la *WHO Consultation on Child Abuse Prevention* definió: "el abuso o maltrato infantil como todas las formas de violencia física y emocional, malos tratos, abuso sexual, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, resultando en un daño real o potencial para la salud, desarrollo o dignidad del niño/a en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder"

Factores de riesgo (FR) y protección (FP)⁽³⁾

Los FR no tienen una relación directa causa-efecto, sino una asociación de probabilidad.

Tanto la OMS (2009) como el Informe del Centro Reina Sofía (2011) coinciden, en términos generales, en proponer los siguientes FR y FP. Pero esta coincidencia no los convierte en FR o FP determinantes, sino que deben ser considerados como parte de una red que favorezca o entorpezca la probabilidad de casos de MTI (Pereda y Abad, 2013). No son, pues, referencias a una relación directa entre causa y efecto, sino a una asociación de probabilidad (Finkelhor y Asdigian, 1996).

- **FR del niño:** no hay que olvidar que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado: la edad inferior a cuatro años o la adolescencia; el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres; y el hecho de tener necesidades especiales.
- **FR de los padres o cuidadores:** dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido; el hecho de no cuidar al niño; los antecedentes personales de maltrato infantil; la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil; el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación; la participación en actividades delictivas; y las dificultades económicas.
- **FR relacionales:** los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia; el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos; y la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.
- **FR sociales y comunitarios:** la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones; los niveles de desempleo o pobreza; la facilidad de acceder al alcohol y las drogas; la falta de pro-

gramas de prevención del maltrato; la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles; las costumbres que debilitan las relaciones del niño con sus padres o fomentan la violencia; los castigos físicos, la rigidez de los papeles asignados a cada sexo; y las iniciativas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan desigualdad o inestabilidad.

Respecto a los FP o compensadores, podemos encontrar, entre otros: una vinculación afectiva positiva en la familia; la existencia de una red de apoyo psicosocial; la seguridad económica, la autonomía; el apoyo de la pareja en la crianza; o la integración social del menor y de sus padres con su grupo de iguales (Informe Reina Sofía 2011). La resiliencia es un FP de primera magnitud. Es la capacidad de un niño para resistir el daño causado por los factores adversos de su vida. La resiliencia es tanto mayor, cuanto mayores son los FP que se tengan. Por tanto, no se nace resiliente, sino que se le hace resiliente (Cyrułnik, 2003).

Magnitud del MTI. Epidemiología

Los estudios epidemiológicos no reflejan ni la incidencia ni la prevalencia real del MTI.

El número de niños maltratados jamás podrá ser conocido. Así de contundente se manifestaba Kempe cuando publicó el primer caso del “niño sacudido” en 1962. Solo se cuenta con aproximaciones a la realidad del problema. Se asume mayoritariamente que los estudios epidemiológicos no reflejan ni la incidencia ni la prevalencia real del MTI. Se acepta que se detectan entre un 10 a un 20% de los casos que se producen. La mayoría de los casos detectados y denunciados corresponden a los más graves de maltrato físico, pero otras formas de maltrato de gran prevalencia, como son el abandono y el maltrato sexual, son más difíciles de detectar y registrar⁽⁴⁾.

Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado.

La región europea de la OMS en 2013, evaluó una mortalidad por MTI

en Europa de 0,07 por 100.000 niños, siendo en España del 0,18.

Respecto a la prevalencia, en ese mismo estudio, se estimaba que, de cada una de las tipologías clásicas: 29,1 por 100.000 niños, correspondían: al maltrato psicológico (MPS); el 16,3 a la negligencia (NGC); el 22,9 al maltrato físico (MF); y el abuso sexual infantil (ASI) afectaba al 9,6 de las niñas y al 5,7 de los niños⁽⁵⁾.

El “Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar del Centro Reina Sofía”, refiere que de los casos declarados en España, en el año 2005, fueron de 0,84 niños maltratados por 1.000 niños menores de 18 años.

La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente. Representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y, posteriormente, del maltrato físico.

Consecuencias del MTI en la familia

No todos los niños se ven afectados de igual forma ante el maltrato. Unos son muy sensibles y otros demuestran una tremenda capacidad de “resiliencia”.

El maltrato puede conllevar un daño en la integridad física o psicológica del niño. Este daño puede tener mayor o menor importancia, dependiendo de factores, tales como: el tipo de maltrato, su gravedad y frecuencia, la edad del niño, las características del niño, la existencia de figuras de apoyo, etc.

La mayoría de las situaciones de maltrato —sea físico o psicológico— afectan negativamente al niño, sobre todo, por la repercusión que tienen en su desarrollo emocional y, consecuentemente, en el social y cognitivo.

Efectos emocionales

Pueden perturbar el proceso de formación de los vínculos de apego e interferir en la capacidad del niño de regular sus emociones. Así, el menor puede acabar desarrollando un apego inseguro. De ahí, que los niños maltratados sean más propensos a presentar problemas para relacionarse, no solo con sus cuidadores, sino también con su entorno social (escuela, grupo de amigos, etc.). Las niñas maltratadas tien-

den a mostrar más signos de malestar interno (vergüenza y culpa) y los niños son más agresivos física y verbalmente (Mash y Wolf, 2005).

Efectos cognitivos

Los niños maltratados frecuentemente carecen de creencias positivas esenciales acerca de sí mismos y de su mundo. Pueden interpretar las intenciones de sus compañeros y profesores como más hostiles de lo que realmente son. Estas distorsiones cognitivas se deben, en gran parte, a que los niños maltratados viven en un mundo de extremos y de continuas contradicciones emocionales, por lo que tienen verdaderas dificultades para entender, graduar y regular sus estados internos. Con el paso del tiempo, esta incapacidad para identificar y regular las emociones influirá en la aparición de problemas de internalización (depresión y miedos) y de externalización (hostilidad y conductas violentas).

Efectos conductuales

Según el tipo de MTI aparecen efectos distintos. Así, los niños víctimas de maltrato físico y los que han sido testigos de violencia entre sus padres, suelen ser más agresivos con sus compañeros; responden con ira y violencia ante estímulos positivos (manifestaciones amistosas) y negativos (señales de malestar), sufren rechazo por parte de sus compañeros y tienen más tendencia a relacionarse con otros menores violentos.

Los niños que han padecido maltrato psicológico pueden presentar problemas de rendimiento académico, especialmente a escala intelectual y lingüística, así como problemas para relacionarse con sus compañeros.

En cuanto a los niños que han sido víctimas de abuso sexual, suelen presentar un comportamiento sexual inapropiado para su edad y conductas antisociales en la escuela y en la sociedad en general (Ezpeleta, 2005).

Los niños víctimas de negligencia son más retraídos y evitan relacionarse con sus compañeros. Cuando son pequeños (en la etapa de preescolar o educación infantil), suelen aislarse y no jugar con otros niños. Además, rara vez muestran signos de cariño hacia sus madres u otros menores.

Efectos neurobiológicos

Muchos de los problemas emocionales, cognitivos y conductuales que presentan los niños maltratados pueden ser el resultado de las anomalías cerebrales provocadas por los golpes y el estrés crónico en que viven estos niños. Los MTI pueden ocasionar un daño permanente en la estructura neural y en el funcionamiento de un cerebro todavía en desarrollo. Estos efectos pueden causar deficiencias en el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas.

Hijos de madres maltratadas

Los hijos de madres maltratadas corren un alto riesgo de padecer problemas cognitivos, emocionales y conductuales. En cuanto a los efectos cognitivos, los hijos de madres maltratadas pueden presentar retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje y de atención, sintomatología ansiosa o depresiva, y estrés y ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de nuevas agresiones (Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990).

En cuanto a los efectos emocionales, experimentan sentimientos de inseguridad y baja autoestima. Su malestar psicológico no solo es resultado de haber presenciado violencia, sino también de la convivencia diaria con un agresor que presenta un estilo parental caracterizado por un patrón de comportamiento violento.

Transmisión intergeneracional

Muchos estudios sostienen que los hijos de padres maltratadores pueden llegar a reproducir las situaciones de las que han sido víctimas. Sin embargo, los autores insisten en que el maltrato infantil debe considerarse un factor de riesgo, y no un factor determinante. En esta dirección apunta también la literatura sobre factores protectores (Glasser, Kolvin, Campbell, Leitch y Farrelly, 2001)⁽⁶⁾.

Tipos de maltrato infantil⁽⁷⁾

Hay tantos tipos de MTI como formas de dañar a un niño.

Maltrato físico

Ha sido definido por Arruabarrena y De Paúl como: un tipo de comportamiento de carácter voluntario que provoca un daño físico en el niño o bien el

riesgo de padecer una enfermedad física. Es la forma mejor conocida y lo que dio lugar a que Kempe (1962) describiera unas lesiones no accidentales producidas en un niño maltratado. Estos daños pueden ser consecuencia de una disciplina mal entendida, pero también expresión de rechazo, de rasgos sádicos del agresor o de una impulsividad incontrolada. Las lesiones corporales están producidas por cualquier objeto físico o producto químico: hematomas, heridas, arañazos, quemaduras, mordeduras, latigazos...

Los signos de alerta de un daño no accidental son: existencia de accidentes previos, discordancia entre lo relatado por los padres o tutores y los hallazgos clínicos, evidencia de negligencia, poca higiene o desnutrición, retraso en solicitar servicios asistenciales, hematomas múltiples, hemorragias internas o externas, lesiones o fracturas inhabituales en la infancia, lesiones específicas, como: quemaduras, señales de golpes con la mano, cinturón...

Maltrato emocional

Lo relativo a rechazo, abandono, desprecio, insultos o bloqueo a iniciativas por parte de algún miembro del grupo familiar, no es fácil de interpretar como MTI⁽⁸⁾.

Signos de alerta:

- Rechazo. En los menores de dos años, es una oposición activa a aceptar impulsos primarios de apego del niño, a las iniciativas de este, y a las respuestas naturales al contacto humano. Entre dos años y menores de cuatro, la exclusión activa del niño de las actividades familiares. En la etapa escolar, la expresión constante al niño de una valoración negativa de él mismo. En la adolescencia, es el rechazo a aceptar cambios en el papel social esperados, como una mayor autonomía.
- Aterrorizar. Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo con el que se intenta crear en él un miedo intenso. En menores de dos años, ruptura deliberada y consciente de la tolerancia a los cambios y a los nuevos estímulos. Entre dos y cuatro años, uso de gestos y palabra exagerados, con el fin de producir miedos y castigos. En

la edad escolar, exigir al niño respuestas a demandas contradictorias, tanto por parte de padres como de tutores. En la adolescencia, humillaciones públicas o en grupos sociales.

- Aislamiento. Va dirigido a privar al niño de una vida social satisfactoria y enriquecedora para sus experiencias emocionales. En menores de dos años, bloquear la posibilidad de interactuar con los padres o figuras de apego. Entre dos y cuatro años, evitar cualquier contacto que no sea con los padres. En la edad escolar, dificultar las relaciones normales con sus compañeros. Durante la adolescencia, impedir que participe en actividades informales fuera del hogar.
- Violencia doméstica extrema o crónica. Es MTI, cuando se producen permanentemente escenas de violencia verbal o física delante de los niños.

Negligencia física

Es la inexistencia de las condiciones necesarias para salvaguardar el bienestar del niño. Suele darse con más frecuencia en familias con graves situaciones socioeconómicas, como: deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o ambos progenitores, pero también en familias acomodadas, que trasladan sus obligaciones a terceros o a otras instituciones. Las necesidades del niño, como: el afecto, la higiene, la alimentación, la protección, las vacunaciones, la educación, los controles de salud mínimos, la autoestima, la socialización adecuada..., en algunos casos, no son atendidas de forma adecuada.

Signos de alerta: cuidado físico deficiente, alteraciones del crecimiento por causa externa e intencionada, como: la alimentación inadecuada, ausencia de vacunaciones o cuidados médicos básicos, repetidas ausencias escolares no justificadas o falta de estímulos suficientes que garanticen una autoestima mínima.

Negligencia psíquica o emocional

Es una “falta persistente de respuesta a señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras o de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable”.

Signos de alerta: ausencia de disponibilidad de los padres hacia el niño; frialdad y falta de afecto; fracaso en la protección al niño ante amenazas externas o inacción ante su demanda de ayuda; renuncia a intervenir por parte de los padres o tutores en casos de interés del menor; suspender un tratamiento que se ha comprobado como eficiente.

Maltrato prenatal

Si el niño tiene derecho a nacer sano, ha de ser protegido desde la concepción. La inexistencia de cuidados que garanticen este derecho es también un tipo de maltrato. Algunos factores que atentan contra la salud fetal son: un trabajo excesivo de la madre; hábitos poco saludables, como tabaquismo, consumo de alcohol y drogas; rodearse de ambientes tóxicos o excesivamente contaminados; abusar de medicamentos innecesarios o potencialmente teratogénicos; o no hacer los controles mínimos que los sistemas de salud organizan y recomiendan de acuerdo a los recursos del lugar.

Trastorno facticio impuesto a otro

Es la denominación que el DSM-5 da al antiguo “síndrome de Munchausen por poderes”. Se trata de síntomas inducidos por adultos que cuidan del niño. Las manifestaciones son variadas, múltiples e inclasificables. Son casos que entrañan una gran dificultad diagnóstica a la que se llega por exclusión.

Signos de alerta: consultas recurrentes por síntomas parecidos o iguales. Uso de múltiples servicios sanitarios, incluidas urgencias. Discordancia entre los síntomas y signos relatados fuera del ambiente médico y los hallazgos en la exploración clínica y analítica. Relativa tranquilidad de la madre ante las dudas del diagnóstico. En otras ocasiones, inquietud exagerada. Insistencia en realizar pruebas, aunque estas conlleven riesgo. Antecedentes de rasgos psicopatológicos en la familia.

Violencia doméstica y de género

Según el Boletín sobre Vulnerabilidad Social de Cruz Roja (julio 2017), más del 90 por ciento de los hijos de víctimas de violencia de género ha presenciado algún episodio de humillación o de agresión física o verbal hacia su progenitora. De ellos, la mitad también ha sido objeto de insultos, menosprecios

(un 57,3%) o de ataques físicos, golpes, rasguños y moratones (un 43,6%).

Según la OMS, los niños que crecen en familias en las que hay violencia, pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales y, a su vez, pueden ver esa violencia como normal.

Acoso escolar (AE)

Para Olweus, la victimización o maltrato psicológico entre iguales se corresponde con una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno o alumna contra otro u otros, a los que elige como víctimas de repetidos ataques. La RAE lo define muy bien y muy concisamente: “en centros de enseñanza, acoso que uno o varios alumnos ejercen sobre otro con el fin de denigrarlo y vejearlo ante los demás”. Según el estudio Cisneros-X (Oñate y Piñuel), entre 2º de primaria y bachillerato, el acoso es proporcionalmente indirecto a la edad: a menos edad, mayor frecuencia.

El AE tiene consecuencias en la víctima, en el agresor y en los espectadores. En la víctima, aparece: rechazo al colegio, mal rendimiento escolar, ansiedad, depresión, baja autoestima e ideaciones suicidas. En el agresor, surgen formas de relacionarse mediante la violencia, además de fracaso escolar y consumo de tóxicos, entre los más importantes. Finalmente, los espectadores acusan ciertas formas de culpabilidad ante el consentimiento de una situación que han podido controlar.

Ciberacoso (CA)

Save the Children hace una definición de CA siguiendo los criterios de Olweus: el ciberacoso es un comportamiento repetitivo de hostigamiento, intimidación y exclusión social de la víctima, que implica diversas formas de violencia física, psicológica o verbal, y que suele hacerse en momentos en los que no hay ningún adulto presente.

Estas situaciones están relacionadas íntimamente, son la presencia de las TICs en esta generación de niños, llamados “nativos digitales”. Según datos del INE del año 2015, prácticamente toda la población escolar (12 a 15 años) tiene acceso a Internet, y un porcentaje próximo al 90% (y en aumento) posee *smartphone* y lo usa para acceder a las redes sociales y a sus contactos perso-

nales. La única diferencia respecto al AE es que no hay presencia física, pero a cambio, el acoso persiste a lo largo de todo el tiempo que el acosador desee. El anonimato, la gran difusión y la inmediatez, suponen un daño añadido. Las encuestas a 21.487 estudiantes de ESO muestran que un 9,3% ha sufrido acoso y un 6,9% ciberacoso. Extrapolado al conjunto de la población, el número de víctimas se eleva a 111.000 y 82.000 menores de edad, respectivamente.

- Las chicas salen peor paradas: un 10,6% ha sufrido acoso (frente a un 8% de chicos) y un 8,5% ciberacoso (un 5,3% de chicos).
- En Andalucía, Melilla e Islas Baleares, el promedio de estudiantes que han sufrido acoso es superior a la media nacional.

Grooming y sexting

Por *grooming* se entiende un conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales. Entre las técnicas están: la mentira, el engaño y la ficción hasta conseguir la confianza del menor y obtener fotos o videos cada vez más explícitos, que podrían usarse como chantaje para lograr otros fines. Mientras que *sexting* es la divulgación por medio de TICs de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización. La difusión se produce por las personas de supuesta confianza a las que se les envió, y supone humillación y chantaje para la víctima. Ambos casos, constituyen un delito y están perseguidos por la Ley. Los daños ocasionados son similares al ciberacoso.

Violencia de género entre adolescentes

Es el equivalente de la violencia doméstica típica, pero referida a adolescentes. Se ha detectado en los últimos años y los datos apuntan a que va aumentando.

“La violencia durante el noviazgo (*dating violence*) es definida como: todo ataque intencional de tipo sexual, físico o psíquico de un miembro de la pareja contra el otro en una relación íntima, integrada por jóvenes o adolescentes. Wolfe y Werke, 1999, la definen como: cualquier intento por controlar o dominar física, sexual o psicológicamente a una persona, generando algún tipo de daño sobre ella”⁽⁹⁾. Hemos llegado a la

conclusión de que la violencia de género en parejas de adolescentes es una realidad estable, desgraciadamente, poco conocida o, mejor dicho, poco reconocida aún por esta población (Díaz-Aguado, y Carvajal. 2011). En concreto, un 80% de chicas y un 75% de chicos no relacionan la falta de amor con el maltrato.

Entre los **factores de riesgo** que aumentan la probabilidad que se produzca violencia en la pareja adolescente, destacan: la influencia del grupo de iguales, el uso de sustancias, las actitudes de tolerancia y aceptación de la violencia implícitas en la sociedad y que pueden llevar a la normalización de la misma, así como variables que tienen que ver con el ajuste psicológico (hostilidad, agresividad, hiperactividad, baja empatía, ánimo depresivo, escasa capacidad de control de la ira, celos, impulsividad, etc.) (Díaz-Aguado, 2004; Leen, Sorbring, Mawer, Holdsworth, Helsing y Bowen, 2013; González-Ortega, et al., 2008).

Maltrato institucional

Se produce cuando las instituciones no tienen en cuenta las necesidades de los niños para su atención y tratamiento, ya sean escuelas, parque, hospitales, etc.

Signos de alerta: abuso de pruebas diagnósticas; no pedir consentimiento informado; dedicación insuficiente de tiempo en la consulta; hospitalizaciones innecesarias; parques infantiles con riesgo de accidentes o daños; descuidos en el mantenimiento o diseño del entorno urbano o rural frecuentado por niños, etc.

Maltrato sexual infantil (MSI)

El daño en el MSI depende de la edad del menor, del agresor y de la actividad realizada.

La Academia Española de Sexología propone completar la clasificación existente, incluyendo una nueva tipología general etiquetada como: “maltrato sexual” MSI, entendiendo por ello: cualquier acción u omisión intencionada, no accidental, que pueda hacer daño a la sexualidad infantil y a su desarrollo sexual y amoroso posterior⁽¹⁰⁾.

Según la OMS, el MSI es: “una acción en la que se involucra a un

Tabla IV. Tipos de MSI⁽¹¹⁾

1. Los matrimonios concertados de menores
2. Abusar sexualmente de una persona menor
3. Las diferentes formas de explotación sexual
4. La no aceptación de la identidad sexual
5. La no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad
6. La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual
7. Las diferentes formas de negligencia sexual
8. La violencia de género y todo tipo de violencia intrafamiliar

menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado o, también, que viola las normas o preceptos sociales”.

A partir de la categoría general de “MALTRATO SEXUAL” proponemos los siguientes subtipos (Tabla IV):

1. Los matrimonios concertados de menores prepúberes o adolescentes por parte de personas adultas.
2. Los abusos sexuales a una persona menor que no puede consentir, dada su edad (o sus limitaciones mentales y sociales) o que es sometido/a cualquier conducta sexual sin su consentimiento.
3. Las formas de abuso y las estrategias de los abusos son muy diversas, incluyendo acciones a través de internet, como el *sexting* y el *grooming*, entre otras.
4. Las diferentes formas de explotación sexual comercial de menores: prostitución infantil y pornografía infantil.
5. La no aceptación de la identidad sexual, incluidas la transexualidad y transgénero de un niño o una niña.
6. La no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad en la infancia o la adolescencia.
7. La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual.
8. Las diferentes formas de negligencia sexual, como no ofrecer información y educación adecuada en la familia y escuela para su salud sexual.

9. La violencia de género y todo tipo de violencia intrafamiliar puede tener graves consecuencias para niñas, niños y adolescentes.

Se usan tres criterios para definir el MSI: la edad del menor, la edad del agresor y la actividad realizada por el agresor, y la conducta sexual realizada por ambos.

La edad de la víctima no debe ser superior de 15 a 17 años. Por encima de esta edad, se entendería acoso sexual.

El agresor debe tener entre 5 y 10 años más que la víctima, siempre que esta tenga menos de 12 años. Si la edad del agresor es menor de 15 años, no se considera ASI, excepto si media violencia, presión o engaño. En general, los datos básicos que hay que considerar son la coerción y la asimetría de edad, que imposibilitaría una relación igualitaria. Este aspecto tiene importancia, ya que se ha comprobado que, en algunas sociedades, el 20% de las violaciones las realizan menores de edad y que, casi el 50% de los agresores, cometen su primer abuso antes de los 16 años.

La conducta sexual es otro parámetro que hay que considerar. Se describe una amplia gama de abusos, tanto de carácter físico, como: caricias en órganos genitales, coito anal o bucal, como de otro tipo, por ejemplo: exhibicionismo, proposiciones...⁽⁸⁾

Signos de alerta: pueden ser físicos o psicológicos.

- Entre los primeros: lesiones que afectan a la vulva, labios menores o mayores, himen o ano, en forma de desgarros, hematomas y dilataciones. También, infecciones de transmisión sexual: siendo de muy alta probabilidad: sífilis, gonorrea y *clamydia*; de alta probabilidad: VIH, VHB, VH, VPH y Trichomona; de baja probabilidad: *Gardnerella*, *Mycoplasma* y *Ureaplasma*, *Cándida* y *Haemophilus*⁽¹¹⁾.
- **Indicadores psicológicos y emocionales.** Son los más importantes, frecuentes y múltiples, y los que más perdurarán a lo largo de la vida de la víctima (Pereda 2010). Son diferentes según la edad del menor, el tipo de conducta sexual abusiva y la respuesta del entorno del niño. Los indicadores abarcan desde rabietas y conductas regresivas y oposicio-

nistas o mal rendimiento escolar, hasta huidas del hogar y consumo de drogas y alcohol, pasando por ideas suicidas. En cuanto a los cambios emocionales, se describe: la desconfianza hacia sí mismo y su entorno más próximo; sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, rechazo del propio cuerpo, miedos, ansiedad y depresión; estigmatización, estrés postraumático, cambios en la conducta alimentaria, etc.

- **Cambios en la conducta sexual del menor.** Se producen en forma de interés sexual impropio para su edad, algún tipo de conducta sexualizada, como: masturbación compulsiva, proyección del abuso mediante juegos y dibujos, retraimiento social o conductas antisociales.

Diagnóstico del MSI

No es fácil llegar al diagnóstico. Exige mucha experiencia y precaución, ya que en caso de error, se pueden derivar consecuencias legales muy serias. Los indicadores físicos muchas veces son insuficientes y, en ocasiones, ni existen. La entrevista con el menor puede ser la prueba de más valor, pero exige unas pautas.

La entrevista debe realizarse en un ambiente tranquilo, cómodo, donde no se produzcan distracciones de personas o teléfonos y con muebles adaptados al menor de forma que induzcan confianza.

El primer paso es la **evaluación de las capacidades cognitivas del menor.**

El profesional que realiza la entrevista tiene que estar **entrenado en habilidades de comunicación con niños, y conocer las señales del lenguaje no verbal.** Por ejemplo, debe evitar el contacto visual cuando la víctima está relatando el abuso. La entrevista tiene unas fases progresivas, orientadas a lograr la declaración veraz, y debe ser grabada para su posterior estudio. Una vez obtenido el testimonio, se procede al análisis del contenido, basándose en criterios CBCA (Steller y Wolf, 1992), de reconocido prestigio entre los profesionales y científicos. Al final de este complicado proceso, se extenderá una hipótesis de muy probable, probable, poco probable o incierta⁽¹²⁾.

Existen otras pruebas validadas que ayudan a sustentar la hipótesis anterior:

la entrevista con los padres sobre los gustos y preferencias del menor, el relato de la experiencia vivida, el conocimiento del hogar y la valoración de los factores de riesgo y protección. Estas verificaciones pueden ayudar a mantener la hipótesis inicial. Otros profesionales como: profesores, monitores de tiempo libre o de ludotecas y trabajadores sociales contribuyen a aportar datos esclarecedores.

De lo que hay que **huir, es de la repetición de entrevistas y exploraciones que constituyan una victimización secundaria.** Para esto, se ha creado lo que se llama prueba preconstituida, con el fin de evitar la victimización secundaria (Sotoca et al., 2013) en un ambiente adaptado al niño, evitando la presencia en el juzgado, libre del ambiente de togas, en que son los profesionales quienes van a un lugar preparado con habitáculos provistos de espejos unidireccionales y otros dispositivos⁽¹³⁾.

Cómo actuar ante un caso de MTI

La actuación ante el MTI forma parte del compromiso social de nuestro trabajo.

Las características más importantes del trabajo en AP son: la educación para la salud, la promoción de la salud, la prevención primaria y, en ocasiones, la prevención secundaria.

Los pediatras somos parte del problema y parte de la solución. Afrontar un caso de MTI supone un entrenamiento y el reconocimiento de que el MTI existe y es más frecuente de lo que se registra. A partir de la sospecha de un caso, nosotros tenemos que adoptar una actitud protectora y terapéutica y, además, asumir que se trata de un trabajo multidisciplinar. Es, en esta situación, donde se aprecia el grado de compromiso que los profesionales contraen con la sociedad, donde se pone a prueba su capacidad, pero donde también se encuentran gratificaciones.

Ante un caso de MTI, se debe poner extremo cuidado desde el principio. La entrevista es clave, como se ha dicho. A ser posible, ha de producirse en un lugar apropiado y discreto, propicio a la confidencialidad, que induzca a la confianza, y sin que se produzcan interrupciones.

El interlocutor con la familia debe ser siempre el mismo profesional. No se tienen que repetir las preguntas y, en ningún caso, se debe mostrar desconfianza o incredulidad ante las respuestas.

Es muy importante evitar acusaciones entre los miembros de la familia, sobre todo, si se trata de una familia inestable, o con problemas judiciales, o de separación y divorcio, y eludir asuntos de la familia que no tengan que ver con el tema.

Al final de la entrevista, los datos recogidos y las impresiones personales se deben poner por escrito para estudio y recordatorio.

Es difícil diagnosticar un MTI, pero todavía lo es más, actuar frente a un caso. No hay receta única. Cada situación exige una actitud determinada acorde a la personalidad del menor, su entorno y los daños sufridos. Hay dos objetivos primordiales: proteger al niño lo antes posible, para evitar nuevos abusos, y evitar conflictos si en el entorno del niño se ha reaccionado con hostilidad.

No todos los profesionales están en disposición de afrontar un caso de MTI. Por eso, es **necesario un mínimo entrenamiento**, como en otras disciplinas clínicas. Afecta a muchas personas emocionalmente, hasta el punto de que les impide actuar con serenidad y sensatez. Es necesario controlar los propios sentimientos y no actuar de forma irreflexiva, ya que algunas acciones no meditadas podrían perjudicar antes que beneficiar. Una función importante del profesional es facilitar los movimientos de los menores para que encuentren la persona de su confianza, con la que dialogar abiertamente de lo ocurrido y, de este modo, liberar a la víctima de la incapacidad de hablar.

En cualquier caso, **se puede acudir a un centro de información o a profesionales expertos para solicitar ayuda.** Hay mucho que ganar, cuando se actúa de forma correcta; es decir, cuando se demuestra al menor que se le cree, se le va a proteger y se le quiere.

Muy conveniente es **conservar la calma, no actuar con prisa.** No alejar al niño de la familia, ni hablar directamente con el presunto agresor. Una confrontación prematura, sin poner al niño a salvo, podría producir una regresión que dificultaría actuaciones posteriores, y se expone al niño a otras violencias⁽⁶⁾.

Hay que procurar que el niño comprenda (si tiene edad para ello), que sabemos lo que le pasa, que no es el único niño a quien le sucede esto, que no tiene que tener miedo, que creemos lo que nos cuenta y estamos dispuestos a ayudarle y, sobre todo, que él no tiene ninguna culpa.

Conviene explicarle los pasos que se van a seguir a partir de ese momento, para lo que siempre se va a contar con él, y que es posible que también tengamos que contar con otras personas para que nos ayuden si fuera necesario.

Manifestaremos afecto en todo momento y la idea de que lo que le pasa se puede solucionar.

En el caso de que el maltrato lo haya causado una persona ajena a la familia, esta debe ser informada. Si se trata de un familiar directo, hay que comunicárselo a los padres, si ello no merma las condiciones de seguridad para el niño o niña. Puede darse una situación en que no sea posible y haya que recurrir a los servicios de protección a la infancia, con tal de evitar que la situación quede oculta en el ámbito intrafamiliar.

Prevención en Atención Primaria (AP).

Recomendaciones de PREVINFAD⁽⁷⁾

La educación para la salud, la promoción del buen trato y la prevención primaria son actividades inherentes de la Atención Primaria.

Prevención dirigida la población general

Se fundamenta en el objetivo de potenciar los indicadores protectores y de evitar la presencia de indicadores predisponentes o de riesgo.

Esta prevención comienza con la apertura de la historia de salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc. (para buscar posibles indicadores protectores y de fragilidad) de la población infantil atendida. Igualmente, se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, para evaluar: la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, detectar síntomas que sugieran abandono o carencia afectiva, y la actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites

(azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas). También, la historia de salud va destinada a revelar posibles situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer, promover la lactancia materna y prevenir el “síndrome del niño sacudido”.

Prevención dirigida a la población de riesgo

El objetivo es reducir daños y atenuar los indicadores de riesgo existentes, potenciando los indicadores protectores. Se recomienda:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor. Coordinar con el equipo de trabajo social: objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Remitir a programas de apoyo social, psicológico y de educación parental, si los hay en el área de salud.
- Remitir a centros de salud mental o unidades de tratamiento de conductas adictivas a padres con adicciones o trastornos psiquiátricos.
- Recomendar el tratamiento de los trastornos de ansiedad o depresivos por el médico de familia.
- Realizar visitas domiciliarias de enfermería a familias de alto riesgo. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.

Actuaciones ante la sospecha o certeza del maltrato infantil

Estas indicaciones se basan no solo en pruebas, sino también en el “Plan Estratégico de Acción contra la Violencia” del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos).

Las pautas de actuación son:

- Tratar las lesiones y sus secuelas físicas.
- Establecer medidas de protección contra posibles contagios (tétanos, hepatitis B, enfermedades infecto-contagiosas o por lesiones físicas, enfermedades de transmisión sexual).
- Disponer medidas de prevención de embarazo secundario a una agresión sexual.
- Asegurar el tratamiento emocional y psicológico del niño con ayuda de

unidades de salud mental infanto-juvenil.

- Compaginar las actuaciones con los servicios sociales de la zona y sus respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones coordinadas e informando periódicamente de la salud física del niño.
- Hacer un seguimiento de la familia y el niño y, en su caso, tratar las secuelas, repeticiones del maltrato o problemas de salud asociados.
- Proporcionar a las familias grupos de ayuda mutua, educadores y psicoterapeutas para facilitarlas:
 - “Programas de educación y entrenamiento parental, asesoramiento profesional”, preventivos contra el abuso recurrente y el trato negligente.
 - “Intervenciones basadas en terapia cognitiva y conductual”, preventivas contra el abuso emocional recurrente.
 - “Programas de tratamiento psicológico a madres y a niños sometidos a violencia de género”, para reducir problemas de conducta y síntomas psicológicos en niños.
 - “Terapias en familias y niños”, actuando sobre los efectos post-traumáticos del abuso sexual.
- Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.).
- Favorecer la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, tratando de que los padres y familiares próximos participen en el proceso de normalización de su vida social.

¿Comunicarlo o denunciarlo?

La mejor forma de conocer la magnitud del MTI es la comunicación o denuncia.

Existe tendencia a silenciar el MTI por parte de todos los profesionales y, prueba de ello, son los pocos casos registrados en relación con los datos que las encuestas dan sobre MTI⁽⁸⁾.

Cuando el MTI es leve y puntual, bastaría solamente con comunicarlo a los servicios sociales más próximos:

trabajadores sociales, equipos psico-pedagógicos o servicios de psiquiatría infanto-juvenil.

Cuando se trata de casos graves y repetidos, se deberá denunciar y comunicar a la mayor brevedad posible al Fiscal, Juzgado de Guardia o Servicios de Protección a la Infancia.

Los profesionales debemos saber que la Ley nos obliga a la denuncia, por las razones siguientes:

- A través de la denuncia, desde la Administración de Justicia, se protege al niño y aísla al agresor, evitando la repetición.
- Se evita que el agresor actúe sobre otras víctimas.
- El proceso judicial fuerza a los agresores al tratamiento, aunque se sabe que la rehabilitación es difícil y costosa.
- Se reduce el número de abusos cuando estos se denuncian.
- Se ayuda a que el menor no se sienta culpable.
- Si el MTI se da en la familia, esta pocas veces pone remedio, con lo que se perpetúa la situación.

Consentimiento sexual y nuevos cambios del código penal

Los profesionales debemos estar al corriente de los cambios legales para evitar conflictos con la justicia.

El profesional sanitario debe siempre actuar en defensa del menor y, en caso de que sea considerado menor “maduro” y haya conflicto con las decisiones paternas, con más razón. El desconocimiento de las leyes y la práctica de la llamada “medicina defensiva”, hace que el menor no sea el objeto de nuestra protección, ni pueda ejercer su autonomía. La reforma de 2015 del Código Penal en España, ha aportado algunas novedades⁽¹⁴⁾:

La nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 16 años. Antes era a los 13 años.

Así, será considerada como delito, en todo caso, la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años.

- **Excepción:** en el caso de que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez.

- **Agravantes:** si concurre violencia o intimidación, o si los abusos consisten en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías. En el caso de los menores de edad –de menos de dieciocho años–, pero mayores de dieciséis años, constituirá abuso sexual: la realización de actos sexuales interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima.

Otros cambios en la reforma del Código Penal, además de la edad de consentimiento sexual, que afectan a los menores:

- Es delito hacer presenciar a un menor de 16 años actos o abusos sexuales sobre otras personas.
- En los delitos contra la prostitución, existe ahora una clara separación entre comportamientos cuya víctima es una persona adulta, o un menor de edad. En este segundo caso, se elevan las penas previstas y se introducen nuevos agravantes.
- Se castiga la pornografía infantil, los actos de producción y difusión, la asistencia a sabiendas a espectáculos exhibicionistas o pornográficos en los que participen menores de edad o personas con discapacidad necesitadas de especial protección. También, se castiga el mero uso o la adquisición de pornografía infantil.
- Se sanciona al que, a través de medios tecnológicos, contacte con un menor de dieciséis años y realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas.

Bibliografía

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

1. Earliest Case of Child Abuse Discovered in Egyptian Cemetery. Joseph Castro. Live Science Contributor.
- 2.** El concepto de infancia a lo largo de la historia. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4865/1/514517%20historia.pdf>
- 3.* Maltrato Infantil. www.who.int/media-centre/factsheets/fs150/es/
- 4.*** UNICEF: la violencia infantil en cifras - <http://noticias.universia.es/tag/maltrato-infantil/>. (Consultado el 7 de mayo de 2018).

Derechos de los niños en España. Unicef. Resumen orientativo

Derecho de los niños a jugar. Todos los niños tienen derecho a jugar y a divertirse.

Derecho de los niños a la alimentación. Todos los niños tienen derecho a la alimentación.

Derecho de los niños a tener un hogar. Todos los niños tienen el derecho a tener una vivienda, una casa donde protegerse del frío y donde vivir con su familia. Además de ser una vivienda, debe ser un hogar donde el niño pueda vivir con comprensión, tolerancia, amistad, amor y protección.

Derecho de los niños a la salud. El derecho a la salud es un compendio entre el bienestar físico, mental y social, y más en los niños, que son más vulnerables a las enfermedades.

Derecho de los niños a la educación. Todos los niños tienen derecho a una educación, independientemente del sexo, religión, nacionalidad y cualquier otra condición. El Estado debe hacer todo lo posible para garantizar el acceso de los niños a la educación.

Derecho de los niños a la vida y a tener una familia. El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Crecer bajo la responsabilidad de sus padres y, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material.

Derecho a tener nacionalidad. Desde su nacimiento, el niño tiene derecho a tener un nombre y un apellido. Todo niño debe ser registrado inmediatamente después de su nacimiento, ya que los padres tienen la obligación de informar el nombre, el apellido y la fecha de nacimiento del recién nacido.

Derecho de los niños a la igualdad. Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad. Con ello se pretende conseguir que todos los niños sean tratados de la misma forma, sean del origen que sean y se encuentren en el país que se encuentren.

Derecho de los niños a opinar. La Convención de los Derechos del Niño reconoce en su artículo 12 y 13 el derecho de los niños a expresar su opinión y a la libertad de expresión.

Derecho de los niños a no trabajar. El derecho a la protección contra el trabajo infantil dice lo siguiente: el niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata y no deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada.

- 5.* Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. European report on preventing child maltreatment. 2013. Disponible en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
- 6.** Maltrato Infantil en España. Informe Reina Sofía. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
- 7.*** 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. Actualizado: diciembre 2015. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/maltrato-infantil-rec>
- 8.*** Programa de sensibilización en el ámbito sanitario, contra el maltrato en la infancia y adolescencia. Junta de Castilla y León. 2008.
9. Montilla MVC, Romero O, Martín A, Pazos M. Actitudes de los adolescentes acerca de la violencia en parejas de jóvenes. *Revista de Orientación Educativa*. 2017; 31; 53-72.
- 10.*** Nueva propuesta de maltrato sexual infantil de la Academia Española de Sexología. <http://www.aeped.es/noticias/propuesta-sobre-nueva-tipologia-maltrato-infantil-que-amplie-las-formas-maltrato-sexual>
11. Zayas García A. Evaluación psicosocial del abuso sexual infantil: factores de riesgo y protección, indicadores, técnicas y procedimientos de evaluación. *Apuntes de Psicología*. 2016; 34: 201-9.
- 12.** Domingo-Salvany F. El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(10): 694-712.

13.** Victimización secundaria. Fundación Márgenes y Vínculos (2009). *Cortometraje Espiral*. Disponible en Internet. (Última visión, 4 de mayo 2018).

14.** Edad de consentimiento sexual. Sánchez Bermejo Abogados. <https://www.sanchezbermejo.com>.

Bibliografía recomendada

– Curso online sobre educación sexual. Daniel Santacruz. Escuela de madres y padres. Respuestas fáciles a preguntas difíciles. Guía de educación sexual integral para familias.

“Respuestas fáciles a preguntas difíciles” es un curso online y una guía creada desde *Save the Children* para fomentar la educación sexual en familia. Hablar de sexualidad nos suele costar, sobre todo con los niños y niñas y adolescentes; con este material, proporcionamos algunas claves válidas para mejorar la comunicación. En: <https://escuela.savethechildren.es/cursos/curso-online-como-hablar-de-sexo-con-tus-hijos>

– Curso online: *bullying y ciberbullying*. El acoso escolar o *bullying* y el ciberacoso o *ciberbullying* son un tipo de violencia que sufre 1 de cada 10 niños y niñas en nuestro país. La violencia entre iguales es una situación que daña el presente de los niños y hace peligrar su futuro. Muchas veces, los padres y madres no sabemos cómo prevenir, cómo detectar y cómo tratar los casos de acoso escolar y ciberacoso. Por eso, *Save the Children* ha creado este curso donde José Antonio Luengo (psicólogo educativo y experto en prevención de la violencia en la infancia) nos dará claves que ayuden a los padres y madres a proteger a sus hijos. Disponible en Internet: <https://escuela.savethechildren.es/cursos/curso-online-bullying-y-ciberbullying>

– Grupo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon; 2015.

Uno de los ambientes sanitarios más frecuentados por los niños maltratados, son los servicios de urgencia. En estos ámbitos de trabajo, la actuación exige inmediatez y eficiencia cuando apenas se conoce el entorno sociofamiliar de la víctima de maltrato. Por esta razón, las actuaciones deben estar muy protocolizadas para procurar la protección del menor. Este manual está realizado por profesionales competentes y con experiencia.

– Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. Disponible en: www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FBlanco.pdf

Esta primera Guía clínica sobre el Ciberacoso para profesionales de la salud reúne de forma clara, práctica y actualizada los últimos conocimientos y avances científicos; su objetivo es enseñar a los sanitarios a prevenir, identificar y tratar las manifestaciones clínicas del ciberacoso. Incluye el anexo “Herramientas en consulta”, el cual contiene documentos de información para padres, menores y centros escolares.

– *Save the Children. Yo a eso no juego. Bullying y Cyberbullying en la infancia.* 2016. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

El acoso y ciberacoso son formas de violencia contra las que todos los niños y niñas tienen derecho a ser protegidos. Puedes descargar el informe que se ha desarrollado con la finan-

ciación de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo.

– La asociación de familias con menores transexuales Chrysallis tienen una página web en: www.chrysallis.org.es
Donde hay abundante material y documentos escritos como en vídeo, que pueden usarse libremente como documentos docentes y educativos.

Caso clínico

Joao viene a consulta por haber sido denunciado por el padre de una compañera de curso, porque desde hace unos dos meses le “toca el culo”. Esa conducta la ha tenido con otras compañeras que no se han quejado.

El padre se ha dirigido al Director, quejándose y denunciando. El equipo psicopedagógico pide consulta con el pediatra.

Joao lleva dos años en España. Su rendimiento escolar es bajo. Ha suspendido todas las asignaturas, menos música y educación física, en la que ha sacado sobresaliente. No le gusta estudiar.

Divertido, chistoso, alegre, sociable. Muy hablador y seductor. Muy apreciado por las chicas. Le gusta vestir bien, pero dice que no tiene dinero. Explosivo, “se parece a su padre”, dice la madre. Tolera mal las frustraciones y se enfada fácilmente. Culpabiliza a su madre de muchas cosas. Se lleva mal con el compañero de la madre, con el que apenas se habla. Cree que si se separaran sería mejor para la madre.

No tiene buenos recuerdos de su infancia. Le pegaban porque no obedecía. Echa de menos los amigos de Brasil. Todavía no sabe por qué su madre le ha traído a España.

En casa, colabora poco en tareas domésticas. Ni siquiera hace su cama. Tiene la habitación muy desordenada. Pasa muchas horas solo, oyendo música, preferentemente brasileña. Ve “películas X” que sus padres tienen escondidas, durante las horas en que está solo en casa.

Come lo que le deja su madre preparado. Duerme mal y poco, porque se queda enviando mensajes a sus amigos. No tiene *smartphone*, porque no tiene dinero. Miente a su madre, a la que dice que lleva bien todo el curso. La madre se siente desbordada, y su compañero trata a Joao con autoritarismo y castigos. No hace mucho estuvieron a punto de pegarse.

En el colegio, acepta mal las normas escolares. Habla mucho, no atiende, no hace las tareas y suele ser impuntual. Los profesores se quejan mucho, pero le consienten algunas cosas, ya que es simpático y transigen ante la situación de adaptación. Dicen los profesores que es inteligente.

Ocio y tiempo libre: le gusta salir con amigos del barrio y se suele juntar con otros latinoamericanos. Sale todos los días con los amigos. Los fines de semana vuelve más tarde de lo pactado con los padres, pero no le dicen nada.

Dedica su tiempo libre a jugar al fútbol y callejear. “Hace botellón” con otros amigos de más edad. Reconoce haber bebido hasta “el punto”. Ha probado inhalantes, pero dice

no querer volver a probarlos por lo mal que lo pasó. Nunca se ha peleado ni ha robado nada. Le gustan los animales y tiene una mascota. No fuma tabaco, pero sí algún porro que le facilitan los amigos.

Aficiones: le gusta ver la tele. Se conecta con amigos de Brasil cuando está en casa solo o con el ordenador de sus amigos.

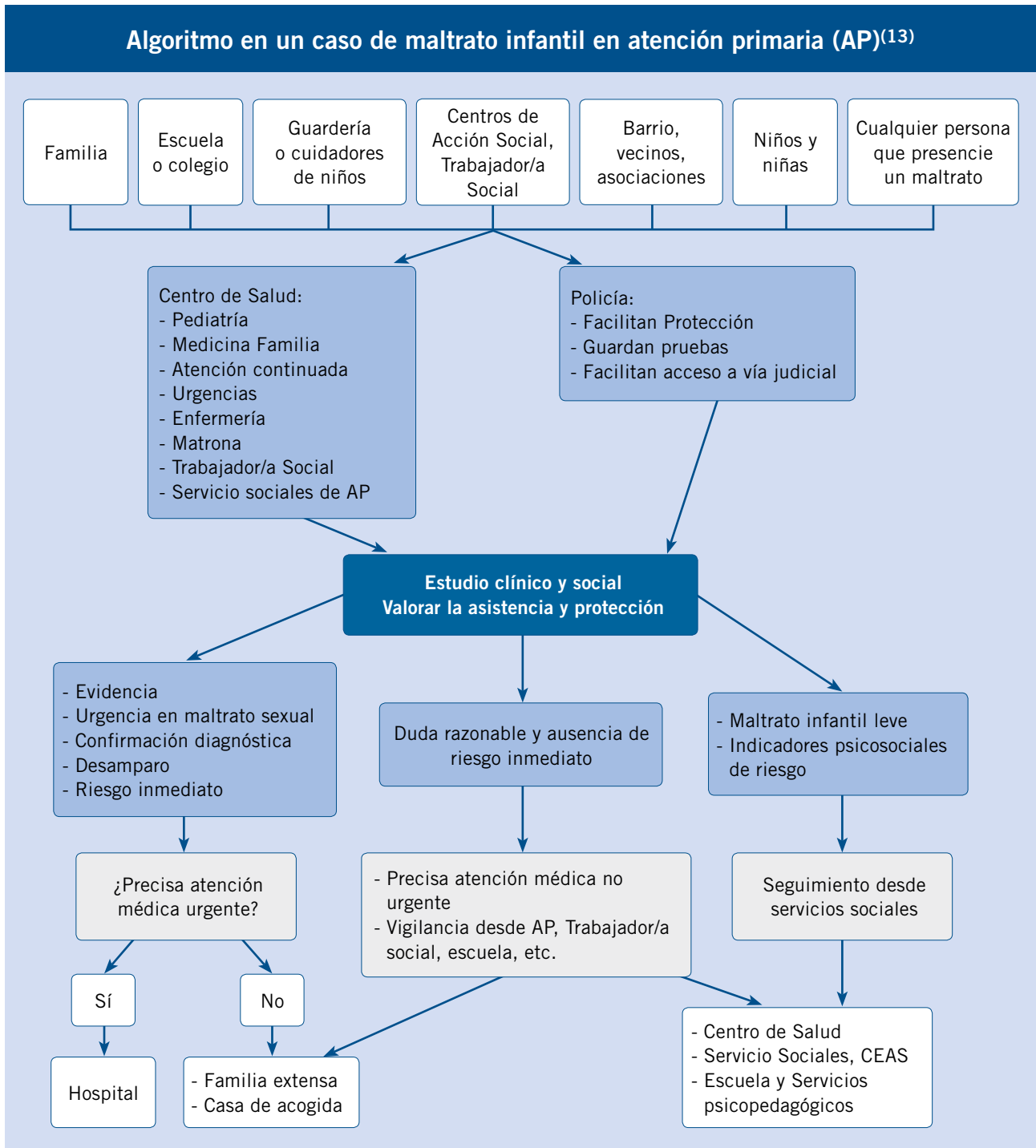
Amigos: son del barrio. Se siente bien con ellos, porque se divierten y juegan.

Estado de ánimo: echa de menos su país y sus amigos, y cuando lo piensa se entristece y llega a llorar. Nunca ha tenido ideas autolíticas, pero sí ha pensado escaparse de casa para volver a su país, sobre todo, cuando sus padres o los profesores le reprenden.

Comportamientos sexuales: no tiene novia. Le gustan mucho las chicas (se ríe cuando se lo pregunto). Se divierte y se encuentra a gusto con ellas. Ha tenido relaciones sexuales (RS) con varias chicas. La primera vez en Brasil. No siempre tomando precauciones. No suele tener dinero para condones. Los que tiene se los dan sus amigos. Refiere haber tenido RS con mujeres mayores. Nunca comerciales.

Lista de problemas: Emigración. Desadaptación cultural. Disfunción familiar grave. Riesgo de consumo de sustancias. Amistades peligrosas. Relaciones sexuales de riesgo. Problemas económicos. Pobreza cultural. Comportamiento disruptivo en casa.

Resumen: Joao es inteligente y sensible, reconoce que vive en un país muy distinto al suyo y eso facilita las intervenciones. Sigue pensando en regresar a su país, aunque empieza a darse cuenta de que aquí se vive bien y puede tener mejor futuro que en su pueblo natal con su abuela. Todos los profesionales, desde el trabajador social, el educador del Centro cívico y los psiquiatras están contentos con la evolución de Joao. En el trabajo real, se manifiesta como un chico responsable, aunque reconoce que le cuesta estudiar. Los profesores se muestran esperanzados. Las relaciones con la pareja de su madre no son malas, porque procuran estar poco tiempo juntos. Entiende que sus amigos no son los mejores, pero no tiene otros. Ha establecido una buena relación con el educador social. En los últimos 4 meses, no ha repetido ningún gesto molesto y nota que el trato ya es igual que antes de la denuncia. Tiene menos amigos en la clase. Se ha hablado del problema con el fiscal de menores, que recibe informes regularmente de la dirección del colegio.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

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".



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.

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".

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

25. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la infancia a lo largo de la Historia NO es cierta?

- a. Los niños eran propiedad de los padres.
- b. Se daba importancia a la infancia porque se suponía que contribuía a hacer adultos más sanos.
- c. Los derechos del niño no existían.
- d. El infanticidio estaba justificado, sobre todo, en caso de malformaciones físicas.
- e. La infancia se entendía, como etapa aislada sin relación con la adultez.

26. Sobre la dificultad del concepto de maltrato infantil (MTI), ¿cuáles son CIERTAS entre las citadas?

- a. Falta de consenso social acerca de qué prácticas parentales son inaceptables o peligrosas.
- b. Falta de acuerdo sobre si la intención parental debería ser o no considerada, para determinar la ocurrencia de un acto de maltrato.
- c. Incertidumbre sobre si se debe definir el maltrato basado en el comportamiento adulto, los

efectos en las niñas y los niños o una combinación de ambas.

- d. Confusión respecto de si, definiciones similares deberían ser utilizadas para propósitos científicos, legales y clínicos.
- e. Todas son ciertas.

27. Sobre el "grooming", ¿cuál de estas afirmaciones NO es cierta?

- a. Es una técnica orientada a seducir a menores por un adulto.
- b. Es igual que el "sexting".
- c. Se diferencia del "sexting" en que, en este caso, los mensajes son claramente sexuales.
- d. Se usa la mentira y el engaño.
- e. Ambas están perseguidas por la ley.

28. Sobre el diagnóstico del maltrato sexual infantil (MSI), una de estas afirmaciones NO es cierta:

- a. La entrevista con el niño es la mejor prueba.
- b. Hay que evitar la victimización secundaria.
- c. Exige experiencia y entrenamiento.
- d. No es necesario grabar la entrevista, pues basta la anotación de lo que nos cuenta.
- e. Existen técnicas para analizar el contenido basado en criterios.

29. Sobre la reforma del Código Penal Español de 2015, ¿cuáles son los datos de MÁS INTERÉS de cara a la prevención del maltrato infantil (MTI)?

- a. Establece la edad de consentimiento sexual en los 16 años.
- b. Se castiga la pornografía en que participen menores.
- c. Se castiga el que, a través de medios tecnológicos, contacte con menores de 16 años y realice actos dirigidos a embaucarlo para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas.
- d. El profesional siempre debe actuar en defensa del menor y si este es "maduro" con más razón.
- e. Todas son ciertas.

Caso clínico

30. ¿Cuál de estas afirmaciones referidas al acoso sexual son CIERTAS?

- a. Contactos e interacciones entre un niño y un adulto (agresor) para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona.
- b. Es una trama de relaciones donde existe un desequilibrio de poder entre acosador y la víctima.
- c. Es un conjunto de acciones, como: requerimientos, proposiciones, chistes, bromas..., que suponen vejación para la víctima.
- d. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima).
- e. Todas son ciertas.

31. ¿Cuál sería vuestra **ACTITUD** en este caso?

- a. Derivaría a salud mental directamente ante la gravedad de los hechos.
- b. Hablaría con el centro escolar para conocer la conducta en el colegio.
- c. Realizaría una Historia Clínica más detenida en horas programadas.

d. Pondría el caso en conocimiento de la policía.

e. La b y c parecen las más razonables.

32. En este caso, ¿cuál crees que ha sido más **EFICAZ**?

a. Esforzarse por entenderle y hacerse entender.

b. La escucha activa.

c. Estar atentos a las emociones.

d. Poner en sus manos los recursos sociales, pedagógicos y judiciales, para que conozca que la sociedad le protege, pero también le vigila.

e. Todas.

Valoración inicial del niño inmigrante

V. Fumadó Pérez

Pediatra. Doctor en Medicina, Máster en Medicina Tropical. Profesor asociado de la Universidad de Barcelona. Responsable de la unidad de Referencia Nacional de Enfermedades Tropicales e Importadas y Unidad de 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 qué enfermedades infecciosas importadas debemos pensar y orientar lo más precozmente posible el diagnóstico. Asimismo, en estos pacientes podemos tener dificultad para conocer los antecedentes, viniendo 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 infectious 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 2018; XXII (4): 200.e1–200.e10

Introducción

En las últimas décadas, han aumentado drásticamente los movimientos migratorios debido a diferentes factores, como la pobreza y la guerra, entre otros, obligando a los seres humanos a migrar, convirtiéndose en inmigrantes a la llegada al nuevo país. Son numerosos y diferentes los factores que 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. Además, los movimientos migratorios voluntarios o forzados y los viajes internacionales exponen al niño a condiciones de vulnerabilidad que dependerán del país de donde procedan o al que viajen, y pueden afectar de la misma forma a su salud física y mental.

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

Los niños procedentes de otros países con menos recursos inmigran por diferentes motivos, y estos motivos, en ocasiones, condicionan su salud, básicamente podríamos diferenciar cuatro grupos de niños:

1. *Inmigrantes*: aquellos niños nacidos en otro país o que algunos de los padres han nacido en otro país.
2. *Refugiados*: niños que están fuera de su país de origen y no pueden volver debido a persecución por razones de raza, religión, pertenecer a un grupo social u opinión política.
3. *Adopción Internacional*: la adopción internacional es un tipo de adopción por la cual un individuo o una pareja se convierten en los portadores legales y permanentes de un niño nacido en otro país.
4. *Niño viajero*: niños nacidos en nuestro país, pero que han viajado o vivido en países con menos recursos y con otras enfermedades endémicas.

¿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⁽³⁾.

El conocimiento de la patología más prevalente en estas regiones orientará los

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	Strongiloidiasis	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

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 enzimático (lactasa).
- Antecedente de tosedor en la familia.

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 realizan actividades preventivas de salud, ni se controla de la misma forma que en el nuestro, el embarazo y el parto (este 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 seguimiento, 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 este y monitorizar la velocidad de crecimiento.

Para ello, lo mejor es utilizar tablas de referencia de crecimiento de la

OMS⁽⁴⁾, 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 mostrará los niños con bajo peso. En los niños mayores de dos años, se puede calcular el índice de masa corporal⁽⁵⁾.

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 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 las 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, zika 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. Desde la epidemia emergente de Zika

del año 2015, se ha demostrado que este virus puede ser el causante de microcefalia congénita.

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, triquinosis u oncocercosis.

Inspección de lesiones cutáneas y de mucosas (Tabla II)

La mayoría de los niños inmigrantes presentarán una cicatriz en deltoides 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 meseta tibial, hay que buscarlos en el tejido subcutáneo, si el niño viene de una región endémica de oncocercosis. El prurito y la presencia de lesiones de rascado nos deben hacer sospechar filariasis, más frecuente en niños mayores de 10 años. 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 acrómicas y palpar los nervios, en la exploración física.

Tabla II. Exploración física del estado nutricional

Área de exploración	Signos	Déficit
General	Peso y talla bajos	Calorías
		No panículo adiposo
Cabello	Ralo, quebradizo	Proteínas y calorías
	Despigmentado	
Piel	Palidez	Hierro, ácido fólico
	Despigmentada	Proteínas
	Xerosis, hiperqueratosis	Vitamina A
	Púrpuras, petequias	Vitamina C
Esqueleto	Dermatitis seborreica	Vitamina B ₂ , zinc
	Dolor óseo	Vitamina C
	Rosario costal	Vitaminas C, D
Ojos		Proteínas
	Xeroftalmía	Vitamina A
Uñas	Coiloniquia	Hierro
Encías	Sangrantes, edematosas	Vitamina C
Lengua	Glositis	Ácido fólico, vitaminas B ₂ , B ₁₂

La palidez, la presbidermia, la piel de leopardo (oncocercosis), las máculas anestésicas o ya ulceradas (lepra), las lesiones por rascado y las secundarias a dermatofitosis (muy frecuentes) son todos signos que se pueden encontrar en la piel⁽⁶⁾.

Se debe incluir revisión de la mucosa oral por frecuentes múltiples caries e infecciones.

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 [ensayo de liberación de interferón gamma (IGRAS) y pruebas de imágenes], ya que las formas extrapulmonares y diseminadas son más frecuentes en los niños.

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, los test conocidos como IGRAS (*Interferon & release assays*), 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⁽⁷⁾.

Exploración abdominal

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 (causa más frecuente de diarrea a nivel mundial) y la determinación de las diferentes cepas 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 en niños, ya que puede afectar el crecimiento. Los patógenos más comunes son: *G. lamblia*, *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. estercoralis* mantiene un ciclo auto-infectivo, por lo que sobrevive años después de haber abandonado el Trópico. 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.**

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 y península Arábiga. 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⁽⁸⁾ (Tabla III).

En la palpación abdominal, prestaremos especial atención a la presencia de visceromegalias: esplenomegalia o hepatomegalia, que nos orientará a patología

Tabla III. Parásitos intestinales que no requieren tratamiento

- Nemátodos: *Capillaria hepatica*, *Diocotophyma renale*, *Dipetalonema perstans*, *Dipetalonema streptocerca*, *Mansonella ozzardi*, *Syngamus laryngeus*, *Terminideminutus*
- Protozoos: *Chilomastix mesnli*, *Enteromonas hominis*, *Retortamonas intestinalis*, *Trichomonas hominis*, *Trichomonas tenax*, *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba gingivalis*, *Entamoeba hartmani*, *Entamoeba polecki*, *Lodamoeba buetschlii*

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 una alta prevalencia entre los niños inmigrantes (5-30%). Los índices más elevados corresponden a niños procedentes de Asia, África y algunos países de Europa oriental⁽⁹⁾.

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 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 solo 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.

La hepatitis E es una enfermedad autolimitada que no produce infección crónica. Es común en muchas partes del mundo y se transmite por la ingestión de materia fecal y, generalmente, se asocia con el suministro de agua contaminada en países con un saneamiento deficiente. Actualmente, no hay una vacuna aprobada contra la hepatitis E.

Malaria

La enfermedad se encuentra distribuida por 100 países, situados en: América Central y del Sur, República Dominicana, Haití, África, Asia (India, Sureste asiático y Oriente Medio) y Pacífico Sur. Produce medio millón de muertes anuales, siendo el 90% niños menores de 5 años, la mayoría del África sub-sahariana. 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.

La forma más grave y 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).

Tabla IV. 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-piperquina	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 *P. falciparum* resistente a cloroquina de forma generalizada.

Es importante conocer el fármaco adecuado para tratar el episodio de malaria y las alternativas⁽¹⁰⁾ (Tabla IV).

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. La adolescencia también es una edad de riesgo. Hay que prestar especial atención a las dietas vegetarianas. 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.

Las microcitosis mantenidas nos han de hacer sospechar hemoglobinopatías.

Déficit de glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa (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, 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 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 minor 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 (vestidos que cubren toda la piel).

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⁽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 *Tripanosoma 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. En los

niños procedentes de América latina, es importante tener en cuenta la procedencia y antecedentes para descartar la enfermedad de Chagas.

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. En los menores de 9 meses y mayores de un mes, se realizarán técnicas de PCR para el diagnóstico.

El tratamiento se realizará con beznidazol a 5 mg/kg/día y se administrará cada 12 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 tratamientos 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 30% 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 solo 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 solo 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.

Otras infecciones, como: el dengue, zika o chikungunya, entre otras, también pueden producir cuadros clínicos que, en algunos casos, pueden ser graves y será necesario investigar estas infecciones, como también ocurre con la fiebre tifoidea u otras infecciones, en función del lugar de procedencia.

¿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.

En caso de fiebre, hasta que no demostremos 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 la información que poseemos, los antecedentes, 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.

Analítica sanguínea:

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

Según la procedencia, será conveniente incluir las siguientes pruebas complementarias:

- Estudio de hemoglobinas (África subsahariana, Sudeste asiático, Caribe).
- Serología para Chagas (Centroamérica y Sudamérica).
- Estudio de malaria (África subsahariana; área endémica).
- Estudio de 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 vacunas 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, si es que no han recibido esta vacuna. Lo mismo ocurre con la vacuna del meningococo C (MCC) y la varicela que no se administran de forma habitual.

Respecto a la vacuna antipneumocócica, en caso de desconocimiento, hay que utilizar las mismas recomendacio-

nes 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.
- Vacuna contra la fiebre tifoidea, si el niño es mayor de tres años.
- Vacuna antimeningocócica tetravalente, si se viaja al cinturón del meningococo en África Subsahariana, zona amazónica de Brasil o Arabia Saudí (La Meca).
- Vacuna anti-fiebre tifoidea IM a los mayores de tres años que viajan a países de baja renta.
- Otras vacunas dependiendo del área y el riesgo al que se van exponer (rabia, encefalitis japonesa B, etc.). Se debe recomendar la quimioprofilaxis y otras medidas de control para la malaria en todo niño inmigrante que se desplace a una zona endémica y no minimizar el riesgo⁽¹⁵⁾.

Atención psicosocial

El abordaje del niño inmigrante, refugiado o adoptado debe prestar

suficiente atención a la protección de su salud mental y el bienestar psicosocial entre las múltiples necesidades que presentan. Es por ello que, como pediatras, necesitamos estar informados y conocer los aspectos más relevantes del abordaje psicosocial de estas familias, así como reconocer de forma temprana, los síntomas de estrés y depresión⁽¹⁶⁾.

Las situaciones a las que se enfrentan las familias cuando salen de su país y llegan al país de destino, pueden suponer un estrés que influye en su bienestar mental, haciéndolos vulnerables a abusos, negligencias y violencia, especialmente los niños. En el caso de las familias refugiadas, hay que añadir la peculiaridad de que huyen del país de forma forzosa y habitualmente han sido sometidos a situaciones traumáticas en su país de origen, sumado a la imposibilidad de volver.

Es especialmente delicada la situación de los adolescentes, porque viven una doble crisis de identidad: la de su propia edad, con su particular problemática psicofisiológica, y la derivada de los conflictos debidos al desarraigo y rechazo. Esto puede generar alteraciones en el comportamiento del adolescente, actitudes de rechazo (de la sociedad de acogida, del propio entorno cultural y del adolescente hacia ambos), la marginación y/o auto marginación y los sentimientos de confusión, a causa de tener que elegir entre una única, ninguna o doble pertenencia. Los adolescentes que emigran con sus padres, son los que presentan mayores dificultades de adaptación, debido a que su proceso de socialización se interrumpe bruscamente, y que el aprendizaje de nuevas estructuras culturales resulta dificultoso debido a la pérdida de la plasticidad infantil. Esta actitud, junto a las exigencias de su grupo cultural de un comportamiento de acuerdo con sus normas, dificultan bastante el proceso de socialización, la adquisición de una identidad sólida y el acceso a una vida normalizada. Asimismo, la situación laboral y el poder adquisitivo de sus padres, les obliga en la mayoría de los casos, a vivir en barrios marginales y a ocupar lugares más bajos en la escala social, que les impide el acceso a la educación, al mercado laboral y reduce al mínimo sus posibilidades de

promoción y participación en la vida colectiva.

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: E22.
2. Stauffer WM, Mauroshek S, Kamat D. Medical screening of immigrant children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2003; 42: 763-73.
3. Centers for Disease Control and prevention: <http://www.cdc.gov/globalhealth/index.html>
4. Bulletin of the World Health Organization 2011; 89: 250-1. doi:10.2471/BLT.11.040411.
5. Jones DJK, Berkley JA. Severe Acute Malnutrition and Infection CMAM FORUM Technical Brief: 2013.
6. Huerga H, López-Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J*. 2002; 21: 830-4.
- 7* Marais BJ, Pai M. Recent advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. *Arch Dis Child*. 2007; 92: 446-52.
8. 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.
9. 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: 196.
- 10* 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).
11. Muñoz J, Portús M, Corachán M, Fumadó V, Gascón J. Congenital *Trypanosoma cruzi* infection in a non-endemic area. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2007; 101: 1161-2.
- 12* Muñoz J, Coll O, Juncosa T, Vergés M, del Pino M, Fumadó 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: 1736-40.
13. Jasseron C, Mandelbrot L, Tubiana R, Teglas JP, Faye A, Dollfus C, et al. Prevention of mother-to-child HIV trans-

- mission: similar access for sub-Saharan African immigrants and for French women? *AIDS*. 2008; 22: 1503-11.
14. International Travel and Health. Vaccination requirements and health advice. Genève: OMS; 2015.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Health Information for International Travel. Atlanta: CDC; 2009.
16. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012; 379: 266-82. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60051-2.
17. Fumadó Pérez V. Valoración inicial del niño inmigrante. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(10): 713-21.

Caso clínico

Niña de 3 años que consulta por fiebre de hasta 40°C, de 48 horas de evolución, con cuadro catarral y disminución de la ingesta.

Antecedentes

Hija de padres nigerianos, nacida en Cataluña, previamente sana sin antecedentes de interés, vacunas sistemáticas al día. Regresó hace 8 días de visitar a su familia en un área rural de Nigeria, donde residió durante 1 mes. No ha recibido quimioprofilaxis para la malaria.

Examen físico

- TEP estable.
- ABCDE normal.
- Constantes: T^a: 39°C; FC: 140 lpm; FR: 20 rpm; SatHb: 100% con FIO₂ 21%.
- Exploración física: por aparatos anodina.

Aunque la niña tiene, en este momento, aceptable estado general y está estable, el riesgo de que tenga malaria es alto por el antecedente del viaje y la falta de quimioprofilaxis, por lo que lo más importante es descartar esta enfermedad que es potencialmente grave, por tanto, hay que derivarla a un centro donde se pueda realizar las pruebas pertinentes.

Durante la derivación

- TEP inestable (postrada, decaída, mal color, respiración rápida y superficial).
- Constantes: T^a: 40°C; FC: 160 lpm; FR: 40 rpm; TA: 99/45 mmHg; SatHb: 92%.

Ante esta variación de la exploración física y los antecedentes, si aparecen manifestaciones hemorrágicas, deberemos aislar sin demorar.

A la nueva exploración, la paciente no presenta hemorra-

gias, pero sí distrés respiratorio e hipotensión arterial; a la exploración neurológica, observamos discreta letargia.

Lo más importante, ante este cambio de exploración y el empeoramiento, es estabilizar al paciente:

ESTABILIZAR!!!

A: vía aérea permeable. Buena entrada de aire con crepitantes bibasales. Respiración de Kussmaul.

B: oxigenoterapia con mascarilla reservorio.

C: canalizamos vía periférica, extraemos analítica de sangre (**estudio de malaria!!**), administramos carga de volumen (SF: 20 ml/kg) y 1ª dosis de ceftriaxona.

D: Glasgow: 15, decaída, poco reactiva. Glucemia: 42 mg/dl (Suero GS: 10%).

→ Contactamos con UCI pediátrica para su ingreso inmediato.

Resultado de la analítica sanguínea

Hb: 5.2 g/dl; plaquetas: 66.400/mm³; leucocitos: 2.400/mm³; acidosis metabólica lactato: 2,4 mmol/L; AST: 140 U/L; PCR: 155 mg/dl.

Gota gruesa positiva. Gota fina: parasitemia: 5%.

Evolución

Traslado a UCI-Pediátrica para inicio de tratamiento anti-malárico con artesunato endovenoso y medidas de soporte.

La niña evolucionó correctamente en las siguientes 48 h pasando a planta.

En planta, se pasó a medicación oral (Artemeter + lumenfantrina) con buena tolerancia. Parasitemia: 0,1% a las 48 h, alta a su domicilio a los 6 días, con suplementación con hierro + ácido fólico dos semanas. (Parasitemia: 0).

Precisa control ambulatorio con analítica a las dos semanas para valorar anemia, para valorar parasitemia y tener en cuenta hemólisis posterior debida a artesunato.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatrintegral.es.

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".



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.

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".

Valoración inicial del niño inmigrante

33. Respecto a la malaria, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- El patrón febril de los primeros días de infección es parecido al de otras enfermedades bacterianas o virales.
- Ante todo episodio febril en un niño que procede de una zona endémica de malaria, se debe dar un antitérmico y ver la evolución.
- 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*, puede asociarse a un síndrome nefrótico como complicación.

34. ¿Qué NO es imprescindible tener en cuenta para realizar correctamente la valoración inicial del niño inmigrante?

- El país de procedencia.
- La ruta migratoria.
- Los antecedentes personales.
- Estado nutricional.
- La radiografía de tórax.

35. En un paciente que procede de Bolivia, una de las siguientes exploraciones NO es necesaria:

- Buscar esquistosomas en orina.
- Solicitar serología de Chagas.
- Solicitar parásitos en heces.

- Realizar prueba de tuberculina.
- Realizar analítica de sangre.

36. Para diagnosticar la enfermedad de Chagas, ¿cuál de las siguientes pruebas es la INDICADA a los 12 meses de edad?

- Realizar microhematocrito.
- Realizar serología de Chagas por dos técnicas diferentes.
- La PCR es el método adecuado a esta edad.
- Realizar hemograma y velocidad de sedimentación.
- Todas las anteriores.

37. Respecto al déficit de la vitamina D es FALSO que:

- 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.
- Es más frecuente en niños que no toman productos lácteos.
- Es más frecuente en niños que siguen una dieta vegetariana.
- Los lactantes mayores alimentados exclusivamente con leche materna después de los 6 meses, también pueden desarrollar deficiencia de vitamina D.
- Ninguna de las anteriores.

Caso clínico

38. ¿Cuál es la actitud CORRECTA en la valoración inicial de la niña que acaba de regresar de Nigeria con fiebre?

- Dado que presenta cuadro catarral y fiebre solicitamos radiografía de tórax y damos cita para mañana nuevo control.
- Consideramos que está incubando algo vírico y damos el alta con antitérmicos.
- Tratamos con un antibiótico oral.
- Derivamos al hospital, ya que no disponemos de laboratorio y hay que descartar la malaria.
- Tratamos empíricamente para la malaria.

39. Ante la exploración física que presenta la niña, lo más IMPORTANTE es:

- Realizar radiografía de tórax.
- Tomar un sedimento de orina y cultivo por la edad.
- Estabilizar al paciente y descartar la malaria.
- Realizar punción lumbar.
- Decirle al conductor de la ambulancia que corra más.

40. ¿Cuál es nuestra actitud cuando el paciente está estabilizado y después de tratar ev por la parasitemia positiva a *P. falciparum*, empieza a tolerar por boca y está consciente?

- Pasamos a medicación oral con dos antimaláricos.
- Controlamos si se ha aclarado la parasitemia.
- Al alta, asintomática y con parasitemia 0, daremos suplementación con hierro + ácido fólico.
- Controlaremos con analítica a los 10-14 días.
- Todas las anteriores.



El Rincón del Residente

Coordinadores: M. García Boyano*,
I. Noriega Echevarría**, E. Pérez Costa*,
D. Rodríguez Álvarez*

**Residentes de Pediatría del Hospital
Universitario Infantil La Paz. Madrid.*

***Residente de Pediatría del Hospital
Universitario Infantil Niño Jesús. 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 e imágenes clínicas entre otras.
¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org*

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Dolor abdominal de etiología poco frecuente

P. Aparicio Ríos*, B. Mínguez Rodríguez*, H. Expósito de Mena**

*Residente de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Adjunto de Pediatría. Unidad de Gastroenterología Infantil. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Pediatr Integral 2018; XXII (4): 201–206

Historia clínica

Niña de 12 años que ingresa por un cuadro clínico de 10 días de evolución, de dolor epigástrico intenso e incapacitante, que mejora con la genuflexión. Asocia sensación nauseosa, vómitos y plenitud postprandial, que le impiden comer con normalidad. Como antecedente personal, refiere dolor abdominal recurrente desde hace 6 años y pérdida de peso significativa (aproximadamente 6 kg) en los últimos meses. En la exploración física, presenta: desnutrición crónica moderada (peso: 25 kg [p2/-2,26 DE], talla: 137,3 cm [p1/-2,54 DE], IW[p]: 75%, IW[t]: 89,5%), con palidez cutánea, dolor a la palpación de la región epigástrica, ruidos hidroaéreos aumentados y borborigmos palpables. En la analítica, pre-

senta un hemograma, gasometría y coagulación normales y la siguiente bioquímica: glucemia: 104 mg/dL, urea: 23 mg/dL, creatinina: 0,61 mg/dL, iones normales, GOT: 28 U/L, GPT: 14 U/L, amilasa: 430 U/L y lipasa: 208 U/L. Tras ello, se decide realizar ecografía abdominal.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Quiste de duplicidad intestinal.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS).
- Pancreatitis aguda.
- Páncreas anular.
- Coledocolitiasis.



Figura 1.

Respuesta correcta

b. Síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS).

Comentario

La ecografía muestra una distancia aortomesentérica de 4 mm (Fig. 1) con un ángulo entre ambas de 12° (Fig. 2). Cumpliendo criterios clínicos-radiológicos, se diagnostica de SAMS. Se lleva a cabo manejo conservador con descompresión gástrica y soporte nutricional. Inicialmente, precisa nutrición parenteral con posterior tolerancia de nutrición enteral, con fórmula hipercalórica, alimentación fraccionada y medidas posturales. Tras ello, presenta evolución favorable, encontrándose asintomática, con buena ganancia ponderal y descenso paulatino de enzimas pancreáticas.

El SAMS es una patología intestinal obstructiva infrecuente en la edad pediátrica⁽¹⁾, que se debe a una obstrucción duodenal producida por compresión de la tercera porción duodenal a su paso entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal. Es frecuente encontrar el antecedente de pérdida de peso significativa como agente desencadenante, ya que el tejido adiposo juega un papel importante en la separación entre las estructuras afectadas. **Su diagnóstico se realiza con un tránsito gastrointestinal superior o tomografía computarizada.** El uso de la ecografía en el diagnóstico de esta patología no está estandarizado y es poco común a pesar de ser una técnica barata, accesible, inocua y adecuada para medir la distancia y el ángulo aortomesentérico. En la literatura actual, existen escasas publicaciones al respecto^(2,3). Ante la sospecha recomendamos, como primera opción, realizar una ecografía abdominal por un radiólogo experto solicitando, de forma específica, estas mediciones. El tratamiento suele ser conservador, con medidas nutricionales y descompresión



Figura 2.

gástrica siendo, en pocas ocasiones, necesaria intervención quirúrgica.

Hay que hacer diagnóstico diferencial con otras patologías⁽⁴⁾ que cursen con obstrucción intestinal, como el quiste de duplicidad intestinal, donde los síntomas aparecen al ir aumentando de tamaño. En la pancreatitis aguda, el dolor abdominal de localización epigástrica es el síntoma más frecuente. La elevación de la amilasa y la lipasa (más sensible y específica) no es exclusiva de la misma y en su diagnóstico la ecografía tiene baja sensibilidad, siendo el TAC la prueba de elección. Similar sintomatología puede producir el páncreas anular, en el que al producirse una falta de regresión de la porción ventral del mismo, este envuelve al duodeno en su segunda porción y provoca una estenosis de su luz. Por último, en el caso de la coledocolitiasis puede producirse una elevación de las enzimas pancreáticas, pero en nuestro caso, no existe alteración de la función hepática ni colestasis y la paciente no tiene ictericia.

Como conclusión, recalcar el papel potencial de la ecografía en el diagnóstico de esta patología.

Palabras clave

Dolor abdominal; Síndrome arteria mesentérica superior; Obstrucción intestinal; Abdominal pain; Upper mesenteric artery syndrome; Intestinal obstruction.

Bibliografía

1. Baltazar U, Dunn J, Floresguerra C, Schmidt L, Browder W. Superior mesenteric artery syndrome: an uncommon cause of intestinal obstruction. *South Med J.* 2000; 93: 606-8.
2. Neri S, Signorelli S, Mondati E, Pulvirenti D, Campanile E, Di Pino L, et al. Ultrasound imaging in diagnosis of superior mesenteric artery syndrome. *Journal of Internal Medicine.* 2005; 257: 346-51.
3. Mauceri B, Misseri M, Tsami A, Vecchio C, Di Pino A, Galati D, et al. Ultrasound in diagnosis of superior mesenteric artery syndrome. *Clin Ter.* 2010; 161: 35-7.
4. Lara-Gómez RE. Dolor abdominal agudo en la infancia. *Pediatr Integral.* 2014; XVIII(4): 219-28.

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Imagen radiológica en adolescente con fiebre y tumefacción mentoniana

C. Luna Parera Pinilla*, Aroa Arraiz Ramírez**, Eva Escribano Ceruelo***

*Residente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús. **Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Hospital de La Princesa. ***Médica adjunta. Servicio de Pediatría Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús.

Historia clínica

Adolescente de 13 años que acude al servicio de urgencias por eritema y tumefacción en mentón de 15 días de evolución, que ha aumentado progresivamente de tamaño. Fiebre máximo: 38,9°C. Tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico oral durante dos días sin mejoría. Sin traumatismo previo. A la exploración física, presenta: eritema, tumefacción y dolor a la palpación del mentón, con placa melicérica y supuración activa acompañante de 3 x 3 cm. No se visualiza punto de entrada cutáneo. Presenta dificultad para apertura bucal. Se realiza análisis de sangre con hemograma y bioquímica, con

hallazgo de 17.000 leucocitos (80% neutrófilos, 5% de cayados) serie roja y plaquetas normales y PCR de 20,7 mg/dl. Ingresa realizándose una Resonancia Magnética (RM) para filiación del diagnóstico.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Quiste folicular dentígero.
- Osteomielitis mandibular.
- Osteosarcoma mandibular.
- Granuloma central de células gigantes.
- Osteoma mandibular.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

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".

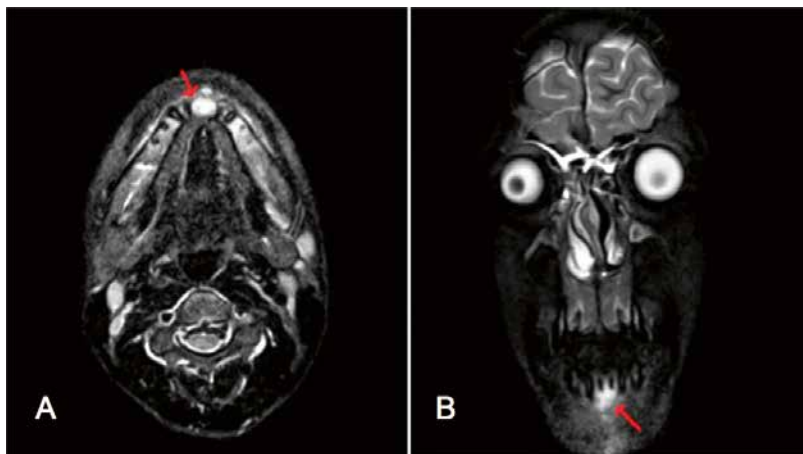


Figura 1.

Respuesta correcta

- Esta lesión es asintomática y no se corresponde con la evolución clínica y la elevación de los reactantes de fase aguda.
- Correcta.** La osteomielitis mandibular es un proceso inflamatorio que, clínica y radiológicamente, concuerda con el caso clínico.
- Los tumores óseos suelen cursar con dolor, pero es menos habitual que asocien fiebre, siendo más probable, la presencia de un proceso infeccioso.
- Se trata de una lesión benigna que no asociaría clínica inflamatoria o alteración de los reactantes de fase aguda.
- La evolución de este tipo de lesiones suele ser más lenta y, únicamente, suelen presentar clínica local.

Comentario

La resonancia magnética (Fig. 1) muestra una imagen focal en la línea media mandibular, inferior a los incisivos centrales inferiores, redondeada, hiperintensa en T2, con realce periférico tras contraste i.v. con solución de continuidad de la cortical anterior, compatible con osteomielitis mandibular.

La osteomielitis aguda es un proceso infeccioso localizado en los huesos⁽¹⁾. Suele afectar a la fisis de huesos largos y se suele presentar con dolor, impotencia funcional y fiebre. Los microorganismos más frecuentemente implicados varían con la edad, siendo el más frecuente el *Staphylococcus aureus*. En su diagnóstico, es recomendable la valoración de los reactantes de fase aguda y la realización de una prueba de imagen, siendo de elección la resonancia magnética. Su tratamiento pasa por antibioterapia empírica intravenosa precoz que cubra los gérmenes más prevalentes en cada edad⁽²⁾, ajustándose en función de las pruebas microbiológicas y la evolución clínica. Se puede cambiar a vía oral tras mejoría clínica y descenso de los reactantes de fase aguda. El drenaje quirúrgico se reserva para aquellos casos que evolucionen desfavorablemente o en caso de absceso. La localización mandibular es infrecuente y suele asociarse a patología odontogénica⁽³⁾. Su diagnóstico diferencial debe incluir el de las otras lesiones mandibulares y las de osteomielitis.

El paciente ingresó, iniciándose tratamiento empírico con cefotaxima intravenosa. Se realizó resonancia magnética con hallazgos compatibles con osteomielitis abscesificada, por lo que se drenó quirúrgicamente. En el cultivo de la lesión, se aisló *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible. Clínicamente, presentó mejoría lenta, precisando antibioterapia intravenosa durante 3 semanas, con disminución del tamaño y negativización progresiva de los reactantes de fase aguda, pudiendo darse de alta con amoxicilina-clavulánico oral, que mantuvo una semana más con buena evolución posterior.

El quiste dentígero⁽³⁾ es una lesión proliferativa del esmalte dentario en torno a la corona no erupcionada de contenido líquido, siendo asintomático. El osteosarcoma es un tumor maligno con capacidad de producir osteoide. Se presenta como una masa dolorosa y se diagnostica anatomopatológicamente^(4,5). El granuloma central de células gigantes es una lesión reactiva de la línea media. Es más frecuente en mujeres y, en las pruebas de imagen, se presenta como una masa expansiva radiolúcida con tabicaciones en ángulo recto. El osteoma es una neoplasia benigna, formada por hueso compacto productor de osteoide, que cursa con dolor sin fiebre. En las pruebas de imagen, se presenta como una masa esclerótica bien delimitada, unida a la superficie mandibular por una base ancha.

El quiste dentígero⁽³⁾ es una lesión proliferativa del esmalte dentario en torno a la corona no erupcionada de contenido líquido, siendo asintomático. El osteosarcoma es un tumor maligno con capacidad de producir osteoide. Se presenta como una masa dolorosa y se diagnostica anatomopatológicamente^(4,5). El granuloma central de células gigantes es una lesión reactiva de la línea media. Es más frecuente en mujeres y, en las pruebas de imagen, se presenta como una masa expansiva radiolúcida con tabicaciones en ángulo recto. El osteoma es una neoplasia benigna, formada por hueso compacto productor de osteoide, que cursa con dolor sin fiebre. En las pruebas de imagen, se presenta como una masa esclerótica bien delimitada, unida a la superficie mandibular por una base ancha.

Palabras clave

Osteomielitis; Enfermedades de la mandíbula; Absceso; Osteomyelitis; Jaw Diseases; Abscess.

Bibliografía

- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Obando I, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre etiopatogenia y diagnóstico de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An Pediatría*. 2015; 83: 216.e1-216.e10.
- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Obando I, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre el tratamiento de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An Pediatría*. 2015; 82: 273.e1-273.e10.
- Suei Y, Taguchi A, Tanimoto K. Diagnosis and classification of mandibular osteomyelitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 100: 207-14.
- Liberato DP, Pérez A. Diagnóstico diferencial de las lesiones mandibulares. Congreso SERAM 2014. Presentación Electrónica Educativa. Texto disponible en: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0273>. Texto accedido el 31 de Agosto de 2018.
- Chow A. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections. UpToDate. Acceso: el 28 de febrero del 2017. Actualizado: el 4 de mayo de 2017.
- Krogstad P. Hematogenous osteomyelitis in children: Clinical features and complications. UpToDate. Acceso el 10 de febrero del 2017. Actualizado: el 12 de septiembre de 2016.
- Albi G. Diagnóstico por la imagen en oncología pediátrica. *Pediatr Integr*. 2016; XX (6): 418.e1-418.e7.

10 Cosas que deberías saber sobre... ...la enuresis



I. Noriega Echevarría, E. Pérez Costa,
D. Rodríguez Álvarez, M. García Boyano

1 La enuresis se ha definido como: la eliminación nocturna, involuntaria y funcionalmente normal de orina a una edad, generalmente los 5 años, en la que cabe esperar un control voluntario de la micción

2 Se trata de un problema de salud frecuente que afecta hasta a un 15% de los niños a los 5 años de edad

3 Si presenta síntomas relacionados con la disfunción vesical (incontinencia urinaria diurna, frecuencia miccional diurna aumentada, urgencia, etc.), se define como no monosintomática y el enfoque debe orientarse a resolver la causa de la misma

4 La enuresis secundaria es aquella que aparece tras un periodo mínimo de 6 meses de continencia nocturna sin ayuda y se ha relacionado, entre otras causas, con eventos estresantes

5 Otras entidades que justifican la presencia de enuresis y que conviene abordar de entrada en el tratamiento serían: el estreñimiento, el SAHS (síndrome de Apnea hipopnea del sueño), la diabetes, la enfermedad renal crónica, los oxiuros, la infección de orina, el disrafismo espinal, la polidipsia psicógena, crisis convulsivas, la drepanocitosis, o el hipertiroidismo

6 Una correcta anamnesis y exploración física, complementada con la realización de un diario y calendario miccionales, bastan para llevar a cabo el diagnóstico de enuresis monosintomática. En general, no es necesario realizar exámenes complementarios, un sistemático-sedimento de orina en primera micción puede realizarse por su inocuidad

7 La edad a la que se debe iniciar el tratamiento depende de la motivación del paciente y de sus cuidadores

8 Resulta fundamental la educación a las familias y la terapia motivacional, situándose ambas en el escalón primero del tratamiento

9 Las alarmas requieren un alto nivel de motivación y varios meses de duración, pero han demostrado ser la medida más efectiva a largo plazo para resolver la enuresis

10 La desmopresina oral se recomienda en caso de buscar una mejoría a corto plazo o si existe un rechazo o han fracasado las alarmas

Para saber aún más...

1. Taborga Díaz E, García Nieto VM. Guía de manejo y diagnóstico terapéutico de la Enuresis Infantil. Madrid: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria; 2014.
2. Tu ND, Baskin LS, Arnheim AM. Nocturnal enuresis in children: Etiology and evaluation. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [acceso: 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
3. Tu ND, Baskin LS. Nocturnal enuresis in children: Management. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [acceso: 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>



Con el fonendo en la mochila

En la era de la globalización, con la facilidad para viajar a otros países, conocer nuevas culturas y distintas situaciones socio-sanitarias, nace esta sección con el objetivo de dar a conocer las experiencias de residentes de Pediatría, que han salido del país para ampliar sus conocimientos médicos en un contexto diferente al nuestro. Una herramienta de ayuda para todos aquellos que se planteen realizar algo similar.



Información del rotante

- Nombre: Jorge Bustamante Amador.
- Email: jorge.b.a.8@gmail.com.
- Hospital de Origen: Hospital Universitario La Paz.
- Subespecialidad pediátrica (si aplicable): Infecciosas.
- Año de residencia en el que se realizó la rotación externa: R4.
- Duración de la rotación externa (meses): 2.

CUESTIONARIO

1. ¿Dónde has realizado tu rotación? ¿Por qué elegiste ese hospital?

En el Hospital Francisco de Icaza Bustamante de Guayaquil, Ecuador. Había hablado con médicos que habían realizado previamente allí esta rotación y me lo recomendaron por su alto volumen de patología infecciosa.

2. ¿Cómo conseguiste la rotación? ¿Qué documentos o trámites tuviste que realizar?

Contacté directamente con el Servicio de Infecciosas de este hospital. Además, tuve que enviar los seguros, la carta de motivación y la carta de aceptación por parte de mi hospital a la Unidad Docente del mismo.

3. Una vez iniciada la actividad asistencial, ¿cuál fue tu grado de participación?

Cuando me familiaricé con el funcionamiento de los programas informáticos, pasaba visita como el resto de médicos. También, acudía un día a la semana a la consulta externa de Infectología. Asimismo, realicé guardias de especialidad.

4. ¿Se fijaron unos objetivos docentes preestablecidos antes de tu llegada? ¿Se realizó una evaluación de tu labor al final de la rotación?

Sí se fijaron; no obstante, depende de la patología que haya en el hospital y la época en la que se vaya a rotar. Al acabar la rotación, la jefa de servicio realizó dicha evaluación.

5. Resume brevemente los conocimientos/habilidades adquiridas:

Se aprende, sobre todo, mucho manejo de VIH pediátrico y tuberculosis. También ingresan muchas neumonías e infecciones cutáneas. Tuve la oportunidad de ver mucho Zika congénito. Es posible atender casos de histoplasmosis, leptospirosis, ocasionalmente malaria y, según la época del año, dengue.

6. ¿Cambiarías algo relacionado con tu rotación? En caso afirmativo, ¿qué cambiarías?

No cambiaría nada, he estado muy contento e integrado desde el principio.

7. Puntúa del 1 al 10 (equivaliendo 1 a una puntuación muy mala y 10 a una puntuación muy buena):

- Enseñanza: 10.
- Supervisión: 10.
- Grado de aprendizaje: 10.
- Puntuación global: 10.

8. ¿Esta rotación ha cambiado tu práctica médica? ¿Ves posible aplicar dichos conocimientos de regreso en tu hospital o en tu futura práctica profesional?

Se aprende gestión de recursos y mucha clínica. Es un hospital de tercer nivel, pero las pruebas tardan más de lo que estamos acostumbrados. La patología infecciosa más frecuente en Guayaquil no es la misma que en España, pero se aprende el manejo de pacientes más complejos en ese aspecto.

9. ¿Pudiste implicarte en alguna actividad más allá de la asistencia (docencia, sesiones clínicas, investigación...)? En caso afirmativo, ¿puedes explicarnos qué tipo de actividad?

Sí, realicé varias sesiones clínicas. También es posible realizar algún estudio de investigación.



The Corner

M. Sánchez Martín*, M. Gómez de Pablos Romero**

*Residente de Pediatría del Hospital Universitario La Paz.
**Residente de Pediatría del Hospital Universitario de Móstoles.

15. Resident-attending in the ED: Infantile hypertrophic pyloric stenosis (IHPS)

Resident: Hi Dr. Geller, I'm a bit worried about a child I've just seen. May I discuss it with you, please?

Attendant: Sure, tell me about it.

Resident: Bobby is a 1-month year-old baby, born pre-term with no other relevant clinical history, who has been brought into the ED for continuous vomiting over the last two days. He hasn't had fever nor diarrhea and he hasn't lost his appetite, he breastfeeds as usual. His urine output is mildly diminished.

Attendant: How are the vomits? Does he vomit after every feeding? Has there been any change of milk? Does he have any other signs of infection?

Resident: Normally he has small regurgitations, but over the last couple of days the vomits seem to have become projectile and more frequent, after every feeding. They are nonbilious. His mother thinks he's hungry and demands to be re-fed soon after the vomits. He's been exclusively breastfed since birth. He doesn't have a cold or any other signs of infection.

Attendant: OK, what about the physical exploration? Are there any important findings?

Resident: He has an acceptable general condition and is well-coloured, although his mucous membranes are a bit tacky. However, he is not tachycardic and has a normotensive anterior fontanelle. He is awake and alert. The cardiopulmonary auscultation and HEENT are normal. The abdomen is a bit distended, although soft, apparently nontender to palpation and with no masses or organomegaly.

Attendant: So what is your suspected diagnosis?

Resident: It doesn't seem like a gastroenteritis. It could be gastroesophageal reflux, but the symptoms are too noteworthy and there has been a clear change in the form of presentation. The projectile vomiting with no loss of appetite and the mild dehydration are highly compatible with infantile hypertrophic pyloric stenosis.

Attendant: Taking into account the anamnesis and the physical examination, I agree. What should we do now?

Resident: First of all, we should do a blood test, which can orientate the diagnosis and inform us of the state of hydration and severity. However, the way to confirm an IHPS is with an abdominal ultrasound.

After an hour...

Resident: Dr. Geller, we have the results back. The blood

test shows: pH of 7.45, base excess of +2, sodium of 139, potassium of 3.5 and chloride of 96.

Attendant: Alright. As you know the typical laboratory finding in IHPS is an hypochloremic alkalosis. Nevertheless, our patient only started with symptoms two days ago, so a normal blood test doesn't rule out this disease.

Resident: That makes sense. I'll ask for the abdominal ultrasound then.

30 minutes later...

Resident: Dr. Geller, I saw Bobby's ultrasound and I could clearly see the "target" sign so I talked to the radiologist and he confirmed the diagnosis of IHPS.

Attendant: Okay, do you know what the treatment is?

Resident: Yes, the elective treatment is to perform a pyloromyotomy. Should I call the surgeons then?

Attendant: That's right! Yes, call the surgeons but make sure that you inform the parents first.

KEY WORDS:

Infantile hypertrophic pyloric stenosis: estenosis hipertrófica del píloro.

Urine output: diuresis.

Mildly diminished: levemente disminuido.

Projectile (vomits): vómitos proyectivos

Nonbilious (vomits): vómitos no biliosos.

To be exclusively breastfed: alimentarse con lactancia materna exclusiva.

Distended (abdomen): abdomen distendido.

Organomegaly: organomegalia.

Suspected diagnosis: diagnóstico de sospecha.

Gastroesophageal reflux: reflujo gastroesofágico.

Noteworthy: significativo.

Blood test: analítica de sangre.

Orientate the diagnosis: orientar el diagnóstico.

Base excess: exceso de base.

Hypochloremic alkalosis: alcalosis hipoclorémica.

"Target" sign: signo de la diana.

Elective treatment: tratamiento de elección.

Pyloromyotomy: Pílorotomía.



PLAY AUDIO

se puede escuchar en
www.pediatriaintegral.es

A Hombros de Gigantes

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

D. Gómez Andrés, M.D.

F.E. Neurología Pediátrica.
Hospital Universitari Vall d'Hebron.
Vall d'Hebron Institut de Recerca. Barcelona



Pediatr Integral 2018; XXII (4): 208.e1–208.e2

Pediatría general y extrahospitalaria

★★★★★ Update on classification and diagnosis of vascular malformations. *Curr Opin Pediatr.* 2017; 29(4): 448-54. PMID: 28654575

Buen resumen sobre un tema complejo como las malformaciones vasculares. Se echan de menos las imágenes, pero proporciona referencias muy interesantes.

★★★★☆ The evaluation of adolescent chest pain. *Curr Opin Pediatr.* 2017; 29(4): 414-9. PMID: 28656474

A parte de ofrecer un cuidadoso resumen sobre el diagnóstico diferencial del dolor torácico, los autores discuten si el abordaje actual centrado en la urgencia y limitado en descartar los raros problemas cardiacos es suficiente o debería cambiarse.

★★★★☆ Accuracy of enteral syringes with commonly prescribed paediatric liquid medicines. *Arch Dis Child.* 2017; 102(7): 655-9. PMID: 28235838

Los pediatras somos médicos de calculadora en mano. A veces, planteamos dosificaciones de cantidades realmente pequeñas para nuestros pacientes más jóvenes. Se debe tener en cuenta que, en ocasiones, la dosificación de las jeringas que utilizamos se confunden más de la cuenta con implicaciones importantes en los fármacos de estrecha ventana terapéutica.

★★★★☆ Probiotics in acute infectious diarrhoea: should we run with it? *Arch Dis Child.* 2017; 102(8): 782-5. PMID: 28724708

Revisión crítica de la evidencia sobre el uso de probióticos en la gastroenteritis aguda. Lo específicamente relevante de

esta revisión es la discusión metodológica sobre los distintos estudios con probióticos y las dificultades para establecer la utilidad dada la multiplicidad de opciones y de regímenes.

★★★★☆ Faltering growth in children: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2017; 358: j4219. PMID: 28963099

Destacaría, especialmente, los criterios objetivos para iniciar el estudio y derivar a los pacientes con fallo de medro. Es un buen artículo para la formación de los residentes o para diseñar protocolos locales.

Endocrinología

★★★★★ The Metabolic Syndrome in Children and Adolescents: Shifting the Focus to Cardiometabolic Risk Factor Clustering. *Pediatrics.* 2017; 140(2): e20171603. PMID: 28739653

Es indudable que el “síndrome metabólico” es un concepto útil en la población adulta, aunque existen diferencias significativas en los criterios que se utilizan en su definición. En niños y adolescentes, el problema de definición persiste, aunque emergen también otras dificultades como su utilidad. Por un lado, la robustez de los criterios empleados es baja porque varían con más facilidad a lo largo del tiempo y fallan a la hora de identificar el problema metabólico en distintas poblaciones. También, su utilidad pronóstica a largo plazo y para detectar comorbilidades es discutible. Operativamente, los autores recomiendan abordar cada factor de riesgo de manera independiente, utilizando el síndrome metabólico más como un marco conceptual que como un diagnóstico.

Enfermedades infecciosas

★★★★★ **Testing for Respiratory Viruses in Children.** *JAMA Pediatr.* 2017; 171(8): 798. PMID: 28672402

La potencial utilidad de la determinación de virus respiratorio en niños con fiebre es un tema polémico. El primer problema es que existen múltiples test con distinta rentabilidad y coste. El segundo problema reside en que también existen múltiples utilidades que van más allá del diagnóstico. Por último, los autores sugieren que existen indicaciones específicas como los menores de 3 meses, inmunosuprimidos, pacientes en riesgo de complicaciones relacionadas con la gripe o los que ingresan en cuidados intensivos donde la realización de estas pruebas esté justificada.

★★★★☆ **Dissecting Kawasaki disease: a state-of-the-art review.** *Eur J Pediatr.* 2017; 176(8): 995-1009. PMID: 28656474

Buena revisión sobre un tema en la que hay bastante información. La parte más interesante es la propuesta de una estrategia de seguimiento cardiológico.

Nefrología

★★★★★ **Haemolytic uraemic syndrome.** *Lancet.* 2017; 390: 681-96. PMID: 28242109

Excelente trabajo donde se revisa exhaustivamente las distintas formas de síndrome hemolítico urémico. Particularmente valiosa resulta la explicación fisiopatológica que incluyen.

Neonatología

★★★★★ **What is the dose of intravenous paracetamol for pain relief in neonates?** *Arch Dis Child.* 2017; 102(7): 649-50. PMID: 28550147

Revisión sobre los estudios farmacocinéticos de paracetamol intravenoso en neonatos. Los autores sugieren una dosis de carga de 20 mg/kg seguidas de 10 mg/kg cada 6 horas en neonatos de 32-44 semanas. Por debajo de 32 semanas, sugieren una dosis de carga de 12 mg/kg y la dosis de mantenimiento de 6 mg/kg cada 6 horas. Los autores destacan también la poca información de seguridad a largo plazo del paracetamol.

Neurología

★★★★★ **Promoting Early Child Development With Interventions in Health and Nutrition: A Systematic Review.** *Pediatrics.* 2017; 140(2): e20164308. PMID: 28771408

Artículo que analiza las pruebas sobre las medidas preventivas que favorecen el desarrollo neurológico óptimo en los niños. Es una reflexión interesante que demuestra las significativas oportunidades de mejora y la importancia de la implementación de medidas, que son sencillas (suplementación nutricional, tratamientos periparto...), pero que se traducen en una mejora importante del futuro de nuestros pacientes y nuestra sociedad. Por otro lado, destaca la falta de estudios que cuantifiquen el impacto a largo plazo de muchas de estas medidas.

★★★★☆ **Chronic vertigo: treat with exercise, not drugs.** *BMJ.* 2017; j3727. PMID: 28835412

El mensaje del artículo es claro: el vértigo crónico no se trata con fármacos. En esta revisión, se puede encontrar la justificación y una guía al tratamiento de los distintos síndromes. Está escrito desde la perspectiva del adulto, pero es interesante sobre todo, para los adolescentes.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

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".

Representación del niño en la pintura española



J. Fleta Zaragoza

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Zaragoza

Ricardo Lamenca: reminiscencias clásicas e intenso cromatismo

Lamenca es un escultor y pintor de notable mérito, realiza excelentes composiciones, representa con maestría la anatomía humana y el retrato, y está muy influenciado por los estilos clásicos a la hora de plasmar gestualmente las pasiones. Cultiva también las múltiples combinaciones cromáticas que emplea, acordes con el tema del cuadro, y tanto el contenido como los colores, muestran con frecuencia la influencia de lo tradicional.

Su técnica y su obra

Ricardo Lamenca Espallargas nació en 1949 en Lécera (Zaragoza). Empezó a pintar en 1966 y realizó su primera exposición en Zaragoza a los 22 años. En 1971, a la vez que trabajaba en la banca, se graduó en Artes Aplicadas en la especialidad de Pintura, sección de Procedimientos murales y Revestimiento, de la Escuela Massana de Barcelona. Posteriormente, se especializa en Grabado. En 1981, se licencia en Bellas Artes en la Escuela Superior de Bellas Artes San Jorge de Barcelona. Desde 2008 pertenece a la Asociación de Artistas Figurativos de Aragón (ADAFA).

Ha sido becado por la Escuela Massana de Barcelona, por el Real Círculo Artístico de Bellas Artes de esa misma ciudad, por Dotación Arte Castellblanch, Marina Romea (Italia) y por la Fundación Rodríguez Acosta de Granada, esta última en 1977.

Lamenca realiza pinturas al óleo, la mayoría de gran formato, de una estimable calidad de ejecución y oficio sorprendente. Tiene una gran fuente de inspiración e imaginación para crear formas, texturas, colores, luces y sombras, todo con un gran realismo que asombra al espectador. Posee una singular predilección por las figuras, tanto estáticas, como en movimiento o paseando. Cada uno de sus cuadros responde a un motivo y tiene su lectura.

La representación de paisajes y lugares emblemáticos urbanos de Zaragoza es muy recurrente en su obra; por ello, no faltan en sus exposiciones las plazas del Pilar, San Miguel, Sinués o Sas. Algunas de ellas reproducidas con mucha originalidad. En la obra de la plaza de los Sitios, Lamenca representa los asedios vividos durante la Guerra de la Inde-

pendencia. Y en el cuadro de la plaza San Felipe, los caballos de Pablo Gargallo son los protagonistas. Como dice el propio artista: “A mí me atraen las diferencias de alturas, volúmenes, esculturas y detalles, pero sobre todo, el contraste entre la modernidad y lo antiguo”. Como claro ejemplo de esto, se expone el escaparate de la tienda Springfield, donde a su vez se ve reflejado el Paraninfo de la Universidad, en pleno centro de la ciudad.

Respecto a su técnica e inspiración, dice Lamenca: “Toda la obra que creo, parte de observar las manchas que, al alimón, se producen al depositar en el lienzo el contenido restante del cuadro anterior, que ha quedado en la paleta; procuro no llevar una idea preconcebida y así dejo que la mancha-color hable por sí misma y me transporte a un espacio cuyo ambiente ya ha quedado en el cuadro y al cual solo le falta, como si de una cámara fotográfica se tratase, nitidez. Como se puede comprender, el estado de ánimo influye muchísimo en la interpretación y en el resultado, muy dispar, y también lo es el tiempo de ejecución, a veces interminable, y otras, fluido y con ganas de que fuese más grande el cuadro. El otro tipo de trabajos realizados pasa a ser con modelo, bien de paisaje o de figura, y aquí solo se trata de tener oficio e ir completando los detalles hasta acabar el cuadro.”

Entre sus obras más reconocidas, de contenido religioso, destaca el retablo del altar de la Virgen del Pilar ubicado en la Iglesia de Santa María Magdalena, donado al pueblo de Lécera por el autor e inaugurado por el arzobispo de Zaragoza, Manuel Ureña, en 2008.

Otro de los cuadros más significativos, por su contenido, ha sido el retrato de Su Majestad el Rey Felipe VI, que fue una donación del pintor aragonés al Ayuntamiento de Zaragoza poco después de la abdicación de Juan Carlos I. Se da la circunstancia de que el alcalde decidió quitarlo de su despacho a iniciativa propia. Se trataba de un retrato de cuerpo entero a tamaño natural y de frente. El cuadro pasó a engrosar el fondo de los depósitos del área de Patrimonio, donde se guardan numerosas obras de arte de Padrilla, Viola, Marín Bagüés, Unceta, y otros muchos pintores aragoneses.

En Zaragoza, ha realizado las siguientes exposiciones: en el Instituto Fernando el Católico; en la Caja de Madrid; en



Figura 1. *Mateo Lamenca Zapata.*

el Hotel Boston; en la Casa de los Morlanes; en el Banco de Santander; en la Agrupación Artística Aragonesa; en la CAI y en la Sala Barbasán. En Barcelona: en la Sala Majestic, en la Editora Nacional y en el Centro Aragonés. También, ha realizado exposiciones en otras localidades aragonesas, como en: Lécera, Herrera de los Navarros, La Almolda y Mas de Las Matas.

Ha recibido los siguientes primeros premios: en 1967, de la Cámara Oficial de Industria de Barcelona; en 1969, del II Concurso de Pintura para menores de 21 años de Barcelona; en 1977, del I Concurso Pintura Rápida Antigues Cotxeres de Sants de Barcelona; en 1991, del XXVIII Concurso de Pintura Rápida del Pilar de Zaragoza; en 2007 y 2010, en el Concurso Mariano Viejo de Zaragoza; en 2009, de la Fundación Caracas de Alcorisa (Teruel) y en 2010 y 2012, de ADAFA de Zaragoza.

Los niños representados

Lamenca ha representado en multitud de ocasiones al niño de todas las edades, generalmente de su familia, hijos y nietos. Las obras aquí expuestas son óleos sobre lienzo y todas pertenecen al autor, salvo la donada a la iglesia parroquial de Lécera.

Mateo Lamenca Zapata es, posiblemente, el retrato de un nieto del pintor, realizado en su estudio. En este caso se trata de un niño de unos siete años. El niño mira fijamente al espectador y la obra adopta una estructura triangular; lleva una camisa abierta y de manga larga. De nuevo, dominio de la anatomía por parte de Lamenca y juego de colores con tonos grises y blancos. La firma del autor es perfectamente legible en el ángulo inferior derecho. La obra data de 2001, es un óleo sobre lienzo y mide 55 por 46 cm (Fig. 1).



Figura 2. *Génesis.*

En la obra *Génesis*, el autor realiza una composición de estructura triangular de tres imágenes distintas: un niño, una madre y un padre. En el primer plano aparece un niño recién nacido, sostenido por varias manos, que brota aparentemente del vientre materno, concretamente de la zona umbilical. Da la impresión de que todas las manos son pocas a la hora de sostener tal tesoro. La vista en escorzo del pequeño traduce el dominio del pintor de este recurso técnico, detalle, por otra parte, que podemos ver en otras de sus composiciones.

El segundo plano lo ocupa la madre, que está desnuda por el torso, mostrando sus pechos. En el tercer plano está el padre, del cual solo se aprecia parte de su cabeza y sus manos, una de ellas apoyada en un bastón. Los detalles anatómicos son perfectos, como las manos y las caras. El artista ha querido representar el paso del tiempo, ya que los brazos y las manos son de personas de distintas edades. Colores cálidos: sonrosados, amarillos, rojos y blancos, predominantemente. Fondos con el mismo color de las figuras. La obra, de 2012, es un óleo sobre lienzo y mide 100 por 81 cm (Fig. 2).

En *Caca, culo, pedo, pis*, se representan tres niños desnudos de muy corta edad, de cuerpo entero y en tres planos diferentes. El título del cuadro es muy sugerente y describe perfectamente una de las fases en las que discurre el desarrollo neuropsíquico y evolutivo del niño pequeño. En el primer plano aparece un niño sentado sobre el suelo, de un año de edad, aproximadamente. Mira directamente al pintor, con cierto recelo; sus manos se apoyan en una rodilla y en un pie. Lleva la lengua fuera y el pelo es rubio. Al igual que los otros



Figura 3. Caca, culo, pedo, pis.

niños, la luz la recibe desde lo alto de la composición. Los detalles anatómicos son precisos y la cara y las manos están fielmente representadas.

En segundo plano aparece otro niño, quizá de menor edad que el primero; está tumbado de espaldas y cogiéndose, a su vez, los pies con ambas manos. En este lactante, se aprecian con cierto detalle las características anatómicas de sus genitales: bolsa escrotal y pene, que parece circuncidado. En el tercer plano y en un nivel superior, hay otro niño de menos de un año de edad, que se mantiene boca abajo, pero con la cabeza erguida. Mira al pintor y aparece con una ligera sonrisa. El color de los pequeños es un sonrosado característico.

El fondo es de color oscuro y negro, al igual que el color de algunas otras obras de Lamenca. Data de 2013, es un óleo sobre lienzo y mide 92 por 73 cm (Fig. 3).

El cuadro donado por el autor a la iglesia parroquial de su pueblo natal, titulado *Entrega del cuerpo de santa Cenobia a Juan Muniesa* contiene varias figuras, entre las que destaca la presencia de cuatro niños. La foto de la obra incluye la presencia de Ricardo Lamenca en un primer plano. El pintor ofrece una versión moderna de una obra destruida durante la Guerra Civil española.

Las figuras de la izquierda del cuadro son los donantes y se representan con los rostros de la propia familia del pintor: su esposa, sus hijos, nietos y nuera. Los dos niños van vestidos a la usanza del siglo XVII, al igual que los personajes mayores. El niño mayor puede tener unos ocho años y lleva una banda rosa del hombro a la cintura. Con su mano derecha coge la mano de su hermano más pequeño, de unos cuatro años, que lleva vestido largo de color blanco. Ambos miran muy atentos a los sacerdotes que van a recoger el documento “Las auténticas”, que hace referencia a las reliquias de santa Cenobia, cuya calavera se aprecia en una urna sobre el altar.

A la derecha del cuadro aparecen otros dos niños, que son los monaguillos. Sus edades pueden ser de siete a ocho años y miran al espectador. El pintor representó en estos dos monaguillos a dos personas de la localidad que fueron en su día monaguillos de la parroquia. Van revestidos con los hábitos litúrgicos de fiesta y llevan el incensario y la naveta. El cuadro se completa con las imágenes de tres sacerdotes que son, precisamente los retratos de los últimos sacerdotes que ha tenido Lécera.

Se remarca la correcta anatomía de cada uno de los personajes y el ambiente de solemnidad de la iglesia. Luz frontal, colores mezclados: predominan los cálidos en la derecha del cuadro y los fríos en la izquierda. El cuadro se instaló en la capilla de santa Cenobia de la iglesia parroquial. Data de 2013, es un óleo sobre lienzo y mide 3,5 por 1,7 m (Fig. 4).

En la composición *Tempus fugit* aparecen dos figuras: cabeza y torso de un niño y del propio pintor. El autor ha



Figura 4. Entrega del cuerpo de Santa Cenobia a Juan Muniesa.



Figura 5. *Tempus fugit*.

querido reflejar, como expresa el título del cuadro, que el tiempo no pasa en balde. La figura tan infantil e inocente del pequeño contrasta con el retrato del autor, ya de cierta edad. Ambas figuras expresan cierto optimismo. El niño es de dos a tres años de edad, muy agraciado, está mirando al espectador y está representado con unas líneas precisas, sombreado perfecto, detalles anatómicos correctos: ojos grandes, orejas algo despegadas y visualización de los primeros incisivos superiores; tonalidades cromáticas grisáceas que denotan el paso del tiempo, cual fotografía de los años cincuenta. La indumentaria está conforme a la época que el pintor ha querido imprimir en esta imagen.

El pintor ha crecido y se representa a sí mismo, en un primer plano, también mirando al espectador, con los pinceles en la mano, tocado de camisa y chaqueta. El brazo derecho lo apoya sobre una mesa. Aquí los colores predominantes son los claros, grises y marrones. Al igual que en el niño, las facciones de la cara son anatómicamente correctas. La luz se recibe desde la derecha de las figuras y los fondos son oscuros. La obra data de 2014, es un óleo sobre lienzo y mide 100 por 81 cm (Fig. 5).

En *Genoma*, el autor ha querido reflejar un ambiente de tranquilidad junto a otro de tipo onírico, envuelto en un halo de misterio. En un primer plano, aparece un niño sentado en una silla y apoyado en una mesa. El niño es el pintado en el cuadro *Tempus fugit*, pero parece de mayor edad. El pequeño mira hacia el pintor con cara risueña y mantiene un lápiz de color en su mano derecha. En su mesa hay un globo terráqueo, una caja de pinturas y un bote con pinceles o lapiceros. En planos posteriores aparecen múltiples caras masculinas y femeninas, serenas y tristes: da la sensación que el pintor nos quiere mostrar el paso del tiempo y los antecedentes genealógicos del pequeño; en efecto las caras representadas son las



Figura 6. *Genoma*.



Figura 7. *Preludio*.

de sus padres y otros familiares que apoyan al niño el primer día de escuela. La luz se recibe desde la derecha e imprime un ambiente preocupante. Las figuras ocupan todo el espacio de la obra. Esta composición logró el segundo premio en el XXX Salón de Otoño de ADAFA de Zaragoza en 2016. Se trata de un óleo sobre lienzo de 100 por 73 cm (Fig. 6).

Preludio representa a una chica adolescente tocando una guitarra. La imagen, en tres cuartos, permite apreciar la complejidad de la composición. La niña, de pie y girada ligeramente hacia su izquierda, mira hacia el espectador con tristeza y melancolía. Parece que con la música quiere olvidar algún triste pasado. Va ataviada a la usanza de la Edad Media; sus ropajes son de calidad y pertenece a la alta nobleza. Lleva un mantón amplio, camisa blanca y, sobre ella, una cadena con un crucifijo. Sobre su cabeza, lleva un tocado que cubre parcialmente una larga cabellera rubia y ondulada. Tañe la guitarra. El pintor emplea una amplia gama de colores, preferentemente cálidos: rojos y amarillos. En algún momento, el pintor nos recuerda la pintura renacentista y también nos recuerda la obra de Natalio Bayo, otro gran pintor aragonés. La luz proviene del lado derecho de la figura. Esta obra mereció el tercer premio del XXVII Salón de Primavera de

ADAFA de Zaragoza en 2016. Se trata de un óleo sobre lienzo de 81 por 65 cm (Fig. 7).

Bibliografía

- Arrieta N. Zaragoza a través de la pintura de Lamencas. El Periódico de Aragón. 8 de marzo de 2012. Consultado en enero de 2018. Disponible en: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/escenarios/zaragoza-traves-pintura-lamenca_740360.html
- Anónimo. Ricardo Lamencas, pintor: "Crear te libera". Dragón Digital. 2012. Consultado en enero de 2018. Disponible en: <http://dragondigital.es/ricardo-lamenca-pintor-crear-te-libera/>
- Ricardo Lamencas. Diálogos. Sala de Exposiciones Casa de Cultura. Museo Mas de las Matas. 2014. Consultado en enero de 2018. Disponible en: <http://www.elmasino.com/museo/artesplasticas/exposiciones/lamenca/index.htm>
- Medrano M. Ricardo Lamencas, en la Sala CAI Barbasán. Zaragoza, 2014. Consultado en enero de 2018. Disponible en: <https://manuelmedrano.wordpress.com/2014/05/16/ricardo-lamenca-en-la-sala-cai-barbasan/>
- Medrano M. XXVIII Salón de Primavera de ADAFA. Zaragoza, 2017. Consultado en enero de 2018. Disponible en: <https://manuelmedrano.wordpress.com/2017/05/08/xxviii-salon-de-primavera-de-adafa/>



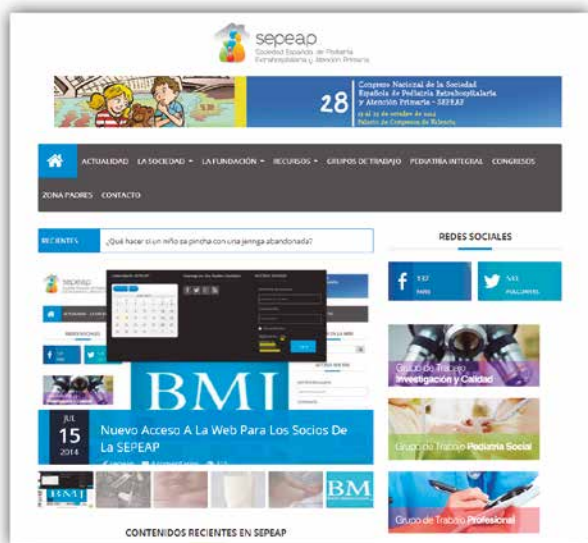
Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

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".

Visita nuestra web

Director: Dr. J. López Ávila



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* y también puedes acceder a los números anteriores completos de la revista.
- 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 número anterior

Volumen XXII, Número 3

“Alergia (II)”

1. Inmunoterapia en patología alérgica pediátrica
M. Ridao Redondo
 2. Urticaria y angioedema
P. Méndez Brea, P. Rodríguez del Río, M.D. Ibáñez Sandín
 3. Alergia a la picadura de insectos
C. Ortega Casanueva
 4. Alergia a medicamentos y a drogas
A. Armentia Medina
- Regreso a las Bases**
Medicina Ambiental. Influencia en la salud
J.A. Ortega García

Temas del próximo número

Volumen XXII, Número 5

“Patología Infecciosa (I)”

1. Fiebre sin foco
B. Gómez, S. Mintegi Raso
 2. El niño con infecciones de repetición
A. Méndez Echevarría
 3. Fiebre de origen desconocido en niños
J. Ruiz Contreras, I. Durán Lorenzo
 4. Gripe
J. de la Flor, B. Aguirrezabalaga, R. Ayala, S. Bernárdez, G. Cabrera, C. Coronel, J. García, M. Belen Rubira
- Regreso a las Bases**
Interpretación de pruebas de laboratorio en infectología
M. Gijón Mediavilla, I. Durán Lorenzo, J. Ruiz Contreras



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

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”.

Organizado por:



I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente **para pediatras**

Directores

Dra. M.^a Inés Hidalgo Vicario

Dr. Pedro Javier Rodríguez Hernández

Inicio
**Enero
2018**

Solicitada acreditación por la Comisión
de Formación Continuada del Sistema
Nacional de Salud

75 AÑOS INNOVANDO
ORDESA

www.psiquiatriapediatrica.com

32

CONGRESO NACIONAL Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Málaga 25 al 27 Octubre 2018 Palacio de Congresos de Málaga



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



FUNDACIÓN PRANDI
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA



SPA
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ANDALUCÍA ORIENTAL

Secretaría Técnica
GRUPO PACIFICO
The power of meeting

Pº Gral. Mtnez. Campos 9-2º. 28010 Madrid
congresosepeap@pacifico-meetings.com
www.sepeap.org