

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

PROGRAMA de SALUD INFANTIL y ADOLESCENTE de ANDALUCÍA

TEMAS



Programa de Salud
Infantil y
Adolescente de
Andalucía
(PSIA-A)

TEMAS



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

PROGRAMA de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A) [Recurso electrónico]. Temas / autoría, Francisco Javier Garrido Torrecillas (editor coordinador) ... [et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 522 p.

1. Salud del niño 2. Salud del adolescente
3. Bienestar del niño 4. Promoción de la salud
5. Andalucía I. Garrido Torrecillas, Francisco Javier
II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y
Políticas Sociales III. Título

WA 320

WA 330



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Maquetación: Kastaluna

Autoría

AUTORÍA

Francisco Javier Garrido Torrecillas (Editor Coordinador)

Margarita Álvarez-Tello (Editora)

Concepción Boza Reposo (Editora)

Mónica Carretié Warleta (Editora)

Inmaculada Dorado Siles (Editora)

M^a Dolores Galindo Bas (Editora)

Antonio Manuel Gutiérrez Nieto (Editor)

Agustina Hervás de la Torre (Editora)

Ana Martínez Angulo (Editora)

Ana Martínez Rubio (Editora)

Ana Rosa Sánchez Vázquez (Editora)

AUTORÍA DE “EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN DE COMPETENCIAS PARENTALES EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ”.

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Sevilla.

Jesús Palacios González, coordinador

M^a del Mar González Rodríguez

M^a Victoria Hidalgo García

Alfredo Oliva Delgado

Lucía Antolín Suárez

Lucía Jiménez García

Francisca López Gaviño

Ana Mena Morales

Mercedes Ortega Durán

Diana M^a Pascual García

ASESORÍA TÉCNICA

Antonio Garrido Porras
Mónica Padial Espinosa

RELACIÓN DE AUTORÍA

Margarita Álvarez-Tello
Enfermera Gestora de Casos. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Rosa Maria Armijo Sánchez
Enfermera. Unidad de Gestión Clínica "Virgen de la Cabeza" Andújar. Distrito Sanitario Jaén Norte.

Rosario Benavides Román
Pediatra. Agencia Empresarial Pública. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Concepción Boza Reposo
Enfermera Gestora de casos. Unidad de Gestión Clínica La Orden. Distrito Sanitario Huelva-Costa.

María Ángeles Caballero Morales
Pediatra. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Ana Calcerrada Labrador
Psicóloga Clínica. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Agencia Empresarial Pública. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

M^a Dolores Calvo Bonachera
Pediatra. Hospital Torrecárdenas. Almería.

José Emilio Callejas Pozo
Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica La Zubia. Distrito Metropolitano de Granada.

Elia Callejón Fernández
Pediatra. Agencia Empresarial Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

M^a Eugenia Campillos Morillo

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Montequinto.
Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.

Adolfo J. Cangas Díaz

Catedrático de Universidad en la Facultad de Psicología de la Universidad de Almería.

Francisco Cañabate Reche

Pediatra. Director del Área Integrada de Pediatría. Agencia Empresarial Pública. Hospital de
Poniente. El Ejido. Almería.

Isabel Cañabate Prados

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Churriana de la
Vega. Distrito Metropolitano de Granada.

M^a Amparo Carracedo Morales

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Los Alcores.
Distrito Sanitario Sevilla Norte. Sevilla.

Mónica Carretié Warleta

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Casa del Mar.
Distrito Cádiz Bahía-La Janda.

Luis Castillo Díaz

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica La Zubia. Distrito
Metropolitano de Granada.

Josefina Copano García

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las
Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Paloma Chinarro Martínez

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles.
Málaga.

Inés De Sola Jiménez

Psicóloga. Adjunta Sección Adicciones del Servicio de Salud
Delegación de Familia y Bienestar Social del Ayuntamiento de Sevilla.

Purificación De Tena Sereno

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Del Rey Alamillo, Rosario.

Profesora Psicología. Universidad de Sevilla.

Inmaculada Dorado Siles

Enfermera Especialista en Salud Mental. Programa de Interconsulta y Enlace de Salud Mental. UGC de Salud Mental Virgen del Rocío. Sevilla.

M^a Teresa Escalante García

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Montequinto. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.

Fátima Farfán Díaz

Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen del Rocío. Sevilla.

Emilia Fernández Fernández

Trabajadora Social. Centro de Salud Puerto de la Torre. Málaga.

M^a Dolores Galindo Bas

Trabajadora Social. Centro de Salud Pino Montano A y B. Distrito Sevilla.

Rosa María García Barranco

Psicóloga Clínica. Grupo Investigación Universidad de Almería.

Lourdes García Benito

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Encarnación García Fernández

Enfermera Gestora de Casos. Unidad de Gestión Clínica Polígono Sur. Distrito Sanitario Sevilla.

Patricia García Roldán

Trabajadora Social. Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Amalia Garrido Hernández

Enfermera. Agencia Empresarial Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Francisco Javier Garrido Torrecillas

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Churriana de la Vega. Distrito Metropolitano de Granada.

M^a Isabel. Gil de la Haza

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Encarnación Gil González

Pediatra. Centro de Salud Torremolinos. Málaga.

Inmaculada Gómez Becerra

Psicóloga. Profesora Titular de la Universidad. Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos. Universidad de Almería.

Carlos González Álvarez

Enfermero. Coordinador de Cuidados. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Antonio Manuel Gutiérrez Nieto

Trabajador Social. Unidad de Gestión Clínica del Centro de Salud Loreto Puntales y Centro de Salud Puerta Tierra. Distrito Cádiz Bahía-La Janda.

María Dolores Hernández Morillas

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica La Zubia. Distrito Metropolitano de Granada.

Agustina Hervás de la Torre

Trabajadora Social. Jefa Unidad de Trabajo Social. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Manuela Hidalgo Morillo

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica LUCANO. Distrito Sanitario Córdoba.

Francisco López López

Psicólogo Clínico. Grupo de Investigación Universidad de Almería.

Encarnación Martín Medina

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Ejido Sur.
Almería

Miguel Martín Medina

Psicólogo. Fundación Noesso. Almería

Ana Martínez Angulo

Trabajadora Social. Agencia Empresarial Pública Hospital de Poniente El Ejido. Almería

Ana Martínez Rubio

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Centro de salud de Camas. Sevilla

Juan Antonio Melo Salor

Enfermero Gestor de Casos. Unidad de Gestión Clínica Montequinto y Olivar de Quinto
(Dos Hermanas) y Unidad de Gestión Clínica Campo de las Beatas (Alcalá de Guadaíra).
Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Ali Mohmoud Mohmed Ahmed Mohmed

Pediatra. Agencia Empresarial Pública Hospital de Poniente. El Ejido

Manuel Montilla de la Torre

MIR de Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Virgen del Rocío.
Sevilla.

M^a Antonia Muñoz Serrano

Trabajadora Social. Centro de Salud Esperanza Macarena y Centro de Salud San Luis.
Distrito Sevilla.

M^a José Muñoz Vilches

Pediatra. Facultativo Especialista de Área. Agencia Empresarial Pública. Hospital de
Poniente. El Ejido. Almería.

Constanza Navarro Moreno

Pediatra. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Francisco Javier Navarro Quesada

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Lucano. Distrito
Sanitario Córdoba.

Bienvenida Oliver Navarro

Trabajadora Social. Coordinadora Unidad de Apoyo de Trabajo Social. Distrito Sevilla.

Susana Ordóñez Ferrer

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Rosario Ortega Ruiz

Catedrática de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Córdoba.

Isabel Ortiz López

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Vícar. Almería.

Lucía Palomares Ojeda

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Zaidín Sur. Distrito Sanitario Granada.

Narcisa Palomino Urda

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Las Flores. Distrito Granada.

M^a Eva Pardo Falcón

Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Auxiliadora Perdigones Cantos

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Eduvigis Rando Nágera

Médico de Familia. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles. Málaga.

Ana Isabel Rodríguez Salignac

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Montequinto Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla.

Carmen Sánchez Martínez

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Francisco Javier Sánchez Ruiz Cabello

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Zaidín Sur. Granada.

Ana Rosa Sánchez Vázquez

Pediatra. Agencia Empresarial Pública. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Gema Pilar Santiago Rojano

Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen del Rocío de Sevilla.

Ana Isabel Sieso Sevil

Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones. Hospital de Barbastro (Huesca). Servicio Aragonés de Salud.

Gema Simón Escanez

Pediatra. Agencia Empresarial Pública. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Francisco Vela Enríquez

Pediatra. Agencia Empresarial Pública. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Antonio Vicente Pintor

Pediatra. Agencia Empresarial Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

M^a José Viejo Curiel.

Enfermera de Familia. Unidad de Gestión Clínica Inmaculada Vieira Fuentes "Las Letanías". Distrito Sanitario Sevilla.

Dolores Villar Fernández

Pediatra. Equipo Básico de Atención Primaria. Unidad de Gestión Clínica Churriana de la Vega. Distrito Metropolitano de Granada.

Raquel Yahyaoui Macías

Bioquímica Clínica. Hospital Materno Infantil. Málaga.

Este programa se ha realizado con la colaboración de:

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. ASANEC

Asociación de Pediatras de Atención Primaria- Andalucía. APAP-AND

Sociedad Española de Pediatría Social.SPS

Asociación Española de Trabajo Social y Salud. AETSYS

Índice

Listado de temas

Actividades de promoción de
salud y consejos preventivos

Actividades de intervención y cribado

Actividades de intervención y cribado
(universales)

Actividades de intervención y cribado
en situaciones de riesgo

Actividades en grupos específicos

Temas generales

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CONSEJOS PREVENTIVOS

- [Promoción de la lactancia materna](#)
- [Alimentación de 4 a 24 meses](#)
- [Alimentación de 2 a 18 años](#)
- [Asesoría de comedores escolares](#)
- [Tabaquismo pasivo](#)
- [Consejo sobre actividad física y deporte](#)
- [Consejo sobre fotoprotección](#)
- [Consejo preventivo sobre el sueño](#)
- [Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante \(SMSL\)](#)
- [Prevención de accidentes](#)
- [Higiene corporal](#)
- [Promoción del buen trato: parentalidad positiva y apego seguro](#)
- [Atención a la sexualidad](#)
- [Uso responsable de los medicamentos](#)
- [Atención al adolescente](#)
- [Sexualidad: salud afectivo-sexual y reproductiva en la adolescencia](#)
- [Prevención y detección del consumo de alcohol, tabaco y drogas](#)

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN Y CRIBADO UNIVERSALES

- [Cribado neonatal de enfermedades metabólicas congénitas](#)
- [Supervisión del crecimiento físico y desarrollo puberal](#)
- [Cribado y prevención del sobrepeso y la obesidad](#)
- [Prevención del raquitismo](#)
- [Prevención del déficit de yodo](#)
- [Salud bucodental](#)
- [Cribado de la displasia evolutiva de cadera](#)
- [Detección precoz de anomalías en el desarrollo del aparato locomotor](#)
- [Cribado de criptorquidia](#)
- [Cribado de ambliopía, estrabismo y trastornos de refracción](#)
- [Detección precoz de hipoacusia infantil](#)
- [Evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo](#)
- [Detección precoz de trastornos del lenguaje y del aprendizaje](#)
- [Salud mental](#)
- [Valoración social y plan de atención social en salud](#)

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN Y CRIBADO EN SITUACIONES DE RIESGO

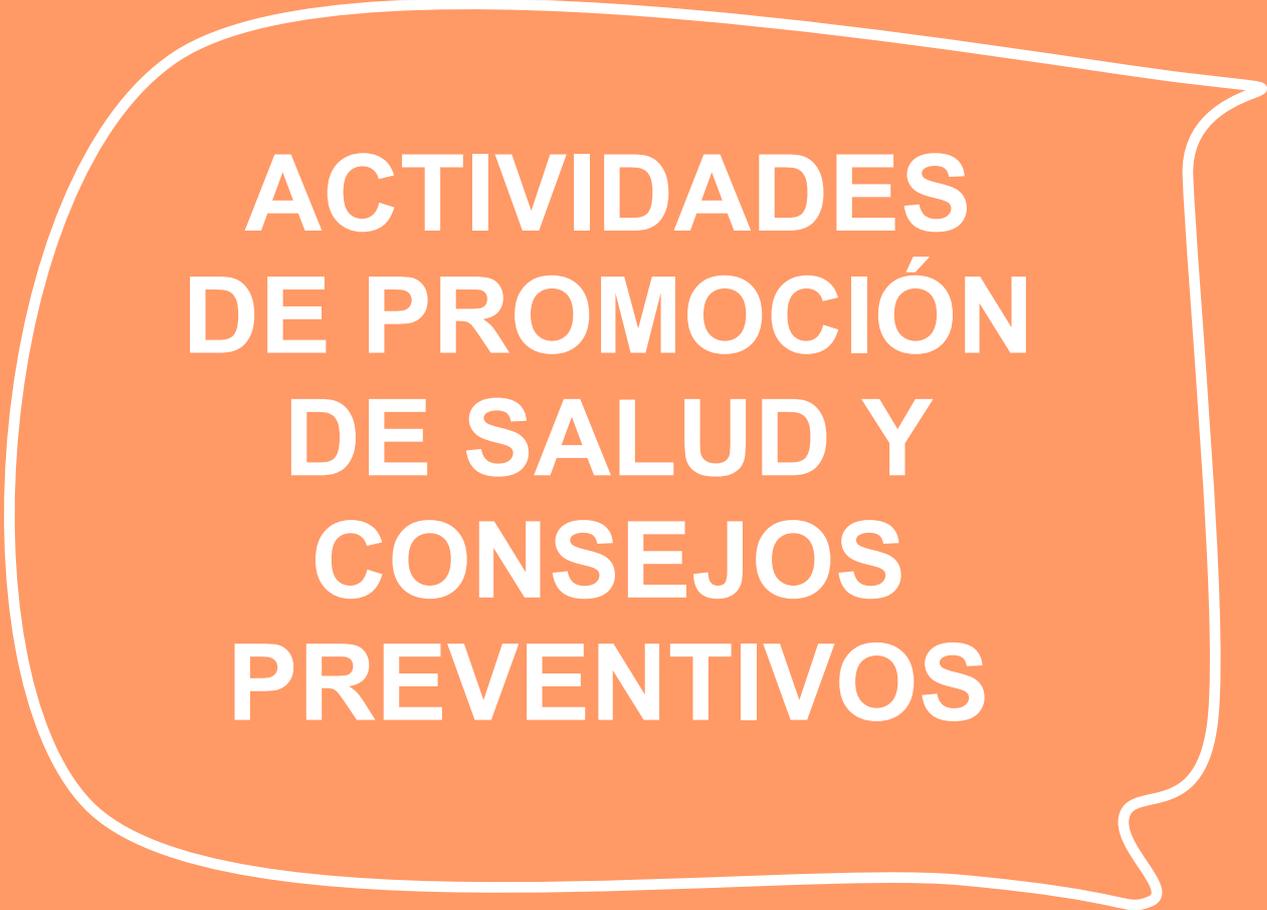
- [Cribado de la depresión postparto](#)
- [Cribado y prevención de hipercolesterolemia](#)
- [Cribado y prevención de hipertensión arterial](#)
- [Cribado y prevención de ferropenia](#)
- [Cribado de tuberculosis](#)
- [Atención a situaciones de malos tratos a menores](#)

ACTIVIDADES EN GRUPOS ESPECÍFICOS

- [Programa de actividades para prematuros con edad gestacional menor de 32 semanas o peso inferior a 1.500 gramos](#)
- [Actividades preventivas en niños y niñas con síndrome de Down](#)
- [Actividades preventivas en menores adoptados procedentes de otros países e inmigrantes](#)
- [Atención al menor con discapacidad](#)
- [Vacunación en situaciones de riesgo](#)
- [Actividades recomendadas en enfermedad celiaca y fibrosis quística](#)

TEMAS GENERALES

- [Metodología del consejo](#)
- [La familia como espacio educativo y de crecimiento saludable](#)
- [Promoción de la parentalidad positiva en el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía](#)



**ACTIVIDADES
DE PROMOCIÓN
DE SALUD Y
CONSEJOS
PREVENTIVOS**

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Introducción

La lactancia materna (LM) es la alimentación ideal para los bebés humanos. Sus beneficios para la salud de madres y bebés están científicamente demostrados incluso en las sociedades industrializadas. Además el aumento de la prevalencia y duración de la LM proporciona beneficios para toda la sociedad. Promocionar la LM desde todos los ámbitos asistenciales favorece mejores resultados en salud y constituye un marco para fomentar un apego saludable y con ello contribuir a la promoción del buen trato a la infancia y entre iguales. Aunque debemos promocionar y animar la LM, en última instancia se debe respetar el derecho de las mujeres a decidir lactar o no hacerlo.

ACTIVIDADES

- Ofrecer programas estructurados de apoyo a la lactancia materna en etapas pre y postnatal.
- Recomendar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y fomentar la prolongación de la misma hasta los 2 años, acompañando a una adecuada alimentación complementaria.
- Recomendar el amamantamiento a demanda atendiendo precozmente las señales de hambre del bebé (en oposición al amamantamiento restringido a un horario)
- Enseñar a los progenitores a reconocer las señales de un amamantamiento eficaz y aconsejar pedir ayuda si no hay recuperación del peso después de la semana de vida.
- Asegurar el vaciado eficaz de las mamas durante el amamantamiento y permitir al lactante vaciar al menos un pecho en cada toma.
- Ofrecer a las madres el contacto con grupos de apoyo o al menos tener la posibilidad de acudir a talleres de lactancia posparto.
- Enseñar a las madres técnicas de extracción y conservación de la leche.
- Recomendar la introducción de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Ofrecer pronto alimentos ricos en hierro de alta biodisponibilidad.
- Dar información disponible en otros soportes (folletos, internet) para el apoyo de la lactancia y sobre medicación y lactancia materna.
- Proporcionar alternativas al destete ante situaciones comunes si la madre desea continuar amamantando.

- **ACTIVIDAD. OFRECER PROGRAMAS ESTRUCTURADOS DE EDUCACIÓN ANTENATAL Y APOYO POSPARTO A LA LACTANCIA MATERNA.**

Población diana:

- Mujeres embarazadas, padres y madres lactantes.

Periodicidad:

- En cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La educación antenatal estructurada que aborda específicamente la LM aumenta las tasas de inicio y duración de la LM.
- El apoyo persona a persona o por teléfono aumenta el efecto de la educación antenatal y las cifras de LM inicial en un 5 ó 10%.
- El apoyo posparto favorece el inicio y la duración de la LM a corto y largo plazo.
- El apoyo madre a madre es particularmente eficaz para aumentar las cifras de LM al inicio.
- Las expectativas realistas sobre el proceso de amamantamiento ayudan a evitar el destete temprano.
- El apoyo por parte de la pareja contribuye al éxito de la LM.

Herramientas:

- Talleres de LM para gestantes.
- Visita individual:
 - Información sobre los beneficios de la LM, la técnica correcta del amamantamiento (anexos 1 y 2) y resolución de dudas.
 - Evaluación de las mamas.
 - Detección de factores de riesgo para la lactancia (anexo 3).
- Establecer talleres de lactancia en el posparto en el centro de salud, realizados por profesionales sanitarios con experiencia y formación en lactancia.
- Fomentar la participación de las madres y su continuidad en los talleres como figuras de modelado y apoyo.
- Fomentar el contacto con grupos de apoyo ya establecidos o potenciar el desarrollo de nuevos grupos de apoyo a nivel local.
- Incluir a la familia y allegados en las actividades de educación y apoyo.
- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia (anexo 4).

- **ACTIVIDAD. RECOMENDAR LA LM EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES Y APOYAR LA PROLONGACIÓN DE LA MISMA HASTA LOS 2 AÑOS O MÁS, CON UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**
-

Población diana:

- Madres lactantes con hijos menores de 2 años.
- Sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil, mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La leche humana proporciona todo el líquido y los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo del lactante.
- El apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la LM por parte del personal sanitario aumentan la incidencia, la duración y la exclusividad de la LM.
- La información inconsistente o inexacta proporcionada por los profesionales contribuye a la confusión materna y al destete prematuro.

Herramientas:

- Recordar, reforzar y alentar la LM durante cualquier contacto con madres embarazadas y en todas las visitas del programa de seguimiento de salud infantil.
- Evitar la información incongruente o inexacta, mediante cursos de actualización y protocolos consensuados por todos los profesionales implicados en la atención materno-infantil.

- **ACTIVIDAD. RECOMENDAR EL AMAMANTAMIENTO A DEMANDA ATENDIENDO PRECOZMENTE LAS SEÑALES DE HAMBRE DEL BEBÉ (EN OPOSICIÓN AL AMAMANTAMIENTO RESTRINGIDO A UN HORARIO)**

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- Amamantar a demanda y sin restricciones promueve la producción láctea, aumenta la duración de la LM, disminuye la pérdida inicial de peso del lactante e incrementa las tasas de ganancia ponderal.
- La respuesta temprana a las primeras señales del lactante de que está dispuesto a mamar facilita el agarre correcto y la succión efectiva.
- El contenido de grasa de la leche se incrementa a lo largo de la toma, por tanto, para asegurar que el lactante recibe esa leche de mayor contenido calórico debe fomentarse el vaciado completo de uno de los pechos en cada toma, así como evitar los cambios forzados del primer pecho al segundo.

Herramientas:

- Instruir en la observación de las señales del bebé que indican que está dispuesto a mamar: comienza a moverse, gira la cabeza, realiza movimientos de chupeteo o de búsqueda, se lleva las manos a la boca...
- Aconsejar el amamantamiento frecuente (8 a 12 veces al día al menos las 6 primeras semanas).
- Aconsejar el amamantamiento a demanda durante todo el primer año.
- Asegurarse de que los padres saben que el volumen de leche aumenta con el incremento del número y duración de las tomas.

- **ACTIVIDAD. ENSEÑAR A RECONOCER LAS SEÑALES DE UN AMAMANTAMIENTO EFICAZ Y ACONSEJAR PEDIR AYUDA SI NO HAY RECUPERACIÓN DEL PESO DESPUÉS DE LA SEMANA DE VIDA**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

La pérdida continuada de peso después del tercer día de vida está fuertemente relacionada con el abandono precoz de la LM (anexo 6).

Herramientas:

- Enseñar a reconocer las señales tempranas de hambre y aconsejar el amamantamiento sin esperar al llanto.
- Instruir en la observación de indicadores de amamantamiento eficaz: posición de la boca, deglución, ausencia de dolor, orina, excretas, llanto, insatisfacción, sueño o ganancia ponderal.
- Proporcionar información sobre cómo, dónde y a quién pedir ayuda en caso de pérdida de peso excesiva o ausencia de recuperación del peso neonatal. (anexo 8)

- **ACTIVIDAD. ASEGURAR EL VACIADO EFICAZ DE LAS MAMAS DURANTE EL AMAMANTAMIENTO Y PERMITIR AL LACTANTE VACIAR AL MENOS UN PECHO EN CADA TOMA.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La producción de leche se regula por la succión del bebé y el vaciado eficaz de las mamas. El volumen de leche aumenta con el incremento en la frecuencia de las tomas durante los primeros 14 días.
- La duración del amamantamiento aumenta cuando los profesionales sanitarios proporcionan una evaluación continuada y realizan intervenciones apropiadas.

Herramientas:

- Aconsejar que permitan al lactante terminar un pecho antes de pasarlo al otro.
- Observar al menos una toma al inicio de la lactancia (anexo 5) y corregir si es preciso problemas de técnica.

- **ACTIVIDAD. OFRECER A LAS MADRES EL CONTACTO CON GRUPOS DE APOYO O AL MENOS TENER LA POSIBILIDAD DE ACUDIR A TALLERES DE LACTANCIA POSPARTO.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- El apoyo entre madres tiene un efecto significativo sobre las tasas de inicio y duración del amamantamiento.
- La inclusión de madres de grupos de apoyo en las clases prenatales mejora las cifras de lactancia.

Herramientas:

- Remitir a las madres a un grupo de apoyo local y/o al taller de lactancia más próximo.

- **ACTIVIDAD. ENSEÑAR A LAS MADRES TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE. EXPLICAR INDICACIONES Y UTILIDADES DE LA LECHE EXTRAÍDA.**

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En los talleres de lactancia y en las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- El retorno al trabajo extradoméstico es percibido como una barrera a la prolongación de la LM.
- La leche puede extraerse de forma sencilla tanto manualmente como mediante extractores.
- Son numerosas las situaciones médicas, familiares o sociales que pueden verse facilitadas si la madre sabe cómo extraerse la leche en lugar de interrumpir la LM.
- Los masajes sobre el pecho inmediatamente antes de la extracción aumentan la cantidad de leche extraída, sin alterar la composición de la misma.
- La extracción doble simultánea mediante un dispositivo eléctrico consigue un aumento en la cantidad final de leche extraída.
- El vaciado manual es sencillo y cómodo para muchas mujeres.
- La leche materna extraída puede administrarse al bebé en las siguientes 48 horas.
- La leche materna extraída puede almacenarse en un congelador, preferiblemente en envases de polipropileno. (anexo 7)

Herramientas:

- Preguntar a las madres por sus planes de incorporación al trabajo.
- Anticipar otras situaciones que pueden beneficiarse de la extracción de leche.
- Comprobar que conocen las técnicas de extracción y conservación de la leche (anexos 7).
- Enseñar masajes previos a la extracción y la técnica de extracción manual.
- Aconsejar las bombas eléctricas de doble copa.
- Aconsejar a las madres acudir a talleres de lactancia.

- **ACTIVIDAD. RECOMENDAR LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A PARTIR DE LOS 6 MESES. OFRECER PRONTO ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DE ALTA BIODISPONIBILIDAD.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, reduce la frecuencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias en el lactante, ha demostrado beneficios para el desarrollo del lactante y ningún déficit nutricional.
- A partir de los 6 meses, los depósitos de hierro del lactante sano pueden quedar mermados y se hace necesario el aporte de alimentos ricos en hierro de fácil absorción.

Herramientas:

- Entregar anticipadamente un calendario de introducción de alimentación complementaria.
- Aconsejar la introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses.
- Los primeros alimentos deben ser ricos en hierro de alta biodisponibilidad.
- Evitar la introducción precoz (antes de los 6 meses) de alimentos excesivamente dulces o con sacarosa añadida.

- **ACTIVIDAD. DAR INFORMACIÓN DISPONIBLE EN OTROS SOPORTES (FOLLETOS, INTERNET) PARA EL APOYO DE LA LACTANCIA Y SOBRE MEDICACIÓN Y LM.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana. En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- Es frecuente que las mujeres que amamantan planteen dudas sobre la misma, siendo Internet un excelente sistema de apoyo para resolver estas dudas.
- Es frecuente que las mujeres tomen medicación durante el periodo de lactancia y/o antes de su comienzo y que, por tanto, surjan dudas sobre la seguridad de determinados fármacos.

Herramientas:

- Información disponible vía Internet (anexo 9).

- **ACTIVIDAD. PROPORCIONAR ALTERNATIVAS AL DESTETE SI LA MADRE DESEA CONTINUAR AMAMANTANDO.**

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- El retorno al trabajo suele ser motivo de abandono de la LM por parte de muchas madres.
- La introducción de la alimentación complementaria no debe suponer la sustitución de tomas de pecho por otro alimento sino que éste último debe complementar a la LM.
- La curva de peso no debe ser indicador de suplementación con fórmula artificial sino motivo para reforzar la LM.
- Es frecuente que se proponga el destete como solución única ante situaciones que no constituyen una contraindicación para la LM: enfermedades maternas leves, mastitis, contracepción, intervenciones quirúrgicas de madre o bebé...

Herramientas:

- Utilizar las gráficas de crecimiento de la OMS realizadas con bebés amamantados como patrón de referencia para la supervisión del crecimiento de los bebés.
- Recordar que las tablas de percentiles representan a toda la población normal y son una medida de estadística, no de salud.
- Priorizar el mantenimiento de la LM siempre que la madre lo desee.
- Introducir la alimentación complementaria respetando a la LM.
- Proponer alternativas adaptadas a cada situación cuando la madre deba reincorporarse al trabajo extradoméstico planificando la continuidad de la LM. (Anexo 8)

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 1

TÉCNICA CORRECTA DE LACTANCIA MATERNA

Colocación al pecho*

Una buena colocación facilita: Pezones sanos + succión eficaz + bebé satisfecho

1. *Sostén al bebé tripa con tripa*, de manera que no tenga que girar la cabeza para alcanzar el pezón.
2. *Sostén el pecho con el pulgar arriba y los dedos por debajo*, muy por detrás de la areola. Espera hasta que el bebé abra la boca de par en par. Acerca el bebé al pecho.
3. *Asegúrate de que el bebé toma el pezón y gran parte de la areola en la boca*. Este bebé mama con la boca abierta y su nariz y mentón están pegados al pecho. Su labio inferior está vuelto hacia abajo.

* La liga de la Leche, España [consultado el 04/12/2012]

Disponible en http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/colocacion.htm

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 2

LAS DIEZ CLAVES DE LA LACTANCIA MATERNA²

1. **Amamanta pronto, cuanto antes, mejor.** La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora después del parto, cuando el instinto de succión es muy intenso. Amamantar precozmente facilita la correcta colocación al pecho.
2. **Ofrece el pecho a menudo día y noche.** Hazte a la idea de que pasarás mucho tiempo amamantando a tu bebé durante estas primeras semanas. Un recién nacido normalmente mama entre 8 y 12 veces en 24 horas. No mires el reloj y dale el pecho cada vez que busque o llore, sin esperar a que "le toque". Así establecerás un buen suministro de leche.
3. **Asegúrate de que el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta.**
4. **Permite que el bebé mame del primer pecho todo lo que desee,** hasta que lo suelte. Después ofrécele el otro. Unas veces lo querrá, otras no. Así el bebé tomará la leche que se produce al final de la toma, rica en grasa y calorías, y se sentirá satisfecho.
5. **Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre.** Es importante respetar el equilibrio natural y dejar que el bebé marque las pautas, mamando a demanda. No es necesario sentir el pecho lleno; la leche se produce principalmente durante la toma gracias a la succión del bebé.
6. **Evita los biberones "de ayuda",** de suero glucosado y de infusiones. La leche artificial y el suero llenan al bebé disminuyendo su interés por mamar, entonces el bebé succiona menos y la madre produce menos leche.
7. **Evita el chupete,** al menos durante las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida. Un recién nacido ha de aprender bien cómo mamar del pecho y las tetinas artificiales como el biberón o el chupete pueden dificultar este aprendizaje.
8. Recuerda que el **bebé también mama por razones diferentes al hambre, como por necesidad de succión o de consuelo.** Ofrecerle el pecho es la forma más rápida de calmar a tu bebé.
9. **Cuídate.** Necesitas encontrar momentos de descanso y centrar tu atención más en el bebé que en otras tareas. Solicita ayuda de los tuyos.
10. **Busca apoyo.** Tu grupo local de apoyo o el taller de lactancia más cercano tiene la información y el apoyo que toda madre lactante necesita.

² Adaptado de: La liga de la Leche, España [consultado el 04/12/2012].

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 3 FACTORES DE RIESGO PARA LA LACTANCIA MATERNA

En el lactante:

- Parto traumático.
- Edad gestacional menor de 38 semanas.
- Dificultades para mantener un agarre efectivo y/o una succión eficaz.
- Somnolencia y/o irritabilidad.
- Intervalos largos entre tomas.
- Hiperbilirrubinemia o hipoglucemia.
- Ser pequeño o grande para la edad gestacional.
- Frenillo corto.
- Parto múltiple.
- Problemas neuromotores.
- Anomalías cromosómicas.
- Anomalías faciales.
- Enfermedad aguda o crónica.
- Uso de chupetes y tetinas.

En la madre:

- Dificultades en el amamantamiento de hijos anteriores.
- Cesárea, intervenciones en el parto.
- Separación del bebé.
- Ausencia de cambios prenatales en la mama.
- Pezones dañados con grietas o sangrantes.
- Congestión mamaria importante.
- Dolor mamario persistente.
- Percepción de leche insuficiente.

- Enfermedad aguda o crónica.
- Uso de medicamentos.
- Anomalías de la mama o el pezón.
- Cirugía o trauma mamario.
- Alteraciones hormonales (síndrome de ovario poliquístico, hipotirodismo, diabetes y otros).

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 4

FACTORES DE RIESGO PARA LA LACTANCIA MATERNA

Contraindicaciones verdaderas para la lactancia materna

En la madre:

- HIV positiva, en España.
- Abuso de sustancias.
- Quimioterapia.
- Tratamientos con isótopos radiactivos hasta la eliminación del isótopo del cuerpo de la madre.
- Tuberculosis activa hasta que la madre deje de ser contagiosa. La leche materna extraída puede ser administrada al bebé.
- Varicela activa: exantema en los 5 días anteriores y 2 posteriores al nacimiento. La leche materna extraída puede ser administrada al bebé, salvo que presente lesiones de varicela en areola mamaria.
- Lesiones de herpes activas en la mama.
- Enfermedad de Chagas.

En el lactante:

- Galactosemia.

No se consideran contraindicaciones:

- Fiebre materna en ausencia de contraindicación antes reseñada.
- Hepatitis B o C.
- Exposición a niveles bajos de contaminantes ambientales.
- Alcohol –aconsejar a la madre limitarse a un consumo ocasional–.
- Tabaco: aconsejar el abandono del hábito, pero si esto no es posible evitar la exposición del bebé al humo.
- Infección por citomegalovirus

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 5

OBSERVACIÓN DE LA TOMA

Nombre de la madre		Fecha	
Nombre del bebé.....		Edad del bebé	
SIGNOS DE NORMALIDAD		SIGNOS DE ALERTA	
Posición		Posición	
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Bebé muy junto y bien encarado. <input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé alineados <input type="checkbox"/> El mentón toca el pecho <input type="checkbox"/> Bebé bien sujeto por detrás*		<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinada sobre el bebé <input type="checkbox"/> Bebé separado de la madre <input type="checkbox"/> El bebé ha de torcer o doblar el cuello <input type="checkbox"/> El mentón no toca el pecho <input type="checkbox"/> Sólo sujeta el hombro o la cabeza*	
Respuestas		Respuestas	
<input type="checkbox"/> Busca el pecho si tiene hambre <input type="checkbox"/> Movimientos de búsqueda* <input type="checkbox"/> Explora el pecho con la lengua <input type="checkbox"/> Mama tranquilo y despierto <input type="checkbox"/> Se mantiene en el pecho <input type="checkbox"/> Signos de eyección de la leche (goteo, “apoyo”, entuertos)		<input type="checkbox"/> El bebé no responde al pecho <input type="checkbox"/> No hay reflejo de búsqueda* <input type="checkbox"/> No muestra interés por el pecho <input type="checkbox"/> Bebé inquieto o lloroso <input type="checkbox"/> Se le escapa el pecho <input type="checkbox"/> No se observan signos de eyección.	
Vínculo afectivo		Vínculo afectivo	
<input type="checkbox"/> Abrazo seguro y confiado <input type="checkbox"/> La madre le mira a la cara <input type="checkbox"/> La madre le acaricia		<input type="checkbox"/> Abrazo nervioso o flojo <input type="checkbox"/> No hay contacto visual entre ambos <input type="checkbox"/> Apenas le toca, o le sacude y atosiga	
Anatomía		Anatomía	
<input type="checkbox"/> Pechos blandos después de la toma <input type="checkbox"/> Pezones salientes, protráctiles <input type="checkbox"/> Piel de aspecto sano <input type="checkbox"/> Pecho redondeado durante la toma		<input type="checkbox"/> Pechos ingurgitados <input type="checkbox"/> Pezones planos o invertidos <input type="checkbox"/> Piel irritada o agrietada <input type="checkbox"/> Pecho estirado	
Succión		Succión	
<input type="checkbox"/> Boca muy abierta <input type="checkbox"/> Labio inferior doblado hacia fuera <input type="checkbox"/> La lengua rodea al pecho <input type="checkbox"/> Mejillas redondeadas <input type="checkbox"/> Más areola por encima de la boca <input type="checkbox"/> Succión lenta, profunda, con pausas <input type="checkbox"/> Se ve u oye como traga		<input type="checkbox"/> Boca poco abierta, “morrito” <input type="checkbox"/> Labio inferior doblado hacia dentro <input type="checkbox"/> No se ve la lengua <input type="checkbox"/> Mejillas tensas o hundidas <input type="checkbox"/> Más areola por debajo de la boca <input type="checkbox"/> Chupadas rápidas <input type="checkbox"/> Se oyen chasquidos	
Duración		Duración	
<input type="checkbox"/> Suelta el pecho espontáneamente		<input type="checkbox"/> La madre lo saca del pecho	
Hora de inicio de la toma:		Hora en que acaba la toma:	
Tiempo de succión: minutos			
(*) Se refieren sólo a recién nacidos, no a niños mayores			

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 6

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO INEFICAZ

En el lactante:

- Pérdida de peso mayor del 7% respecto al peso RN.
- Menos de 3 deposiciones/día pasadas las primeras 24 horas de vida.
- Heces meconiales después del 4º día.
- Menos de 6 pañales mojados con orina clara después del 4º día.
- Insatisfecho (irritable, inquieto o somnoliento) después de las tomas.
- Deglución no audible durante las tomas.
- Pérdida de peso después del 3^{er} día.
- No gana peso a partir del 5º día.
- No ha recuperado el peso de RN al 10º día.

En la madre:

- Sin cambios discernibles en el peso o tamaño de las mamas y sin cambios en la composición de la leche el 5º día.
- Dolor de los pezones persistente o creciente.
- Congestión mamaria que no mejora amamantando

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 7 TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Situaciones en que la extracción de la leche materna puede ser necesaria o de utilidad:

- Cuando madre e hijo no pueden estar juntos, por ausencia de la madre (incorporación al trabajo, enfermedad) o enfermedad del lactante (grandes prematuros, ...)
- Cuando se desea establecer, aumentar o mantener la producción láctea.

La extracción de leche también puede ser útil los primeros días tras el parto, cuando el bebé no se coge suficientes veces, para estimular mejor la “subida de la leche” o cuando hay una disminución de la producción de leche (porque el bebé empieza a dormir toda la noche o porque se han establecido pautas erróneas como el uso de chupete o tetinas).

En casos de grietas muy dolorosas o en el caso de pezones planos, puede ser útil utilizar el sacaleches unos minutos antes de ponerse al bebé al pecho, para estimular el pezón y la subida de la leche.

Frecuencia de la extracción

Si el bebé no mama a menudo, es conveniente vaciar los pechos cada 2 ó 3 horas para mantener la producción de leche. Es aconsejable empezar a usar la bomba tan pronto como se haya interrumpido el horario habitual de amamantar. No es necesario esperar a la subida o a que la madre se sienta incómoda. El calostro también se puede extraer y almacenar.

Preparativos para extraer la leche:

1. Lavarse las manos (no es necesario lavar el pecho, el pezón ni la areola).
2. Buscar un lugar silencioso y privado en donde la madre se sienta cómoda para usar la bomba y donde tener el equipo recolector limpio y listo para usar.
3. Prever la posibilidad de tomar una infusión o algo de beber mientras se usa la bomba.
4. Realizar ejercicios de relajación y varias inspiraciones profundas unas cuantas veces. Escuchar música suave o ver la televisión.
5. La aplicación de calor sobre el pecho favorece el flujo de leche. El calor no es aconsejable para aliviar la congestión mamaria.

Cómo estimular la bajada de la leche:

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual, como con bomba es conveniente preparar antes el pecho para facilitar la extracción, provocando el reflejo de bajada o de eyección láctea.

Para ello se pueden seguir tres pasos:

1. Masajear: oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento

circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del seno.

2. Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón, todo alrededor.

3. Sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.

Técnicas de extracción

La leche materna puede extraerse a mano o con sacaleches. A medida que la madre coge práctica se obtienen mejores resultados, también es más fácil cuando la madre ya ha establecido una buena producción de leche.

Extracción manual

La extracción manual es más laboriosa, pero a muchas madres les resulta más agradable y natural. Suele ser más conveniente para la extracción en casa.

Técnica de Marmet para la extracción manual de leche:

- Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).
- Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.
- Rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimiento como de rodillo (rodar no deslizar).
- Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos (colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar).
- Rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilizar ambas manos en cada pecho.
- Extraer la leche de cada pecho hasta que el flujo de leche se haga más lento.
- Provocar el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir). Puede hacerse simultáneamente.
- Repetir todo el proceso de exprimir y provocar el reflejo de bajada en ambos pechos, una o dos veces más. El flujo de leche, generalmente, se enlentece más pronto la segunda y tercera vez, a medida que los reservorios se van vaciando.
- Evite estiramientos y maniobras de presión excesiva en el pecho o pezón.

Tiempo de extracción

El procedimiento completo debe durar entre 20 y 30 minutos.

- Extraer la leche de cada pecho de 5 a 7 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer nuevamente de cada pecho de 3 a 5 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer una vez más de 2 a 3 minutos.

Si la producción de leche ya está establecida, utilizar los tiempos anteriores solo como una guía. Si aún no hay leche o hay poca, seguir los tiempos anteriores cuidadosamente.

Extractores manuales de leche materna

Son más baratos y menos aparatosos y ruidosos, pero pueden causar cansancio en la mano de la madre. Ninguna bomba debe hacer daño. Los extractores tipo perilla están en desuso.

Cómo usar un extractor manual

1. Colocar el embudo o el reborde con copa suave sobre el pecho siguiendo las instrucciones del fabricante.
2. Para comenzar, se debe imitar la "llamada a la leche" del bebé, usando tracciones cortas y rápidas.
3. Una vez que se obtenga algo de leche, se deben realizar aspiraciones largas y uniformes.

Se debe evitar la tentación de usar demasiada aspiración, causando malestar. El bombeo forzado y doloroso bloqueará el mecanismo de liberación de la leche y puede dejar dolorido el pecho.

4. Algunas bombas cuentan con un regulador para aspirar. Hay que comenzar con el nivel más bajo e incrementarlo hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
5. Utilizar 5 a 7 minutos en cada lado (previo masaje) o hasta que el chorro de leche o las gotas sean más lentas. Cambiar de pecho y repetir. Volver a cada pecho unas cuantas veces más, hasta que el flujo de leche sea lento.
6. Verter la leche extraída en un recipiente limpio, sellar, poner la fecha y colocarlo en el refrigerador o en el congelador.
7. Lavar las partes del extractor con agua caliente con jabón, enjuagarlas y secarlas al aire. Una vez al día, esterilizar. También pueden esterilizarse en el lavavajillas, siempre y cuando la temperatura alcance 50 grados por lo menos.
8. Las primeras veces que se use el extractor, puede ser que solo salgan unas cuantas gotas de leche. Esto es normal. Usando la bomba cada 3 horas pronto se obtendrá más y más leche.

Extractores eléctricos

Si la madre va a regresar al trabajo o a estar lejos de su bebé por largo tiempo, un extractor eléctrico es mejor. Se pueden alquilar en varios lugares como en las farmacias, en los hospitales o a través de

organizaciones de madres lactantes. Puede ser útil escoger el que haga menos ruido. Se puede comprar o encargar en las farmacias.

Los más rápidos son los que permiten la extracción de ambos pechos a la vez.

Modo de empleo

1. Lavarse las manos.
2. Usar equipo limpio.
3. Preparar los pechos usando calor, masajes y agitándolos.
4. Poner el control para aspirar en el nivel de presión más bajo o mínimo.
5. Conectar según las instrucciones en la caja.
6. Colocar el embudo o la campana en el pecho. Poner el pezón en el centro y encender la bomba. El pezón se moverá hacia adelante y atrás dentro del embudo. Después de que salgan unas gotas, aumentar poco a poco el nivel de aspiración procurando que sea cómodo. Realizar la extracción alternando pechos como con el extractor manual. En cualquier caso extraer durante 5-7 minutos, masajear y volver a extraer al menos 3 veces.

Almacenamiento:

1. Verter la leche en un recipiente limpio.
2. Etiquetar.
3. La leche puede mantenerse sin refrigerar durante 6-8 horas si la temperatura ambiente es inferior a 29 °C.
4. Si se va a consumir más tarde, es preferible refrigerar o congelar de inmediato.

Envases

La leche materna puede congelarse en recipientes de vidrio o de plástico duro (polipropileno).

Llenar cada recipiente con 60 ó 120 ml. de leche materna. Dejar lugar para que la leche se expanda al congelarse. La leche materna se descongelará más rápidamente y habrá menos desperdicio si se congela en cantidades pequeñas.

Sellar los recipientes inmediatamente después de recolectar la leche.

Las bolsas de plástico para leche pueden utilizarse para los bebés sanos nacidos a término. No se debe tocar el interior de la bolsa para leche. Llenar la bolsa para leche con 60 ó 120 ml. de leche y cerrarla bien. Después de que la bolsa para leche se congele, conviene guardarla en un recipiente de plástico duro para evitar que se rompa el plástico.

Refrigeración y congelación

La leche materna puede refrigerarse pero se conserva mejor congelada.

Dependiendo del congelador la duración media es de 3 meses.

Descongelar: descongelar la leche materna bajo el chorro de agua caliente del grifo.

- No hervir ni poner la leche materna en el horno de microondas. Las temperaturas altas destruyen los anticuerpos.
- Cuando la leche se descongele, agitar el biberón suavemente para mezclar la leche.
- No volver a congelar la leche que no se use.
- Tirar la leche que sobre en el biberón después de dar de comer al bebé.
- La leche descongelada debe refrigerarse y usarse en las siguientes 24 horas.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 8 CONSEJOS ÚTILES PARA LA MADRE QUE DESEA AMAMANTAR Y TRABAJAR

1. Practicar la LM exclusiva establece una buena producción de leche materna antes de la vuelta al trabajo.
2. A partir de la 4-6 semanas de vida, la producción de leche materna está bien establecida si el bebé está mamando bien. A partir de entonces se le puede ofrecer una toma de leche materna extraída para que el bebé se vaya acostumbrando. Algunos bebés aceptan mejor el biberón si se lo ofrece otra persona que no sea la madre.
3. Es conveniente alquilar o comprar un sacaleches eléctrico o manual de buena calidad, para la extracción durante el trabajo.
4. Es conveniente familiarizarse con el uso del sacaleches antes de la vuelta al trabajo.
Es aconsejable empezar a usarlo una o 2 semanas antes de la vuelta al trabajo.
5. El uso de un sacaleches eléctrico doble reduce el tiempo de extracción. La mayoría de las madres pueden reducir el tiempo de extracción a 10-15 minutos al sacarse de los dos pechos a la vez.
6. Si es posible, intentar que la vuelta al trabajo sea a mitad de semana de modo que sólo queden 2 días antes del fin de semana.
7. Es conveniente buscar en el lugar de trabajo un lugar tranquilo y limpio donde poder sacarse la leche y llevar algo para comer y una foto del bebé.
8. Si hay problemas con la subida de la leche, es útil realizar unas inspiraciones profundas, escuchar música suave y concentrarse en la foto del bebé.
9. Dejar a la persona que va a cuidar al bebé, instrucciones por escrito sobre cómo descongelar y calentar la leche extraída.
10. Explicar al cuidador que, a ser posible, no le ofrezca al bebé ningún alimento unas 2 horas antes del regreso a casa de la madre, para que coja su pecho con avidez.
11. Es conveniente que la madre:
 - a. Coma alimentos sanos y nutritivos y beba abundantes líquidos.
 - b. Busque un tiempo de descanso después del trabajo.
 - c. Busque ayuda en la pareja, familiares o amigos con las tareas de la casa y con el bebé.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 9 DIRECCIONES WEB DE INTERÉS PARA LA LACTANCIA MATERNA

Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría

Permite acceder al documento de recomendaciones para la lactancia de la AEP, así como a otros documentos relacionados con la lactancia.

Ofrece dos foros para hacer consultas, uno para padres y otro para profesionales. Responden pediatras expertos en LM: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>

La Leche League International

La Liga de La Leche Internacional (LLLI) es una ONG, fundada en 1956, que ofrece información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. Pertenece al Consejo de ONGs de UNICEF y es miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA); además, mantiene relaciones oficiales de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. En su página de Internet hay información fiable y respuestas a la mayoría de los problemas de lactancia que plantean las madres. Especialmente práctica la sección de preguntas más frecuentes.

<http://www.lalecheleague.org/>

También hay información de la LLLI en español:

<http://www.lalecheleague.org/LangEspanol.html>

Medicamentos y lactancia

Una web mantenida por el Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia, en donde puede consultarse la compatibilidad de muchos medicamentos y otras sustancias con la LM.

<http://www.e-lactancia.org/inicio.htm>

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN)

Propuesta por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

<http://www.ihan.es/>

Facilita material de consulta y otros recursos sobre LM además de enlaces a todos los grupos de apoyo del territorio nacional

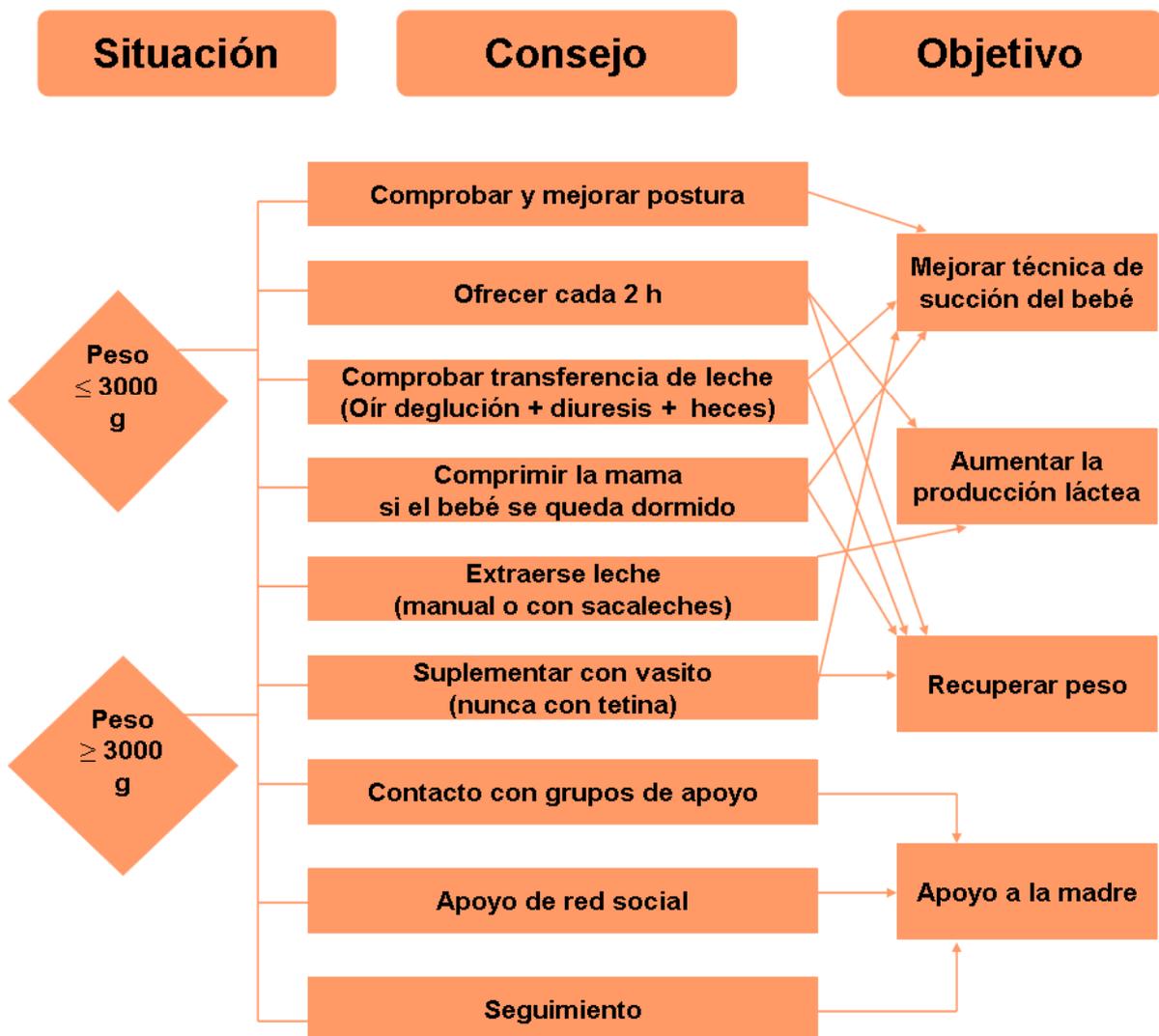
<http://www.ihan.es/index3.asp>.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 10

CONSEJOS PARA MANEJAR LA PÉRDIDA DE PESO MANTENIDA

Pérdida de peso mantenida o no inicia la recuperación a los 4-5 d



ALIMENTACIÓN DE 4 A 24 MESES

Población diana:

- Familias con menores de 2 años.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil desde los 4 a los 24 meses y siempre que demanden información.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.
- **ACTIVIDAD: OFRECER CONSEJO NUTRICIONAL (ANEXO 1)**

Definiciones

- El consejo nutricional pretende adecuar la alimentación del lactante a sus necesidades metabólicas. Se considera que la leche sigue siendo el alimento principal en esta etapa, pero debe iniciarse alimentación complementaria.
- La alimentación complementaria está constituida por los alimentos que toma el lactante distintos de la leche.

Justificación

- El periodo entre el nacimiento y los 2 años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para favorecer el crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. Las deficiencias nutricionales pueden tener consecuencias inmediatas sobre el desarrollo físico, mental y motor, y también a largo plazo en la adolescencia y edad adulta.
- A partir de los 6 meses la leche materna no cubre los requerimientos nutricionales y es preciso introducir alimentación complementaria
- Una revisión de las guías alimentarias comúnmente utilizadas ha demostrado la inconsistencia de las recomendaciones específicas para la alimentación de lactantes y niños o niñas pequeños. Aún no contamos con guías unánimes que puedan adaptarse a las prácticas alimenticias y a las condiciones socioculturales individuales. Debemos por tanto orientarnos por las recomendaciones actuales de las principales organizaciones de salud y nutrición, y adaptarlas al entorno sociocultural de las familias.

Herramientas:

- Información individual a la familia y personas cuidadoras.
- Material escrito para entregar como recordatorio. Pirámide de alimentación.
- Ofrecer información en grupos de manera periódica.
- Proporcionar bibliografía adaptada a progenitores y personas cuidadoras.

ALIMENTACIÓN DE 4 A 24 MESES

ANEXO 1

CONSEJO NUTRICIONAL

Inicio de la alimentación complementaria (AC)

El objetivo propuesto por la Organización Mundial de la Salud es la LM exclusiva hasta los 6 meses.

Deben introducirse otros alimentos a partir de esta edad en los bebés amamantados (aunque pueden continuar con LM 2 años o más). En los alimentados con leche adaptada o lactancia mixta también se inicia a los 4-6 meses.

Las razones para no introducir antes la AC incluyen:

- Disminuye la producción de leche materna
- No significa mejoras en el crecimiento
- Los lactantes pequeños no pueden digerir determinadas comidas,
- El bebé puede quedar expuesto a microorganismos patógenos (con aumento del riesgo de diarrea y malnutrición)
- Hay mayor riesgo de alergias

Por otra parte, no se debe retrasar la alimentación complementaria porque:

- La leche materna no aporta suficiente energía y nutrientes para los lactantes de más de 6 meses, lo que supone mayor riesgo de retraso de crecimiento y desnutrición)
- El contenido en hierro y zinc puede ser deficitario.
- Hacia los 6 meses mejora la habilidad motora oral (masticación, deglución...) y la aceptación de sabores y texturas diferentes. Si se deja pasar este momento pueden aparecer dificultades para la aceptación adecuada de los sólidos.

Consistencia de los alimentos

Los alimentos complementarios se pueden administrar como:

- **Transitorios:** triturados, purés y semisólidos a partir de los 6 meses. A los 8 meses pueden tomar alimentos sólidos con sus propias manos.
- **Alimentos familiares:** alrededor de los 12 meses pueden tomar la misma dieta que la familia, siempre que ésta sea equilibrada y variada, con pequeñas adaptaciones a sus habilidades motoras (picada, trozos pequeños), aumentando gradualmente la consistencia y la variedad de los alimentos.

Conviene tener en cuenta que los menores de 2 años necesitan alimentos energéticamente densos, y que hay que evitar los que puedan causar daño por el riesgo de atragantamiento, como los frutos secos, uvas, aceitunas, zanahorias crudas...

Habilidades relacionadas con la alimentación

Es conveniente aprovechar la maduración psicomotriz para favorecer la adquisición de habilidades necesarias para la alimentación autónoma. Por eso:

- Los alimentos en papilla o triturados deben introducirse cuando el bebé puede sostenerse sentado.
- La introducción de los triturados debe hacerse con cuchara, salvo en circunstancias especiales como los grandes prematuros.
- Los líquidos se pueden administrar en taza o vaso desde los 6 meses.
- No se aconseja el biberón para beber zumos ni líquidos azucarados, porque favorecen la aparición de caries.
- Se debe atender a las señales de saciedad (ver anexo 4 del tema prevención de obesidad) y permitir que el bebé regule la cantidad de alimento que ingiere.
- A partir de los 8-10 meses debe favorecerse que el bebé utilice los dedos para probar alimentos de diferente consistencia.
- No es necesario esperar a que el bebé tenga dientes para estimular las acciones de roer y masticar alimentos de consistencia adaptada.

Frecuencia de consumo y densidad energética

Aumentar el número de veces que el bebé es alimentado con alimentos complementarios conforme pasa la edad:

- Entre los 6-8 meses se pueden dar 2 a 3 comidas diarias de AC.
- A partir de los 9 meses se pueden dar 3 a 4 comidas diarias, junto a aperitivos nutritivos (pan, fruta) 1 a 2 veces/día.
- Si la densidad energética de los preparados es baja o el bebé está alimentado al pecho puede requerir comidas más frecuentes.

Alimentos complementarios

- Hay que seleccionar una variedad de alimentos para satisfacer los requerimientos nutricionales.
- No hay base científica para recomendar que deba comenzarse por un tipo concreto de alimento o tenga que hacerse en un orden específico.
- Los bebés alimentados con LM exclusiva hasta los 6 meses deben iniciar la alimentación complementaria con frutas y purés de verduras o legumbres cocidas y/o con carne.

- No se justifica la introducción de leche adaptada solo para preparar papillas de cereales.
- Si la madre dispone de leche suficiente, se podrá extraer para hacer papillas de cereales, o en caso contrario realizarlo con agua o caldo. El arroz se puede incluir en los purés.
- Conviene aconsejar a la madre que, hasta el año de edad, ofrezca el pecho antes que los alimentos complementarios, y cuando sustituya alguna toma o complete con otros alimentos, se extraiga la leche y la conserve para cuando se ausente o para preparar papillas de cereales.
- La situación ideal es que el bebé cumpla el año de edad sin que se haya introducido leche de vaca.
- Patatas, cereales, verduras, frutas, carne, pescado y huevos deben tomarse de forma frecuente.
- La dieta diaria debe incluir alimentos ricos en vitamina A (frutas, verduras, aceite), en vitamina C (frutas, patatas), en vitaminas B (hígado, huevo, verduras de hoja verde, soja, carnes, pescados, patatas y otros tubérculos) y en folatos (legumbres, verduras de hoja verde, zumo de naranja).
- Carne, pescado o huevo pueden tomarse diariamente o lo más frecuente posible, por su riqueza en muchos nutrientes clave (aminoácidos esenciales, hierro y cinc). Los nutrientes están más concentrados en la carne magra que en la grasa. El pescado tiene proteínas de alta calidad, similar a la carne magra, y es menos graso y rico en yodo. Los pescados azules son ricos en ácidos grasos polinsaturados ω -3 importantes para el neurodesarrollo. El retraso en la introducción de alimentos alergénicos (huevo, pescado) no ha disminuido las alergias, exista o no riesgo familiar de desarrollar alergias.
- Los huevos se pueden dar desde los 6 meses, bien cocinados para evitar el riesgo de salmonelosis.
- La cantidad de leche de fórmula necesaria en lactantes no alimentados al pecho es al menos 280-500 ml/día, recomendándose ingestas de 500 ml/día durante el primer año. No se debe aumentar la cantidad de leche diaria porque desplaza la ingesta de otros alimentos complementarios y entorpece la habilidad para comer. Otras fuentes de lácteos aceptadas incluyen la leche fermentada, el yogurt y el queso, que se pueden introducir en cantidades pequeñas alrededor de los 6-9 meses.
- Los bebés mayores de un año no alimentados al pecho pueden tomar leche entera de vaca sin diluir, aconsejando un mínimo de 200-400 ml/día si la dieta incluye otros alimentos de origen animal y entre 300-500 ml/día en caso contrario. La leche de vaca desnatada o semidesnatada tiene menor contenido en vitaminas y no se recomienda en menores de 2 años.
- Proporcionar dietas con adecuado contenido en grasas. Si no se administran alimentos de origen animal regularmente, es necesario añadir 10-20 g de grasa o aceite; en caso contrario añadir 5 g. Por su composición, se prefiere el aceite de oliva en todas las preparaciones culinarias.

- Evitar las bebidas con escaso valor nutritivo como té, café, infusiones, bebidas azucaradas y carbonatadas, procurar que la cantidad de zumos de fruta no desplace la ingesta de alimentos más ricos en nutrientes. La AAP recomienda un máximo de 180 ml/día de zumo natural de fruta.
- Recomendar no añadir sal o azúcar a las comidas.
- Evitar la miel hasta el año de edad, por su contenido en esporas de Clostridium Botulinum, que unido a la insuficiencia de ácido gástrico del lactante puede causar botulismo.
- Las últimas recomendaciones de la Espghan (2008) aconsejan introducir el gluten no antes de los 4 meses ni después de los 7 meses. Si en el momento de introducirse el gluten el bebé está tomando LM, parece existir un efecto protector y se asocia con menor riesgo de desarrollar enfermedad celiaca, lo cual a su vez reduce el riesgo de diabetes tipo 1 y de alergia al trigo.
- Las dietas vegetarianas adecuadamente planificadas cubren las necesidades de nutrientes en esta edad. En casos necesarios puede ser conveniente administrar suplementos específicos y mantener la lactancia materna.

En la tabla 1 se presenta un ejemplo de comidas que se puede tomar y deglutir sin problemas a determinadas edades y etapas del desarrollo. No significa que se deban ofrecer necesariamente a estas edades.

Suplementos vitamínicos y minerales

La ingesta variada de alimentos hace usualmente innecesaria la utilización de alimentos fortificados. Sin embargo, incluso en países desarrollados, se está incrementando el raquitismo bioquímico y clínico, por lo que el Comité de Nutrición de la AAP y el grupo Previnfad recomiendan la suplementación con 400 UI/día de vitamina D para lactantes que estén tomando LM o ingieran menos de 1l/día de fórmula. Durante el primer año de vida.

Alimentación responsable

- Los menores deben ser alimentados directamente por los cuidadores y cuando sean mayores y coman solos, deben ser ayudados, siendo sensibles a sus señales de hambre y saciedad.
- Se debe alimentar de forma pausada y paciente, animándolos a comer pero sin forzar nunca. Si rechazan muchos alimentos, es conveniente experimentar con diferentes combinaciones, texturas y métodos de estimulación. Reiterar los alimentos hasta que sean aceptados.
- Hacer de las comidas momentos para el aprendizaje y el cariño, estableciendo contacto visual directo y hablando al bebé mientras come.
- Desaconsejar las comidas con peligro de atragantamiento (frutos secos, uvas, aceitunas...).
- Desaconsejar que se permita al bebé tomar solo el biberón, se lo debe dar una persona adulta y aprovechar para mayor contacto cara a cara.

Higiene y seguridad en la manipulación de los alimentos

- Asegurar la higiene de manos del bebé y la persona cuidadora antes de las comidas y de su preparación.
- Es importante una buena higiene de los alimentos y de los utensilios para su preparación y administración.

Alimentos complementarios procesados por la industria alimentaria (cereales y homogeneizados)

- Se fabrican siguiendo las normas de la Unión Europea y tienen un papel importante cuando no hay disponibilidad para preparar alimentos complementarios a partir de alimentos frescos.
- Sin embargo pueden dificultar el paso a la alimentación familiar debido a su diferente textura y sabor.

Tabla 1: Tipos de alimentos en la dieta del bebé en relación con sus habilidades motrices

Edad	Habilidades motoras	Tipos de alimentos que se pueden consumir	Ejemplos de alimentos
0-6 meses	- Mamar, succionar y tragar	Líquidos	Leche materna exclusiva
4-7 meses	- Aparece el primer reflejo de masticar, mayor fuerza de succión, movimientos reflejos de la lengua	Purés (solo si las necesidades del menor piden una alimentación complementaria)	Leche materna, más purés de carne cocinada, verduras como zanahorias, patatas, calabacín o frutas como plátanos, papillas de cereales con y sin gluten
7-12 meses	- Coger la comida de la cuchara con los labios, morder y masticar. - Movimientos laterales de la lengua y movimiento de la comida hacia los dientes. - Se desarrollan habilidades motoras finas que facilitan la autoalimentación	- Mayor variedad de comidas tanto Trituradas, como alimentos picados y alimentos con los dedos, combinando alimentos nuevos y familiares. - Dar 3 comidas/día con 2 aperitivos en los intervalos	- Leche materna, más carne picada, frutas y verduras trituradas. - Vegetales y comida cruda Picada (plátano, melón, tomate), cereales (p. ej. trigo) y pan
12-24 meses	- Masticación con Movimientos rotatorios y estabilidad de la mandíbula	- Comidas familiares	- Leche materna, más cualquier cosa que coma la familia siempre que la dieta de la familia sea sana y equilibrada

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

Población diana:

- Población de 2 a 18 años de edad, sus progenitores, la familia extensa y personas al cuidado infantil.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En las consultas por problemas relacionados con la alimentación: obesidad, estreñimiento, falta de apetito.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Comentar la importancia de establecer hábitos dietéticos adecuados a cada etapa del menor o adolescente.
- Ofrecer consejo nutricional (anexos 1, 2 y 3) y resaltar la importancia del desayuno.
- Informar sobre la pirámide de alimentación (anexo 4).
- El equilibrio energético incluye un balance adecuado entre la alimentación y la actividad física.

La US Preventive Services Task Force (2003) considera que no existe evidencia suficiente para recomendar el consejo nutricional en pacientes no seleccionados en el marco de la Atención Primaria; pese a ello se debe alentar esta intervención dados los beneficios asociados a una dieta saludable y a la prevención de la obesidad.

El consejo nutricional debe darse a los progenitores y, a medida que el niño o la niña maduran, se les puede ofrecer información adaptada a sus capacidades.

El consejo sobre la actividad física debe ser inseparable del consejo nutricional.

Definiciones

- Equilibrio nutricional: consumo de una dieta variada y moderada, equilibrando la ingesta con el gasto energético.
- Dieta variada: la que incluye alimentos de todos los grupos, en las proporciones y frecuencia de consumo indicadas en la pirámide de alimentación.
- Dieta mediterránea: propia de los países de dicho área, que se caracteriza por ser sana, nutritiva y por ayudar a prevenir enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación. Esta se caracteriza por una abundancia de alimentos de origen vegetal, mínimamente

procesados y estacionales, preferentemente frescos; fruta fresca como postre típico diario; consumo de dulces ocasional; aceite de oliva como principal fuente de grasa; un consumo bajo o moderado de productos lácteos así como de pescado y aves; consumo de huevos semanal y carne roja en pequeñas cantidades.

Justificación

- La alimentación es uno de los factores que en mayor medida determina el estado de salud presente y futura de las personas.
- Desde la gestación hasta la adolescencia, fomentar una alimentación equilibrada y la adquisición de unos hábitos dietéticos saludables, contribuye a favorecer el crecimiento, la maduración y el óptimo estado de salud de niños y niñas.
- Una alimentación saludable disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas.
- La Agencia Española de Seguridad Alimentaria, en base a los datos de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (ENIDE 2011), concluye que en España el consumo de productos cárnicos supera los valores recomendados y que se ha de incorporar más legumbres, frutos secos y cereales (preferentemente integrales); propone recuperar, en definitiva, un modelo saludable de dieta mediterránea.

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 1 LOS PRINCIPIOS INMEDIATOS EN LA DIETA

Hidratos de carbono (50-60% de los requerimientos energéticos)

Se recomiendan los hidratos de carbono complejos de absorción más lenta (vegetales, cereales, pan, pastas, arroz, frutas frescas) y disminuir (a menos del 10%) el aporte de azúcares simples de absorción rápida, de alto índice glicémico.

La fibra está compuesta por carbohidratos complejos no digeribles que influyen en el control de la saciedad al retardar el vaciamiento gástrico y que regulan el ritmo intestinal.

Se ha propuesto que el aporte de fibra (g/día), entre los 2-20 años se calcule: edad (años) + 5.

En > 20 años 25-30 g/día. Los alimentos que aportan fibra son los cereales integrales, las legumbres, las verduras, las frutas y los frutos secos.

Grasas (30-35% de los requerimientos energéticos)

- Grasas saturadas (7% de los requerimientos energéticos): ácidos grasos palmítico, mirístico, laúrico, esteárico. Se encuentran en las carnes grasas, aves (la piel y las de carne oscura), embutidos, leche entera y sus derivados, nata y mantequilla, helados, aceites de coco y palma, manteca.
- Grasas monoinsaturadas (10% de los requerimientos energéticos): ácido oleico presente en el aceite de oliva.
- Grasas poliinsaturadas (13% de los requerimientos energéticos): ácido linoleico (omega 6) en aceites de semillas como el maíz, cacahuete, girasol... y el ácido linolénico (omega 3) en el aceite de soja, pescados grasos...
- Grasas saturadas *trans*, derivadas de los ácidos grasos poliinsaturados por hidrogenación (conviene evitarlas): margarinas, cereales de desayuno chocolateados, galletas, patatas fritas, snacks, bollería, platos preparados, fritos envasados, salsas.
- Colesterol: yema de huevo, carnes grasas, lácteos. En personas normales se recomienda < 300 mg/día y en personas con hiperlipidemia <200 mg/día.

Proteínas (12-15% de los requerimientos energéticos)

Las de origen animal (lácteos, carnes, huevos, pescados) son más ricas en aminoácidos esenciales que las vegetales (legumbres, frutos secos, cereales...) y deben proporcionar aproximadamente el 65% de las necesidades proteicas en el preescolar y el 50% en el adolescente. Las proteínas vegetales de las legumbres son capaces de suplir a las proteínas de alta calidad.

Minerales y vitaminas

Sus requerimientos se cubren si se realiza una alimentación variada y equilibrada, que incluya abundante presencia de frutas y verduras.

En la adolescencia tienen especial importancia las necesidades de hierro, calcio y zinc, ya que no suelen cubrirse con la dieta. En esta etapa el uso de anticonceptivos orales, tabaco, alcohol y drogas puede aumentar los requerimientos de algunas vitaminas y minerales.

Distribución de la ingesta energética a lo largo del día

Es adecuado realizar 3 comidas principales y 2 tentempiés (uno a media mañana y otro a media tarde).

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 2 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES Y SALUD

Grasas (para disminuir el riesgo cardiovascular y de obesidad):

- Disminuir el consumo de grasas saturadas.
- Disminuir al mínimo el consumo de grasas hidrogenadas o *trans*.
- Aumentar el consumo de grasas mono y poliinsaturadas.
- Disminuir el consumo de colesterol.

Azúcares (para disminuir la incidencia de caries, obesidad y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2):

- Limitar la ingesta de sacarosa.
- Limitar el consumo de zumos envasados y refrescos a menos de una ración al día.

Leche y lácteos (para asegurar un desarrollo óseo adecuado y disminuir el riesgo de osteoporosis en la edad adulta):

- Ingerir 2-4 porciones de lácteos al día.
- Si se asocian factores de riesgo cardiovascular u obesidad, optar por productos con bajo contenido en grasa.

Fibra dietética (para prevenir la obesidad y algunos tipos de cáncer):

- Consumir varias veces al día alimentos vegetales (frutas, hortalizas, verduras y legumbres), preferiblemente en todas las comidas.

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 3

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA VIDA DIARIA

1. Aspectos y conductas que deben reforzarse:

- Es deseable una dieta variada, que incluya alimentos de todos los grupos.
- Existe correlación entre la frecuencia de exposición a los alimentos y las preferencias.
- Estimular que se desayune a diario.
- Favorecer desde temprana edad que los menores puedan seguir el dictado de los mecanismos que regulan el apetito y la saciedad para evitar en lo posible la sobrealimentación y prevenir la obesidad.
- Consumo moderado de sal, y preferiblemente que sea yodada.
- Promocionar la “dieta mediterránea”: potenciar el consumo de frutas, verduras, pescado, cereales y legumbres; moderar el consumo de carne (sobre todo vacuno y carnes procesadas).
- Utilizar aceite de oliva para cocinar y condimentar.
- La campaña “5 al día” expresa el número de porciones de frutas y verduras que conviene tomar.
- En todas las edades, debe recomendarse el incluir en la vida diaria más tiempo dedicado a la actividad física (si no se realiza)

2. Aspectos y conductas que se deben limitar o evitar:

- El acceso a alimentos y bebidas de alto contenido calórico y bajo en nutrientes. Este amplio grupo incluye: refrescos, zumos envasados, bebidas dulces, chucherías, bollería, galletas, chocolatinas...
- Las restricciones excesivas de alimentos.
- El uso de la comida o alimentos concretos como recompensa.
- El tiempo dedicado a la televisión y a entretenimientos sedentarios.
- La monotonía, presentando de forma atractiva los alimentos.
- Comer viendo la televisión.
- Obligar a comer, ya que puede favorecer el desarrollo de conductas negativas.
- Que los menores dispongan de aparato de televisión en su dormitorio.
- El consumo de bebidas dulces y refrescos. Desaconsejar las bebidas estimulantes como té, café y colas en menores de 14 años. Prevenir el consumo de alcohol, sobre todo en adolescentes.
- El consumo de calorías vacías como caramelos, dulces y “alimentos basura”.

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 4

PIRÁMIDE DE HÁBITOS SALUDABLES DE ANDALUCÍA



Accesible en: <http://tinyurl.com/ngev3w>

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

Población diana:

- Población infantil y adolescente escolarizada con servicio de comedor escolar. Sus familias, personal de educación y de protección de la salud.

Periodicidad:

- Cuando sea solicitado por el centro escolar, ante petición de las familias, de las AMPAS o de profesionales de protección de la salud.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

El comedor escolar contribuye a la organización de la vida familiar cuando el padre y la madre trabajan, o los escolares deben asistir al programa educativo fuera de su localidad de residencia. Un elevado número de escolares realiza durante cinco días a la semana, su comida principal en el centro de enseñanza, porcentaje que aumenta en el grupo de edad de 2-5 años. Esta circunstancia condiciona el estado nutricional, influye en el establecimiento de los hábitos alimentarios de niños y niñas y constituye una oportunidad para fomentar estilos de vida saludables.

ACTIVIDADES:

- Apoyar, asesorar y sensibilizar a la comunidad educativa: familias, educadores y alumnos, en la adquisición de hábitos alimentarios saludables.
- Trabajar junto a los profesionales de protección de la salud (veterinarios y farmacéuticos de atención primaria) y los responsables de los centros educativos, colaborando en el desarrollo y participación en programas y actividades de información, formación y educación para la salud relacionadas con la dieta, los hábitos y los entornos saludables.

Las recomendaciones para las comidas escolares deben incluir:

- Frecuencias indicadas de consumo (Anexo 1)
- Información a las familias.
- Atención a las necesidades especiales.
- Criterios para una oferta saludable en las máquinas expendedoras, cantinas y quioscos de los centros educativos (Anexo 3)
- Evaluar los menús del comedor escolar. (anexo 2)

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

ANEXO 1

CIFRAS Y DATOS SOBRE CANTIDADES RECOMENDADAS, RACIONES Y FRECUENCIAS INDICADAS DE CONSUMO

1. Recomendaciones para la programación de los almuerzos:

Composición: Debe ser equilibrada y adecuarse a las necesidades nutritivas y energéticas de cada grupo de edad:

- Con variedad de alimentos, preparaciones y texturas
- Dando prioridad a legumbres, pescado, frutas y verduras (los más “problemáticos” en casa)
- Basada en raciones (el tamaño debe ser adecuado a la edad y a lo que cada niña o niño pueda consumir)
- Adecuado según edad y sexo.
- El menú-tipo debe incluir:
 - Como base del primer plato o guarnición del segundo: Verduras y hortalizas o patatas, pasta, arroz, legumbres, maíz,...
 - Un segundo plato en que se alternarán carne, pescado o huevo.
 - Un postre que debe ser fruta.
 - Se puede añadir como complemento un lácteo pero no obligado ni diario.
 - Se acompaña el menú de pan y agua.
- La duración de las comidas no deberá ser inferior a 30 minutos

Supervisión del menú escolar

La ley 17/ 2011 de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que las comidas servidas en escuelas infantiles y centros escolares deben ser variadas, equilibradas y adaptadas a las necesidades nutricionales de cada grupo de edad, de tal forma que todos los menús servidos en los comedores escolares serán siempre supervisados por profesionales sanitarios con formación acreditada y específica en nutrición humana y dietética.

Información a los las familias, tutores o responsables de los comensales:

La ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que las escuelas infantiles y los centros escolares deberán proporcionar a las familias, tutores o responsables de todos los comensales, la programación mensual de los menús, de la forma más clara y detallada posible, y orientarán con menús adecuados para que la cena sea complementaria con el menú del mediodía. La información de los menús será accesible a personas con cualquier tipo de discapacidad, cuando así se requiera.

Igualmente estarán a disposición de las familias, tutores o responsables de los comensales, la información de los productos utilizados para la elaboración de los menús que sea exigible por las normas sobre etiquetado de productos alimenticios.

- La familia debe conocer el plan mensual de menús del comedor escolar para poder planificar el resto de las comidas del día (desayuno 25%, merienda 15% y cena 25%), ya que deben ser complementarios con el fin de conseguir una dieta equilibrada.
- Fomentar hábitos saludables: alimentarios, higiénicos, ejercicio...

Será de interés incorporar en la información del menú, otras informaciones o recomendaciones dirigidas a las familias, tutores o responsables, en especial las relacionadas con la promoción de la actividad física, hábitos alimentarios higiénicos saludables; consejos nutricionales, hábitos alimentarios e higiénicos saludables, fomento de la actividad física, Otras informaciones de interés.

Atención a las necesidades especiales: Menús Alternativos

La ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que las escuelas infantiles y los centros escolares, cuando las condiciones de organización e instalaciones lo permitan, deberán elaborar menús especiales, adaptados para los alumnos con alergias o intolerancias alimentarias, que hayan sido diagnosticado por especialistas, acreditando estas alergias o intolerancias, mediante el correspondiente certificado médico. Igualmente se garantizarán menús alternativos en el caso de intolerancia al gluten.

Cuando las condiciones organizativas, o las instalaciones y locales de cocina, no permitan cumplir las garantías exigidas para la elaboración de los menús especiales, o el coste adicional de dichas elaboraciones resulte inasumible, el centro escolar facilitará a los alumnos los medios de refrigeración y calentamiento adecuados, de uso exclusivo para esas comidas, para que pueda conservarse y consumirse el menú especial proporcionado por la familia.

Es de interés debido a la diversidad cultural actual de los colegios, que también se ofrezcan platos alternativos para niños de otras culturas, religiones, hábitos alimentarios, etc.

Aporte energético: Debe aportar el 35% de la energía diaria

Tabla de necesidades energéticas en función de edad y sexo

EDAD (años)	NIÑOS		NIÑAS	
	Kcal./día	Kcal./Almuerzo	Kcal./día	Kcal./Almuerzo
3-8	1742	610	1642	575
9-13	2279	798	2071	725
14-18	3152	1103	2368	829

Ingesta de energía diaria recomendada y proporción de energía que debe contener la comida del mediodía en los diferentes tramos de edad escolar (Food and Nutrition Board. Institute of Medicine of the National Academies, 2005)

Perfil calórico: 50-55% H. C.; 30-35% Lípidos (<10% grasas saturadas); 12-15% Proteínas.

2. Tamaño orientativo de las raciones para población en edad escolar

ALIMENTOS		3- 6 años		7-12 años		13-15 años	
		Gramaje	Medida culinaria	Gramaje	Medida culinaria	Gramaje	Medida culinaria
Lácteos	Leche (ración)	100 ml	Un aso pequeño o ½ vaso	200 ml	1 vaso	200 ml	1 vaso
	Queso (postre)	25-30	Una loncha fina	50-60	Dos lonchas finas	50-60	Dos lonchas finas
Cereales, legumbres y tubérculos	Legumbres (plato principal) ¹	30 g	2 cucharadas soperas	60 g	4 cucharadas soperas	60 g	4 cucharadas soperas
	Legumbres (guarnición) ¹	15 g	1 cucharada sopera	30 g	2 cucharadas soperas	30 g	2 cucharadas soperas
	Patatas (plato principal) ¹	150-200 g	1 unidad pequeña	200-250 g	1 unidad mediana	200-250 g	1 unidad mediana
	Patatas (guarnición) ¹	90-100 g	1 unidad pequeña tamaño huevo				
	Arroz, pasta (plato principal) ²	50-60 g	1 plato pequeño hondo)	60-80 g	1 plato mediano (hondo)	80-90 g	1 plato grande (hondo)
	Arroz, pasta (sopa) ²	20-25 g	Un plato mediano (plato hondo)	20-25 g	Un plato mediano (plato hondo)	20-25 g	Un plato mediano (plato hondo)
	Arroz, pasta (guarnición) ¹	20-25 g	1 cucharada sopera de arroz	20-25 g	1 cucharada sopera de arroz	20-25 g	1 cucharada sopera de arroz
			2 cucharadas soperas de pasta		2 cucharadas soperas de pasta		2 cucharadas soperas de pasta
Pan tipo barra (acompañamiento)	30 g	Una porción pequeña (3 dedos de largura)	30 g	Una porción pequeña (3 dedos de largura)	60 g	Una porción mediana (6 dedos de largura)	

		3- 6 años		7-12 años		13-15 años	
	Pan tipo payés (acompañamiento)	30 g	Una rebanada pequeña	30 g	Una rebanada pequeña	60 g	Una rebanada mediana
Verduras	Plato principal	120-150 g	1 plato mediano (llano) ³	120-150 g	1 plato mediano (llano) ³	200-250 g	1 plato grande (llano) ³
	Guarnición	60-75 g	1 plato pequeño (llano) ⁴	60-75 g	1 plato pequeño (llano) ⁴	120-150 g	1 plato mediano (llano) ⁴
Carnes y derivados, aves, pescado y huevos	Filete ¹	50-60 g	1 filete pequeño	80-90 g	1 filete pequeño	110-120	1 filete mediano
	Chuletas de cerdo ⁵	70-80 g	1 chuleta pequeña	100-120 g	Chuleta grande	100-120 g	Chuleta grande
	Costillas de cordero ⁵	70-80 g	2 costillas de cordero	100-120 g	3 costillas de cordero	100-120 g	3 costillas de cordero
	Carne picada (albóndigas, hamburguesa) ¹	30-60 g	1 plato pequeño	80-90 g	1 plato pequeño	110-120 g	1 plato mediano
	Carne picada (arroz, pasta) ¹	15-20 gr.	1 cucharada sopera	20-30 g	1 cucharada sopera colmada	20-30 g	1 cucharada sopera colmada
	Pollo (guisado, asado) bruto ⁴	80-90 g	1 muslito pequeño	150-160 g	1 muslo mediano	230-250 g	1 muslo grande
	Pescado en filetes ¹	70-80 g	1 filete pequeño	100-120 g	1 filete pequeño	230-250 g	1 filete mediano
	Huevos	1 unidad		1-2 unidades		2 unidades	
Embutido y fiambre 1	25-30 g	1 loncha fina tipo jamón cocido/serrano. 6 rodajas finas tipo chorizo/salchichón	25-30 g	1 loncha fina tipo jamón cocido/serrano. 6 rodajas finas tipo chorizo/salchichón	25-30 g	1 loncha fina tipo jamón cocido/serrano. 6 rodajas finas tipo chorizo/salchichón	
Fruta	Fruta fresca ⁴	80-100 g	1 unidad pequeña	150-200 g	1 unidad mediana	150-200 g	1 unidad mediana

¹ Gramaje expresado en peso crudo y neto.

² Gramaje expresado en peso crudo. Medida culinaria estimada con el peso en cocido. En el caso de la sopa como plato principal la medida culinaria se ha expresado teniendo en cuenta el peso cocido y el caldo de acompañamiento.

³ En el caso de la ensalada variada, un plato grande (plato llano)

⁴ En el caso de la ensalada variada, un plato mediano (plato llano)

⁵ Gramaje expresado en peso crudo y bruto.

Fuente: Rusolillo GI Marques I. Sistema de intercambios para la confección de dietas y planificación de menús. 2010.
www.intercambiodealimentos.com

3. Frecuencias de consumo recomendadas en los menús de los centros educativos.

	Frecuencia Semanal
VERDURA COCINADA	2 a 3
VERDURA CRUDA	2 a 3
LEGUMBRES	1 a 2 (siendo imprescindible que al menos se oferte en 6 ocasiones al mes)
CARNE	1 máx. como plato principal + 0,5 como ingrediente (ej. Patatas con carne). Total:1,5
PESCADO	2
HUEVO	1 a 2
TOTAL PASTA, ARROZ Y PATATAS	3 a 4 entre pasta, arroz y patatas (junto con el pan llegarían a 8-9 raciones/semana)
FRITOS/PRECOCIDADOS	1 máx. Como principal y otra como guarnición y nunca en el mismo día. Total 1.5
FRUTA	4-5 (Se procurará que sean 5 raciones a la semana, permitiéndose como máximo la sustitución de la fruta 3 veces al mes por un postre lácteo, resultando un mínimo mensual de 17 raciones)
OTROS POSTRES (yogurt, queso fresco, cuajada, frutos secos, zumos naturales, etc.)	1 máx. (no superando la cantidad máxima de 3 veces al mes)
PAN	diario
BEBIDA: Agua	diario
BOLLERÍA	0
ZUMO DE FRUTAS	0

Cuadro de frecuencias que establece el "Documento de Consenso sobre la alimentación en los centros educativos".

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

ANEXO 2

EVALUACIÓN DE LA OFERTA ALIMENTARIA EN CENTROS ESCOLARES (comedor escolar, máquinas expendedoras, quioscos y cantinas)

En Andalucía, los profesionales de Protección de la Salud deben verificar las acciones de promoción de hábitos alimentarios e higiénicos en los comedores escolares y determinar si los menús ofertados y el resto de la oferta alimentaria del centro escolar satisfacen los criterios de una dieta equilibrada y correcta.

Oferta alimentaria Comedor escolar

La ley 17/2011 de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, unifica en una única norma toda la legislación sobre alimentos y nutrición en España y promueve que la oferta alimentaria de los centros escolares sea variada y adecuada a las necesidades nutricionales de los alumnos, estableciendo una serie de requisitos legales en relación con el comedor escolar entre los que se encuentran:

- a) Obligación de las industrias de utilizar tecnologías e ingredientes que minimicen el contenido de grasas trans.
- b) Supervisión de los menús por profesionales acreditados en nutrición y dietética.
- c) Proporcionar a los padres o tutores información detallada sobre los menús y directrices para que la cena sea complementaria.
- d) Elaborar menús escolares adaptados a las necesidades especiales (enfermedad, alergias e intolerancias alimentarias.)

El “Programa de evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares de Andalucía” establece un procedimiento para desarrollar la evaluación consta de 5 bloques:

Evaluación nutricional del menú (deficiente/mejorable/óptima):

- Frecuencia de consumo semanal por grupos de alimentos en el comedor escolar.
- Recetas diferentes por grupos de alimentos
- Rotación mensual de alimentos que componen el menú.
- Procesos culinarios de los alimentos que componen el menú.
- Información que aporta el menú.
- Rotación del menú.

(Existe un convenio con las principales empresas de restauración colectiva (FEADRS) por el que éstas se comprometen a: no utilizar en la fritura aceites ricos en ácidos grasos saturados (aceites de palma, palmiste y coco) o en ácidos *trans*, sustituyéndolos por otros más saludables; y a utilizar sal yodada en aquellas zonas que tengan déficit de yodo.)

Evaluación “in situ” de la oferta alimentaria (deficiente/mejorable/óptima)

Verificación de aspectos de la gestión y organización del comedor escolar:

- Supervisión del menú escolar.
- Información a los las familias, tutores o responsables de los comensales.
- Menús alternativos.
- Control y seguimiento sobre la aceptación / rechazo de los menús servidos.

**Verificación de las actividades relacionadas con la educación sanitaria;
Promoción de la actividad física, hábitos alimentarios e higiénicos saludables.**

Oferta alimentaria máquinas expendedoras, quioscos y cantinas

- Verificación de la oferta alimentaria en máquinas expendedoras
- Verificación oferta alimentaria en cantinas / quioscos.

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

ANEXO 3

REGULACIÓN DE LA OFERTA ALIMENTARIA PRESENTE EN MÁQUINAS EXPENDEDORAS, CANTINAS Y QUIOSCOS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS CON Y SIN COMEDOR ESCOLAR.

En los colegios, la oferta alimentaria se completa, en algunos casos, con productos que pueden adquirirse en máquinas expendedoras. Al tratarse de un sistema de autoservicio, existe el riesgo de que los menores abusen del consumo de alimentos con alto contenido energético pero de bajo valor nutricional, desequilibrando su alimentación.

En relación con la oferta alimentaria presente en máquinas expendedoras, cantinas y quioscos en los centros educativos, la ley 17/2011 de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que en las escuelas infantiles y los centros escolares, no se permitirá la venta de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares, cuyos contenidos y límites están pendiente de quedar regulados de forma reglamentaria.

Mientras no se disponga de criterios establecidos reglamentariamente, el *“Programa de evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares de Andalucía”* establece que los centros escolares deberán cumplir con los siguientes niveles nutricionales por porción envasada o comercializada (*Criterios revisados por las sociedades españolas de nutrición, alimentación y dietética reunidas en la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)*) y recogidos del documento de consenso sobre la alimentación infantil en los centros educativos.

Recomendaciones generales para los alimentos presentes en máquinas expendedoras en centros escolares.

1. Un valor energético máximo de 200 *kilocalorías*.
2. El 35 %, como máximo, de las kilocalorías procederán de la *grasa*. Para una porción con menos de 200 kilocalorías, esto equivale a un contenido máximo de 7,8 gramos de grasas, con excepción de los frutos secos sin grasas añadidas ya que se trata de grasa naturalmente presente en ellos, principalmente insaturada.
3. El 10 %, como máximo, de las kilocalorías procederán de las *grasas saturadas*. Para una porción de 200 kilocalorías, esto equivale a un contenido máximo de 2,2 gramos de grasas saturadas, con excepción de los frutos secos sin grasas añadidas ya que se trata de grasa naturalmente presente en ellos, principalmente insaturada.
4. El 30 %, como máximo, de las kilocalorías procederán de los *azúcares totales*. Para una porción de 200 kilocalorías, esto equivale a un contenido máximo de 15 gramos de azúcares, con excepción de las frutas y hortalizas, enteras o mínimamente procesadas, los

zumos de frutas y zumos de frutas a base de concentrados que no contengan azúcares añadidos, ya que se trata de azúcares naturalmente presentes en los alimentos. En la leche y productos lácteos no se contabilizará, a la hora de aplicar este límite, el azúcar naturalmente presente en la leche (lactosa) que aproximadamente corresponde a 4,8g/100ml.

5. Ausencia de *ácidos grasos trans*, excepto los presentes de forma natural en productos lácteos y cárnicos.

6. Un máximo de 0,5 g de *sal* (0,2 g de sodio).

7. No contendrán *edulcorantes artificiales*.

8. No contendrán *cafeína u otras sustancias estimulantes*, excepto las presentes de forma natural en el cacao.

CRITERIOS NUTRICIONALES PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS OFERTADOS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS			
Energía o nutriente	Contenido por porción	Contenido por 100 g *	Contenido por 100 ml *
Energía	≤200 kilocalorías	≤ 400 kilocalorías	≤ 100 kilocalorías
Grasa total	≤ 7,8 g	≤ 15,6	≤ 3,9
Grasas saturadas	≤2,2 g	≤ 4,4 g	≤1,1 g
AG <i>trans</i>	≤ 0,5 g	≤ 1 g	≤ 0,25 g
Azúcares	≤ 15 g	≤ 30 g	≤7,5 g
Sal/sodio	≤ 0,5 g sal/200 mg sodio	≤ 1 g sal/400 mg sodio	≤ 0,25 g sal/100 mg sodio

*Asumiendo envases o porciones de 50 g para alimentos sólidos y de 200 ml para bebidas, que son los más comunes en el mercado.

Las comprobaciones se realizarán sólo a los productos envasados, ya sea individualmente o en cajas, que se distribuyan en los puntos de venta y no a aquellos sin envasar (por ejemplo, bocadillos).

La información necesaria se obtendrá a través del etiquetado nutricional del producto, o solicitando esta información a las empresas fabricantes o distribuidoras, para aquellos productos no envasados de los que no se disponga el correspondiente etiquetado.

Con respecto a la ubicación y publicidad y otros aspectos relacionados con los productos que se comercializan, el programa contempla los siguientes aspectos:

1. Ubicación de máquinas expendedoras:

Se revisará que las máquinas expendedoras no se encuentren ubicadas en las zonas donde puedan tener acceso a ellas el alumnado de Educación Infantil, Primaria y/o Educación Especial.

2. Publicidad de las máquinas expendedoras:

Se revisará que las máquinas expendedoras situadas en las zonas de alumnado de Educación Secundaria carecen de publicidad para evitar el efecto inductor que ésta pueda tener sobre los escolares, condicionando la selección de determinados alimentos y bebidas.

3. Productos a la venta que incluyen regalos, juguetes o ítems de colección atractivos para los niños:

Se revisará que las máquinas expendedoras situadas en las zonas de alumnado de Educación Secundaria carecen de productos alimentarios que incluyen, regalos, juguetes o ítems de colección atractivos para los niños incluidos en los envases.

4. Exclusión de alimentos y bebidas con escaso valor nutricional en los centros educativos

Entre los que se incluyen; refrescos, caramelos, golosinas, polos, sorbetes, chocolates y aperitivos salados, etc.

Guía de alimentos recomendables

- **Aguas envasadas**, no se consideran aguas aquellas que contienen agentes aromáticos y/o edulcorantes, incluidos en la categoría de bebidas refrescantes.
- **Leche**, (entera, desnatada y semidesnatada).
- **Productos lácteos** (leches fermentadas, yogures, batidos de leche, etc.), elaborados a partir de leche entera, desnatada o semidesnatada, que no contengan más de 12,3g de azúcar/100 ml (4,8g lactosa + 7,5g añadidos) ó 24,6g de azúcar (9,6g lactosa + 15g añadidos) por envase de 200 ml.
- **Quesos con bajo contenido en grasa** y que no superen el límite establecido para la sal.
- **Frutas frescas**, enteras o mínimamente procesadas, que no contengan azúcares añadidos.
- **Zumos de fruta naturales y elaborados a base de concentrado**, que no contengan azúcares añadidos o edulcorantes artificiales. No se incluyen los néctares de frutas ni las bebidas mixtas de frutas y leche por la incorporación de azúcares añadidos o edulcorantes artificiales en estos productos.
- **Bebidas a base de hortalizas**, que contengan, al menos, un 50% de hortalizas y sin azúcares añadidos o edulcorantes artificiales.
- **Cereales de desayuno y barras de cereales** siempre que cumplan los límites establecidos para grasas, sal y azúcares.
- **Galletas y bollería**, cuando cumplan los límites establecidos para el contenido en grasas, especialmente saturadas, y azúcares.
- **Frutos secos que no contengan azúcares ni grasas añadidas** (ni fritos, ni tostados con aceite) y cuyo contenido en sal no supere el límite establecido.
- **Helados**, preferentemente elaborados con leche, siempre que cumplan los límites establecidos para grasa y azúcares.
- **Sándwiches**, siempre que cumplan los límites establecidos para grasas, sal y azúcares.
- **Bocadillos**, preferiblemente de elaboración con pan integral.
- **Productos de panadería** (colines, tostadas, etc.) siempre que cumplan los límites establecidos para grasas azúcares y sal.

Alimentos no recomendables:

Son alimentos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas y con bajo valor nutricional.

- **Golosinas:** Masas obtenidas por concentraciones o mezcla de azúcar en un porcentaje que oscila entre el 10 y el 80 por ciento sobre el producto final, a las que se les añaden o no otros ingredientes y/o aditivos autorizados, tales como caramelos, goma de mascar o chicles, confites, geles dulces, dulces de regaliz, merengues, fondants y golosinas líquidas para congelar.
- **Bollería industrial:** Alimentos ricos en hidratos de carbono (entre el 49% y el 62%) y con alto contenido en grasas (entre el 16% y el 30%), pero pobre en proteínas (entre el 4% y el 8%), destacando su elevado aporte calórico (entre 400 y 500 calorías por cada 100 gramos).
- **Aperitivos, snacks y similares.** Alimentos de forma variable de relativa baja densidad y pequeño peso por unidad, elaborados fundamentalmente a partir de almidón procedente de productos tales como patatas, maíz, arroz, trigo y otros vegetales, y otros ingredientes alimenticios, mediante la fritura con aceites o grasas comestibles, el secado o el horneado, incluidas las cortezas de cerdo y las pipas saladas.
- **Bebidas hipercalóricas:** son bebidas con un alto contenido en azúcares sencillos, que aportan un alto valor calórico y un valor nutricional bajo, tales como bebidas refrescantes azucaradas y aromatizadas, zumos con azúcar añadido o batidos con alto contenido en azúcar añadido.

TABAQUISMO PASIVO

Población diana:

- Mujeres gestantes, sus parejas y sus familias.
- Padres, madres y personas cuidadoras.

Periodicidad:

- En las visitas y actuaciones durante el embarazo: informar sobre la posibilidad de alteraciones placentarias y retrasos en el crecimiento que pueden perdurar hasta los 4–6 años, así como la mayor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante. El tabaquismo pasivo de la gestante también es perjudicial para el feto por lo que se aconsejará evitar lugares con humo.
- En todas las revisiones del programa de salud. Se aconseja realizar recomendación mínima cada 2 años, especialmente en grupos sociales más desfavorecidos.
- En la consulta a demanda con ocasión de otitis media, asma y otras enfermedades respiratorias que puedan estar relacionadas o agravarse por la exposición al humo del tabaco.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Detectar la presencia de tabaquismo pasivo. Registrar en historia.
- Aconsejar el abandono del tabaco a mujeres gestantes, a sus parejas, la familia extensa así como a personal al cuidado de los menores.
- Evitar la exposición al humo del tabaco.

El tabaquismo pasivo es la exposición involuntaria al humo del tabaco de personas que no fuman; considerándose también fumador pasivo al feto en caso de gestantes fumadoras, o con exposición pasiva al humo de tabaco. La OMS considera que la exposición de los niños y las niñas al humo de tabaco puede ser considerada como una violación de los derechos recogidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1.989).

En nuestro país, en la actualidad, alrededor del 50% de los menores de 14 años viven en hogares donde se fuma, se calcula que esta exposición equivale al consumo de 4 – 10 cigarrillos por día; siendo a su vez los componentes químicos del humo secundario más tóxicos que los de la corriente principal que se inhala al fumar. El consumo de tabaco durante la gestación es causa de una elevada morbilidad, tanto neonatal como a largo plazo, por lo que es especialmente importante el consejo antitabaco en embarazadas.

Herramientas y recursos:

- Preguntar por el consumo de tabaco en la familia y la exposición al tabaquismo pasivo en la visita en consulta y registrarlo en la historia clínica. Indagar sobre las estrategias o nivel de tolerancia de la familia ante la visita de personas fumadoras.
- Aconsejar a todas las personas fumadoras que dejen de fumar.
- Remitir a programas de deshabituación tabáquica que existan en su centro de salud o a la línea telefónica para el abandono del tabaco 900-850-300.
- Aconsejar a los padres y madres que todavía sigan fumando cambios de conducta en el hogar: fumar sólo al aire libre, no hacerlo delante de menores ni en el coche.
- Aconsejar evitar ambientes con humo también fuera del hogar.
- Felicitar por los logros conseguidos y felicitar también a las familias que se mantengan sin fumar.
- Proporcionar información sobre los riesgos para la salud del tabaquismo pasivo.

Materiales de la Consejería:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/materiales?perfil=org



Guía Intervenciones eficaces ante el Humo Ambiental de Tabaco (para profesionales que atienden embarazo, infancia y adolescencia)

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/guia_intervencion_humo.pdf



Cómo afecta a nuestra salud el tabaquismo pasivo y qué podemos hacer para evitarlo.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/folleto_fumador_pasivo.pdf



Nacer sin humo: Dejar de fumar durante el embarazo.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/nacer_sinhumo_embarazada.pdf



Nacer sin humo: Cuestiones a tener en cuenta como futuro padre.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/nacer_sinhumo_padre.pdf



Díptico Tabaquismo pasivo en la infancia.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/diptico_tabaquismo_pasivo_infancia.pdf

CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Población Diana:

Población infantil desde la edad preescolar hasta la adolescencia.

Periodicidad:

- En los controles de salud a partir de los 3 años.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Recomendaciones sobre los hábitos adecuados de actividad física, como base para mejorar la salud integral en la edad infantil y la de la etapa adulta.
- Recomendaciones de actividad física de tipo lúdico y práctica de deportes en niños y niñas con enfermedades o limitaciones físicas, en actividades físicas o deportes concretos.
- Recomendaciones específicas para alentar la práctica de actividad física en las niñas.

Recomendaciones en población de edad preescolar hasta la adolescencia. En las visitas de salud a partir de los 3 años:

- Que todos los niños, niñas y adolescentes, participen de manera regular en algún tipo de actividad física adecuada a su edad.
- En edad preescolar es probable que la actividad física espontánea diaria sea suficiente para mantener su aptitud física.
- En escolares y adolescentes se recomienda como mínimo, 60 minutos de ejercicio diario de intensidad vigorosa a moderada, apropiada para su edad.
- Si la niña o el niño participa en algún deporte reglado, éste debe ser acorde a su deseo y siempre después de los 6 años.
- La dieta debe ser correcta y variada no siendo necesarios de forma generalizada suplementos de hierro oral o suplementos vitamínicos.
- Alentar el ejercicio físico como actividad que forma parte de una vida saludable y no como meta para aumentar el desarrollo motor o la capacidad deportiva del menor.

Recomendaciones a tener en cuenta durante la práctica de actividad física reglada o deportiva en la población de 6 a 18 años y en las visitas de seguimiento de salud a partir de los 6 años:

- Beber un vaso de agua 15 minutos antes de la competición.
- Seguir bebiendo agua antes de sentir sed cada 20-30 minutos durante el ejercicio.
- Beber siempre que se sienta sed sobre todo si existe exceso de peso o una temperatura ambiental elevada o una alta humedad.
- Seguir bebiendo tras haber calmado la sed.
- No hay evidencia científica de que sean necesarios aportes electrolíticos o de glucosa. El agua a temperatura ambiente parece ser la bebida ideal.
- Utilizar ropa adecuada deportiva con tejidos diseñados para la práctica del deporte.
- Aclimatarse progresivamente a la intensidad del esfuerzo a realizar (8-10 días previos a ejercicios importantes especialmente con temperaturas elevadas).

Recomendaciones a tener en cuenta para fomentar un mayor nivel de actividad física en las niñas y mujeres adolescentes:

- Las estadísticas muestran que en todas las edades, las personas de sexo femenino tienen hábitos más sedentarios y se enrolan con menos frecuencia en actividades deportivas.
- Las motivaciones y preferencias acerca de los tipos de actividad son muy diferentes en las niñas y adolescentes.
- Alentar entre los progenitores las ventajas de la actividad física y su estrecha relación con una vida saludable. Proporcionar oportunidades específicas a sus hijas para realizar actividad física.

Se realizará consejo individual a los progenitores y medida que el niño o la niña van madurando se le ofrecerá también información, adaptada a sus capacidades.

Es recomendable disponer de material escrito para entregar a modo de recordatorio y conocer y ofertar los recursos disponibles en la zona.

CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

ANEXO 1

CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR EJERCICIO FÍSICO INTENSO Y DEPORTES EN CARDIÓPATAS

Contraindicaciones absolutas:

- Enfermedad vascular pulmonar con cianosis y gran circuito derecha-izquierda.
- Hipertensión pulmonar grave.
- Estenosis o insuficiencia aórtica grave.
- Estenosis o insuficiencia mitral grave.
- Miocarditis.
- Forma vascular de síndrome de Ehlers-Danlos.
- Anomalía coronaria con seno anómalo.
- Taquicardia ventricular polimorfa.
- Fase aguda de pericarditis.
- Fase aguda de miocarditis (al menos 6 meses).
- Fase aguda de enfermedad de Kawasaki (al menos 8 meses)

Contraindicaciones relativas:

- Estenosis aórtica moderada (gradiente sistólico 20-50 mmHg).
- Cortocircuito izquierda a derecha con hipertensión pulmonar moderada.
- Coartación de aorta nativa u operada (gradiente basal > 20 mmHg).
- Insuficiencia valvular moderada-grave.
- Cardiopatía congénita cianótica corregida o paliada con hipoxemia leve.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White con antecedente de arritmia con el ejercicio.
- Taquicardia supraventricular con antecedente de arritmia con el ejercicio.

CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

ANEXO 2

RECOMENDACIONES PARA PARTICIPAR EN DIFERENTES
ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTES DE COMPETICIÓN

Patología	Deporte de contacto con colisión	Deporte sin colisión
Inestabilidad atlanto-axial	No	Si*
Hipertensión		
Leve	Si	Si
Moderada	*	*
Grave	**	**
Perdida de función de un ojo	*	*
Desprendimiento de retina	***	***
Hernia inguinal	Si	Si
Ausencia de un riñón	No	Si
Hepatomegalia	No	Si
Esplenomegalia	No	Si
Alteraciones musculoesqueléticas	*	*
TCE o espinal importante o craneotomía	*	Si
Convulsiones con mal control	No	+
Insuficiencia pulmonar	*	*
Asma	Si	Si
Piel: herpes, impétigo, escabiosis	++	Si
Testes: ausencia o no descendido	Si ***	Si

* Necesidad de valorar individualmente. ** Consultar con cardiología. *** Consultar con oftalmología.

+ No natación. ++ Hasta que no contagien, no realizar. +++ Ciertos deportes pueden requerir protección.

CONSEJO SOBRE FOTOPROTECCIÓN

Población Diana:

- Cuidadores y menores de todas las edades.
- Adolescentes, especialmente mujeres para bronceado artificial.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- **Asesorar a familias, personas cuidadoras, niños, niñas y adolescentes sobre hábitos de fotoprotección.**
- **Intervención preventiva con la finalidad de evitar el cáncer de piel.**
Información para la prevención

Herramientas y Recursos:

- Recomendaciones escritas acompañadas de explicación verbal en la consulta

CONSEJO SOBRE FOTOPROTECCIÓN

ANEXO 1

CONSEJOS DE FOTOPROTECCIÓN PARA PADRES

- No exponer directamente al sol a los bebés **antes de los 6 meses de edad** ni usar en ellos cremas fotoprotectoras. Este grupo de edad tienen menor concentración de melanina y a pesar de protegerlos a la sombra reciben hasta un 50% de radiación reflejada. El uso de cremas nunca es la única medida.
- **La ropa es la forma más útil de protección.** Usar prendas de manga y pantalones largos y de colores claros. La protección se pierde con el tejido mojado y adherido a la piel. Si van a pasar un día de playa o de campo deben ponerse la camiseta y los pantalones durante la mayor parte del tiempo (mientras no están en el agua, por ejemplo), aunque estén jugando a la sombra.
- **Evitar las quemaduras solares**, pues antes de los 18-20 años, la excesiva e inadecuada exposición solar aumenta el riesgo de cáncer de piel.
- **Evitar la exposición solar entre las 10 y las 16 h del día (18 horas en los meses de verano).**
- Las actividades acuáticas al aire libre incrementan la exposición.
- En los días nubosos hay hasta un 20-40% de radiación ultravioleta, por tanto también hay que protegerse.
- **Cubrir la cabeza con gorras de visera ancha para proteger la cara y ojos** (al menos 7 cm).
- Usar gafas con filtros para rayos UVA y UVB por encima de 400 nm. Las monturas deben ajustarse correctamente, próximas al globo ocular y de buen tamaño, si es posible con protección lateral.
- **La nieve, arena, agua, muros blancos tienen efecto reflectante** y aumentan las radiaciones.
- El bronceado artificial tiene sus riesgos, aunque las salas realicen un bronceado controlado.
- En espacios interiores con cristaleras no hay protección frente a rayos UVA.

Fotoprotectores o filtros solares. ¿Cuál elegir?

- Los que tengan protección frente a rayos UVA y UVB.
- Sean de amplio espectro (broad-spectrum)
- Con factor de protección solar (FPS) igual o mayor a 15. En menores de 3 años mejor FPS igual o superior a 30.
- Resistente al agua (waterproof)
- Resistente a la fricción y roce (ruberproof)
- Usar barras de labios y nariz, crema para la cara y leche o solución oleosa o gel para el cuerpo.
- No usarlas en menores de 6 meses. A partir de los 6 meses, utilizar los de línea especial para la piel sensible del bebé con FPS mayor o igual a 30, al menos hasta los 3 años.

Cremas solares. ¿Cómo utilizarlas?

- Aplicar sobre la piel seca, en casa, 30 minutos antes de la exposición.
- Es fundamental utilizarlas las primeras tres semanas de exposición.
- Aplicar una cantidad generosa de filtro. Cuanto más gruesa es la capa, mayor protección, frotando y extendiendo bien.
- Aplicar sobre toda la superficie expuesta, nariz, orejas. No en los párpados.
- Volver a aplicar cada dos horas e inmediatamente después de un baño prolongado. Cuidado de no quitarlas al secar restregando.
- Si no se siguen estas recomendaciones, la eficacia se reduce hasta en un 50%
- Usar leche hidratante para la piel tras la exposición.
- Si el fabricante no da especificaciones sobre el FPS se refiere solo a los rayos UVB. Si protege además de los rayos UVA, debe figurar junto al FPS o IP, la letra A
- Por cada descenso del 1% de la capa de ozono aumenta en un 2% las radiaciones UV que llegan a la tierra con lo que el riesgo de cáncer de piel aumenta del 1% al 3%

Nota.- Dado que es difícil evaluar las diferencias de absorción sistémica de los productos químicos usados en los fotoprotectores en los menores y en personas adultas, parece prudente evitar aquellos productos que contengan PABA y benzofenonas, como la oxibenzona. Recomendación de la FDA según Valdivielso-Ramos M, Herranz JM. Actualización en fotoprotección infantil. An Pediatr (Barc). 2010. doi:10.1016/j.anpedi.2009.06.013

CONSEJO SOBRE FOTOPROTECCIÓN

ANEXO 2

APOYO PARA PROFESIONALES

Tipos de piel y sensibilidad.

Tipo de piel /Sensibilidad	Quemadura	Bronceado	Color Piel	Pecas	Pelo
I	Siempre	Nunca	Muy pálido	Siempre	Albino
II	Siempre	Mínimo	Pálido	Frecuentes	Rubio
III	Moderada	Gradual	Claro	Raras	Rubio Castaño
IV	Mínima	Bueno	Moreno	Ninguna	Castaño
V	Rara	Profundo	Moreno	Ninguna	Moreno
VI	Nunca	Negro	Negro	Ninguna	Negro

Tiempo aconsejado de exposición solar según el tipo de piel.

Tipo / Días	I	II	III	IV	V y VI
Día 1	5 min	10 min	15/20 min	30 min	No hay riesgo de quemaduras
Día 2	10 min	15 min	30/35 min	50 min	
Día 3	15 min	20 min	45/50 min	70 min	
Día 4	20 min	25 min	60/70 min	90 min	
Día 5	25 min	30 min	75/90 min	110 min	

Indicaciones sobre el empleo de Factores de Protección Solar (FPS). FPS o IP necesario.

Tipo Piel	I	II	III	IV	V	VI
Semana 1	Total	20	15-12	8	6	Ninguno
Semana 2	20	15	12-8	5	4	
Semana 3	16	12	8-4	3	2	

Recomendaciones de fotoprotección según el tipo de piel.

Tipo de piel	Recomendaciones
I	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la exposición al mediodía. - Ropa larga y sombrero. - Fotoprotector > 15 resistente al agua. - Uso diario en verano y ante cualquier exposición
II	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar horas del mediodía. - Ropa protectora - Fotoprotector 15 si hay exposición.
III	<ul style="list-style-type: none"> - Si exposición intensa igual que II. - Si exposición moderada factor 10-15.
IV a V	<ul style="list-style-type: none"> - No precisa habitualmente.
Xeroderma Pigmentoso	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar luz UV. - Siempre ropa larga y gorro. - Fotoprotección mayor de 15.
SFNAM (síndrome familiar de nevus atípicos y melanoma en 2 o más parientes de primer grado)	<ul style="list-style-type: none"> - Como tipo I.
Nevus atípicos	<ul style="list-style-type: none"> - Como tipo II.

Clasificación de los fotoprotectores.

Las tendencias actuales, utilizando el método COLIPA clasifican los productos en varios tipos o categorías, en función del factor de protección solar (**FPS**):

TIPO DE FOTOPROTECTOR	FPS
Bajo.....	2-4-6
Medio.....	8-10-12
Alto.....	15-20-25
Muy alto.....	30-40-50
Ultra.....	50+

El término “pantalla total” o “sun block” se ha utilizado para indicar un FPS superior a 20, y protección frente a otras radiaciones pero, en realidad, se presta a confusión puesto que no garantiza una protección total frente a las radiaciones.

Fármacos que producen fotosensibilidad.

Grupo farmacológico	Descripción
Antiacnéicos	Isotretinoína, peróxido de benzoilo,.
Antiarrítmicos	Amiodarona, flecainida, quinidina.
Antidepresivos	Amitriptilina, doxepina, nortriptilina, trimipramina.
Antiepilépticos	Acido valproico, carbamazepina, fenitoina, fenobarbital.
Antifúngicos	Ketoconazol, griseofulvina.
Antihipertensivos	Captoprilo, diltiazem, enalaprilo, nifedipino.
Antihistamínicos	Prometacina
Antiinflamatorios no esteroideos	Ibuprofeno, ketoprofeno, lornoxicam, meloxicam, piroxicam, naproxeno, sulindaco, ácido tiaprofénico
Antimicobacteriano	Capreomicina, dapsona, isoniazida, pirazinamida,.
Antimicrobianos	Ácido nalidixico, azitromicina, ceftazidima, ciprofloxacina, demeclociclina, doxiciclina, enoxacina, gentamicina, grepafloxacina, levofloxacina, minociclina, ofloxacina, oxitetraciclina, pefloxacina, sulfamidas, tetraciclina, trovafloxacina.
Antineoplásicos	Fluorouracilo, interferon alfa y beta, metotrexato, mitomicina, pentostatina, procarbazona, tegafur, vinblastina, vinorelbina.
Antiparasitarios	Cloroquina, mebendazol, pirimetamina, quinina.
Antirreumáticos	Auranotina, aurotiomalato sódico.
Diuréticos	Furosemida, piretanida.
Estrógenos	Estradiol
Hipoglucemiantes	Clorpropamida, tolbutamida
Hipolipemiantes	Gemfibrozilo, simvastatina
Perfumes	Derivados de cumarinas

Factores de riesgo de cáncer cutáneo.

- Piel clara, pelo rubio o pelirrojo, pecas (fototipos 1 y 2).
- Antecedentes familiares o personales de cáncer cutáneo.
- Nevus atípicos o lunares numerosos.
- Pecas (como indicador de fotosensibilidad).
- Historia de exposición solar y quemaduras en la infancia.
- Enfermedades hereditarias cutáneas (xeroderma pigmentoso, síndrome de nevus displásico familiar).
- Inmunosupresión congénita o adquirida.
- Rayos UV artificial (evidencia creciente sobre carcinogenicidad).

CONSEJO PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

Población Diana:

- Familias y cuidadores de menores.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- **MENORES DE UN AÑO:** Aconsejar e informar a las familias cómo sucede la adquisición normal de los hábitos de sueño (anexo 1)
- **MENORES DE UN AÑO O MAYORES CON DIFICULTADES:** Ofrecer pautas conductuales para enseñar a dormir y saber manejar las dificultades para conciliar el sueño y los despertares (anexos 2 y 3)
- **MENORES DE 3 AÑOS:** Hablar sobre la posibilidad de que el bebé comparta la cama de los progenitores. Las familias que optan por el colecho deben ser asesoradas en los aspectos positivos y negativos que dicho comportamiento asocia (anexo4)

Tener en cuenta que existe una gran variabilidad en el patrón de sueño:

- A partir del 2º semestre de vida van apareciendo las fases de sueño de la edad adulta, pero no obstante, cada bebé evolucionará de forma particular. A esta edad, son frecuentes los despertares.
- El temperamento infantil y el ambiente familiar contribuyen a que algunos bebés tengan más dificultades para conciliar el sueño, o la denominada ansiedad de separación, que aparece a partir del 6º-7º mes de vida.
- La mayoría de los niños y las niñas desarrollará un patrón de sueño normal sin ninguna clase de ayuda
- Fomentar rutinas positivas: adelantar paulatinamente la hora de acostar al bebé. Manejar las resistencias con una simple frase: “es hora de dormir” o similar.
- Entrenar intervenciones de “extinción gradual”: los progenitores ignoran el llanto o la resistencia y acuden a la habitación del menor a intervalos cada vez más largos. Si el niño o la niña sale de su cuarto se le devuelve al mismo con el mensaje sencillo “es hora

de dormir” y el progenitor abandona la habitación en 15 segundos, realizando visitas regulares para asegurarse de que el menor no está enfermo. No se recomienda coger en brazos, jugar, cambiar pañales ni interactuar con menor.

- No se recomiendan intervenciones conductuales del tipo “extinción” como método de prevención ni tratamiento por debajo de los 12 meses. En la mayoría de los casos no serán necesarias. Su uso indiscriminado puede afectar negativamente al menor y además son difíciles de llevar a cabo para muchas familias. En ocasiones son vivenciadas como desagradables y vividas con gran angustia, se sienten incapaces de cambiar la situación, siendo en general una fuente familiar de conflictos.
- No se consideran técnicas de adiestramiento otros comportamientos como rutinas horarias o rituales relacionados con “la hora de irse a dormir”, que se consideran más “prácticas de higiene del sueño”, tales como horarios regulares, disminución previa de la actividad que sí parecen tener eficacia a corto y largo plazo (Anexo 3).
- El término colecho es un neologismo del inglés *co-sleeping*, idioma en el que también se emplea *bed-sharing* o compartir la cama. Es la práctica de dormir a los bebés y/o niños pequeños con una persona adulta. Puede ser en la cama familiar o con la madre sola. Puede haber otras personas (ambos progenitores, otros hermanos) u en otro lugar (un sofá, una hamaca), durante algunas horas, de forma ocasional o ser la práctica habitual. En determinadas culturas es la norma. Compartir la cama con la madre es una excelente práctica para fomentar la lactancia materna

Herramientas y Recursos:

- Preguntar sobre el patrón del sueño del bebé. Conocer las vivencias y expectativas de los progenitores.
- Explicar cómo se produce la evolución normal de los patrones del sueño y ofrecer información por escrito (anexo 1).
- Preguntar cómo se ha producido la evolución del patrón de sueño en cada caso particular. Conocer las vivencias y expectativas de los progenitores.
- Uso de pautas conductuales para enseñar a dormir. Manejo de las dificultades para conciliar el sueño y los despertares. Ofrecer información por escrito (anexo 2).
- Indagar acerca de las prácticas familiares de sueño, así como de sus expectativas y temores.
- Explicar las ventajas y riesgos del colecho (anexo 4).

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 1

EVOLUCIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO “NORMAL”. CONSEJOS PARA LA FAMILIA

Los niños y las niñas adquieren el patrón del sueño considerado “normal” de forma natural y espontánea (como la deambulación o el control de esfínteres), pero como en otros aspectos del desarrollo infantil hay gran variabilidad. Los bebés duermen la mayor parte del día, hasta un total de 16-18 horas, pero se despiertan a menudo para comer, ya que su crecimiento es muy rápido. Hacia los 2 meses y medio pasan ya algún rato más largo despiertos y sin comer. A partir del 2º semestre de la vida van apareciendo las fases de sueño de la edad adulta, aunque cada bebé evolucionará de forma particular. Todavía son frecuentes los despertares.

El patrón adulto de sueño se adquiere hacia los 5-6 años. Se compone de ciclos con 5 fases, las 4 primeras constituyen el sueño NO REM, y la quinta el sueño REM.

- **Fase 1: adormecimiento.** Dura pocos minutos y se perciben estímulos del exterior.
- **Fase 2: sueño ligero,** ya no se perciben estímulos externos.
- **Fase 3: transición al sueño profundo.** Si la persona se despierta en ese momento se encuentra confusa y desorientada.
- **Fase 4: sueño profundo.**
- **Fase 5: sueño REM** donde se producen los sueños y se caracteriza por movimientos rápidos de los ojos. Si la persona se despierta se encuentra descansada y alerta.

El sueño nocturno tiene 4 ó 5 ciclos de 90 a 120 minutos cada uno. El primer sueño REM de la noche dura 5 minutos, mientras que el último dura 30 minutos, gracias a esto, es más fácil despertarse a última hora de la noche con cualquier ruido que en la primera.

El patrón de duración de las diferentes fases del sueño varía con la edad: el porcentaje de sueño REM es mucho mayor en la infancia que en la edad adulta. Entre cada ciclo se vuelve a la fase 1 y, por tanto, se percibe lo que ocurre en el entorno. Si todo está como al comenzar el sueño, este prosigue. Si se producen cambios, se pasa a un estado de alerta y hay un despertar, mecanismo de adaptación durante la evolución que facilitó la supervivencia. Por eso conviene que los menores se acuesten a dormir en el mismo lugar en que van a pasar el resto de la noche.

El sueño tiene una función reparadora e interviene en la maduración neurológica cerebral. Dormir menos de lo necesario produce irritabilidad y disminución de la concentración. Aunque hay grandes variaciones interpersonales, el tiempo de sueño necesario varía con la edad. Parece que 3 de cada 10 niños o niñas pueden tener alguna dificultad para adquirir un patrón de sueño regular. En muchos casos puede tratarse de expectativas poco realistas por parte de la familia, en otros está relacionado con el temperamento infantil y en otros con las rutinas de sueño inadecuadas.

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 2

EL SUEÑO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA. CONSEJOS PARA LAS FAMILIAS

Si su hija o hijo toma el pecho, es normal que lo pida varias veces durante la noche. Las tomas nocturnas producen descargas mayores de oxitocina y son muy útiles para favorecer la prolongación de la lactancia materna (LM). Es probable que entre los 7 y 9 meses haga más tomas nocturnas. En general, los bebés que toman el pecho tardan más tiempo en establecer sueño prolongado. Sin embargo, la LM tiene interesantes ventajas para la salud del bebé y su madre, y es el modelo natural de desarrollo del ser humano.

- Si ha optado por acostar al bebé en su propia cama para facilitar las tomas del pecho, recuerde que para disminuir el riesgo de SMSL el bebé debe estar acostado boca arriba, las mantas o edredones no deben ser pesados, el colchón ha de ser firme y no debe fumar en la casa. La LM contribuye a proteger de este riesgo.
- Si toma fórmula artificial, posiblemente haga pausas nocturnas más largas. Es preferible que duerma en su cuna, acostándole cuando aún está despierto. Si se despierta puede probar primero a consolarle. Se recomienda no encender la luz, ni jugar con él y no sacarlo de la cuna.
- Si llora intente calmarle con gestos tranquilos. Hacia el año de vida no debe alimentarse durante la noche, debe comprender que la noche es para dormir. Si se alimenta de noche tiene más riesgo de caries. La leche materna no es cariogénica, mientras que las fórmulas pueden serlo, especialmente si tienen cereales añadidos o azúcares.

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 3

HIGIENE DEL SUEÑO

Cada familia tiene su nivel de tolerancia y sus propias creencias: no hay sistemas buenos ni malos, solo diferentes, aunque siempre hay que mostrar sensibilidad a las necesidades de cada niña o niño en particular y entender que hay circunstancias en que el sueño se trastorna (enfermedades, cambios o crisis familiares...).

Los progenitores deben decidir cuál es el momento en que van a sacar a su hijo o hija de la habitación.

Se recomienda que sea alrededor de los 6 meses, antes de que aparezca la angustia ante el extraño, y también porque es el mejor momento para establecer rutinas y que adquiera la capacidad de dormirse por sí solo.

Si el bebé permanece en la habitación de sus progenitores será atendido de inmediato si llora. Los ruidos y las acciones de las personas adultas alteran su sueño y si responden cada vez que el bebé se despierta (darle agua, ponerle el chupete, tocarle...), este no logrará ser autónomo para conciliar el sueño.

- Elija un juguete (o una mantita) que sea su compañero de cuna. Este objeto servirá de transición desde la dependencia de los progenitores hacia su autonomía y será el objeto que le tranquiliza.
- Deje abierta la puerta del cuarto y si lo desea una luz tenue en el pasillo.
- Procure que la habitación tenga una temperatura confortable y que no haya ruido ambiental. Conviene que lleve ropa adecuada.
- No conviene que se acueste con hambre.
- Tener una hora más o menos estable para levantarse y acostarse.
- Las últimas horas de la tarde se dedicarán a juegos tranquilos. Conviene hacer siempre lo mismo a la hora de acostar al menor. Utilizar distintas rutinas puede dificultar el aprendizaje de dormir.
- Se evitarán sustancias excitantes en la cena y beber demasiados líquidos (sobre todo cuando empiece a controlar esfínteres).

- Es adecuado establecer una rutina especial a la hora de dormir: tras el baño y el cepillado dental, se va al cuarto y se pueden tener unos minutos de transición en los que se lee o recita un cuento, se recuerda lo vivido en el día o se planifica la jornada siguiente. Luego un beso y una despedida breve. A veces se puede ser un poco más “generoso” con el tiempo, aunque conviene que sean los progenitores quienes pongan punto final de forma firme y cariñosa.
- Lo ideal es que el niño o la niña se acueste despierto y se quede dormido directamente en su cuna o cama. No conviene favorecer que se quede dormido en el sofá u otro lugar, probablemente en los cambios de ciclo de sueño se despierte y lllore.

Si el menor se despierta por la noche, acuda a su habitación. Conviene mostrarse sereno y emitir un mensaje sencillo: “es hora de dormir, papá y mamá están cansados, te queremos, hasta mañana”. Enfadarse, amenazar solo sirve para asustarlo.

Es posible que haya que acudir alguna vez más a atender a un menor que llora o no puede volver a conciliar el sueño. En todo momento se debe conservar la calma y el mensaje no debe cambiar.

No se deben usar fármacos o sustancias herbales supuestamente naturales para regular el sueño de los bebés o para ayudar a conciliar el sueño.

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 4

VENTAJAS Y RIESGOS DEL COLECHO

Ventajas del colecho:

- Mejora la estabilidad respiratoria, la oxigenación y la termorregulación en el bebé.
- Provoca despertares sincronizados con la madre, disminuye las fases profundas del sueño.
- Aumenta la prevalencia y duración de la lactancia materna y la producción de leche.
- Facilita el descanso de las madres que amamantan.
- En las zonas en que su práctica es la norma, el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) es poco frecuente.
- Favorece el desarrollo de vínculos de apego.
- Favorece el establecimiento de patrones de sueño similares a los de la persona adulta.

Situaciones en que el colecho puede implicar riesgos:

- Si el padre y/o la madre fuman.
- Si los progenitores han tomado alcohol o drogas.
- Con hermanos o hermanas.
- En sofá, cama blanda, con almohadas o mantas pesadas.
- En condiciones de hacinamiento en la vivienda.
- Dicha práctica puede ir en contra de la autonomía de los menores, el sueño como elemento de individualidad y de abandono propio.
- El descanso en la cama de los progenitores puede interferir en las relaciones de la pareja.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

Población diana:

Todos los lactantes desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento de salud infantil hasta los 6 meses.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas para personas cuidadoras de bebés menores de 6 meses.

Actividades:

Distinguimos entre recomendaciones dirigidas a la población general y recomendaciones dirigidas a población de alto riesgo de muerte súbita:

1. RECOMENDACIONES A LA POBLACIÓN GENERAL PARA PREVENIR EL SMSL:

- **Dormir en decúbito supino durante los primeros 6 meses de vida**, es la posición más segura y preferible a la de decúbito prono o decúbito lateral, tanto para el sueño nocturno como en las siestas diurnas. Cuando la muerte ocurre de día se halla al bebe durmiendo en prono con más frecuencia que cuando muere de noche, por lo que el consejo debe hacerse extensivo a personas cuidadoras y personal de guarderías. Sólo en casos de patologías que predispongan a aspiración de reflujo o problemas respiratorios relacionados con dormir en supino, como reflujo gastroesofágico grave o malformaciones de las vías aéreas respiratorias, el consejo será dormir en prono o lateral. Se debe dar consejo de prevención de plagiocefalia postural (anexo 1).
- **Desaconsejar el tabaquismo a los progenitores**, especialmente a la madre, prioritariamente durante la gestación aunque también después del nacimiento. Si no es

posible reducir el hábito, evitar al máximo la exposición del lactante. Si la madre es fumadora, desaconsejar que comparta la cama con el lactante.

- **El lactante debe dormir sobre colchón firme u otra superficie plana.** Se deben evitar colchones blandos, de lana o la utilización de materiales acolchados o blandos sobre el colchón. Se deben evitar dentro de la cuna almohadones, peluches, juguetes blandos y cualquier otro objeto que pueda provocar la asfixia, como cintas o cordones.
- **Evitar el arropamiento excesivo del lactante,** especialmente si tiene fiebre, cuidando de no cubrirle la cabeza. Mantener una temperatura agradable en la habitación (idealmente de 20 a 22º C). Para evitar que la cabeza quede cubierta se recomienda poner al lactante a los pies de la cuna con la sábana o manta hasta el pecho, bien remetida.
- **Recomendar la lactancia materna.**
- **Aceptar el uso del chupete para el sueño a partir del primer mes si ya está bien establecida la lactancia materna.** Puede mantenerse durante el primer año de vida.

2. RECOMENDACIONES A LA POBLACIÓN CON ALTO RIESGO DE PRESENTAR MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: se debe identificar dicha población y recomendar un programa de monitorización domiciliaria:

- **Por riesgo de SMSL propiamente dicho:**
 - Episodio aparentemente letal previo idiopático.
 - Apnea idiopática grave en bebés prematuros.
 - Apnea idiopática en bebés nacidos a término.
 - Respiración periódica superior al 5% del tiempo de sueño.
 - Gemelo de una víctima de SMSL
 - Hermano o hermana de bebé víctima de SMSL.
- **Por riesgo de muerte repentina de causa conocida:**
 - Dificultades con la ingestión de alimentos que ocasionen apnea o bradicardia.

- Reflujo gastroesofágico grave asociado a patología pulmonar o neurológica.
- Displasia broncopulmonar grave.
- Síndrome de hipoventilación central primaria.
- Lactantes sometidos a traqueotomía o con malformaciones de la vía aérea de riesgo elevado.
- Otros problemas pulmonares, cardíacos o neurológicos que cursen con apnea o arritmias.
- Bebés nacidos de madres drogadictas, solo si se han detectado previamente apneas y el entorno familiar es aceptable.

El sistema más utilizado de monitorización es el de la impedancia torácica. Antes de iniciarse la monitorización es necesario explicarla detalladamente a los progenitores y motivarles. La familia debe recibir entrenamiento para realizar, si fuera preciso, desde una estimulación ligera hasta la resucitación cardiopulmonar. Un programa de monitorización requiere colaboración multiprofesional: pediatría, enfermería, enfermería gestora de casos y responsable del programa en el hospital de referencia. En la mayoría de los casos se puede suspender entre los 6 y los 9 meses, si en los 2 meses previos no hubo apneas reales y en los hermanos o hermanas de víctimas de SMSL al menos un mes después de la edad a la que falleció la víctima.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

ANEXO 1

PREVENCIÓN DE LA PLAGIOCEFALIA O MOLDEAMIENTO OCCIPITAL POSICIONAL

Para prevenir la deformidad, se deben aconsejar cambios posturales:

- Desde el periodo neonatal, al colocar al lactante en posición supina para dormir, deben alternar la posición de la cabeza en la cuna.
- Cuando el bebé esté despierto y pueda ser observado, debe pasar tiempo en posición de decúbito prono. Se le puede ayudar con una toalla enrollada bajo el pecho y los brazos, sobre todo en los lactantes de menor edad.

Para cumplir estos objetivos se puede enseñar el lema: **“dormir boca arriba, jugar boca abajo”**

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Población Diana:

- Menores de 0 a 14 años.
- Padres, madres y personas cuidadoras y educadoras.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas, si surgiera el motivo para el consejo (consulta por accidentes, conductas de riesgo).
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Dar recomendaciones a las familias para prevenir accidentes infantiles, según la edad y factores de riesgo del menor relacionados con su hábitat y su comportamiento.
- Preguntar e indagar sobre seguridad en el hogar y en el automóvil.
- Facilitar direcciones de Internet adecuadas para reforzar a los padres y a los menores la información facilitada en la consulta.

Definición

Accidente es todo suceso eventual, involuntario o anómalo, independiente de su gravedad, que conlleva un daño físico o psíquico como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad. En España los accidentes infantiles suponen la primera causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre 1 y 18 años, así como la principal causa de años potenciales de vida perdidos y costes médicos y origen de discapacidad y daño psíquico.

Herramientas y Recursos:

- Consejo individual a los progenitores y, a medida que madura, ofrecer información al niño o la niña, adaptándola a sus capacidades
- Disponer de material escrito para entregar a modo de recordatorio. Guías anticipatorias que incluyan todas las recomendaciones pertinentes en cada momento.

La prevención de accidentes debe llevarse a cabo en todas las visitas de seguimiento de

salud infantil de manera individual, pero apoyada y reforzada con una educación grupal, con participación activa de progenitores y/o personas cuidadoras, con técnicas de educación individual y/o grupal adecuadas, pudiéndose desarrollar tanto en el medio sanitario como escolar. Apoyo de material didáctico adecuado. Conexión en edades mayores con programa “Forma Joven”.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 1

CONSEJOS PREVENTIVOS DE ACCIDENTES SEGÚN EDAD

De 0 a 2 años

- Seguridad en el automóvil. Sistemas de retención infantil. Instruir sobre cómo transportar en automóvil al recién nacido desde la maternidad al hogar. Dispositivos de sujeción homologados y adecuados al peso en todos los desplazamientos.
- Temperatura del agua de baño. Seguridad en la bañera.
- Prevención de incendios en el hogar (cocina).
- Supervisión de superficies elevadas, ventanas, escaleras, protección alrededor de la piscina.
- Elementos peligrosos del hogar: enchufes, esquinas, ventanas, ángulos de las puertas.
- Prevención de la aspiración de cuerpos extraños. Desaconsejar el consumo de frutos secos, golosinas o jugar con globos vacíos o inflados.
- Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.
- Adiestrar cómo actuar en caso de atragantamiento.
- Desaconsejar el uso de andadores (taca-taca).
- Consejos sobre prevención del tabaquismo pasivo.
- Teléfono del Instituto Nacional de toxicología: 91 562 04 20
- Consejos sobre fotoprotección. Dar consejos por escrito.
- Consejos de prevención del Síndrome de la muerte súbita del lactante.

De 2 a 6 años

- Seguridad en el automóvil y educación vial. Uso de sistemas de retención adecuados. Uso de casco en motos, cinturón de seguridad en coches.
- Seguridad en bicicleta y monopatín (casco y protecciones), seguridad peatonal. Respetar las normas de tráfico.
- Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.
- Elementos peligrosos del hogar.

- **Prevención de incendios del hogar.** Uso de petardos, quema de papeles... Uso de gas en el hogar de forma controlada. Alarma contra incendios.
- **Seguridad en las piscinas y en el mar.**
- **Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.**
- **Seguridad en bicicleta.**
- **Teléfono del Instituto Nacional de toxicología: 91 562 04 20**

De 6 a 16 años

- **Seguridad en el automóvil y educación vial.** Sistemas de retención adecuados, uso del cinturón de seguridad, uso de cascos en motos.
- **Seguridad en la bicicleta, ciclomotor y monopatín.** Respetar normas de tráfico.
- **Consejo antialcohólico en adolescentes.** Desaconsejar consumo de otras drogas. Informar de los riesgos del consumo, sus efectos nocivos para la salud y la relación con accidentes.
- **Prevención de incendios en el hogar.** Uso de petardos, quema de papeles. Uso de gas en el hogar de forma controlada. Sistemas de alarma.
- **Seguridad en las piscinas y en el mar.** Saltos en las piscinas y zambullidas en el mar.
- **Prevención de intoxicaciones.**
- **Prevención de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes.**
- **Teléfono del Instituto Nacional de toxicología: 91 562 04 20.**

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 2 CONSEJOS PREVENTIVOS DE ACCIDENTES SEGÚN EL ENTORNO

Precauciones en el hogar

La cocina es el lugar más peligroso para las niñas y niños pequeños

Los menores deben estar lejos de la cocina cuando se está cocinando y si ello no es posible:

- Procurar cocinar en los fuegos del fondo y evitar que sobresalgan los mangos de los utensilios
- Especial precaución al trasladar alimentos calientes de un lugar a otro por el riesgo de tropiezo con un menor.
- Todos los utensilios de limpieza han de guardarse en alto y nunca mezclados con los alimentos.
- No guardar nunca productos industriales y domésticos en envases de alimentos o bebidas.
- Procurar que los manteles no sobresalgan del borde de la mesa de la cocina.
- No permitir que los menores manipulen las llaves de gas o los enchufes.
- Guardar bien los cuchillos, tijeras, cerillas y encendedores.

En el baño

- Nunca dejar sólo a un bebé en la bañera, incluso con poca agua.
- Evitar las caídas del baño intentando no tener el suelo húmedo y en el caso de usar alfombras, deben disponer de rejillas de caucho adhesivas.
- Controlar la temperatura del agua del baño, abriendo primero el grifo del agua fría y modulando después con el de agua caliente.
- Desenchufar los electrodomésticos mientras se baña al menor.
- Guardar las cuchillas de afeitar inmediatamente después de su uso.

En el resto de la casa

- Todos los domicilios deben disponer de interruptor diferencial y los enchufes, tener toma de tierra y estar protegidos.

- Las alargaderas deben estar protegidas para evitar su desconexión.
- No dejar al alcance de los menores juguetes inapropiados, tijeras, agujas, pilas botón, medicamentos o productos tóxicos y recipientes de productos peligrosos aunque estén vacíos
- Los medicamentos y productos tóxicos deben guardarse en lugares inaccesibles y a ser posible bajo llave.
- Las bolsas de plástico pueden ser peligrosas porque pueden producir asfixia.
- Las cunas deben cumplir los requisitos recomendables de seguridad y se deben poner protectores para evitar traumatismos o caídas desde la cama.
- Las escaleras y las ventanas deben protegerse para evitar caídas.
- Revisar las calderas de gas por riesgo de intoxicación de monóxido de carbono.
- Las casas con chimenea, brasero, estufa de leña o eléctrica tienen mayor riesgo de que se produzcan quemaduras o incendios por lo que deben tener extintores.
- Si hay armas, deben estar ocultas, descargadas y fuera del alcance de los menores.
- Los animales domésticos deben estar correctamente vacunados, domesticados y adiestrados para evitar ataques y mordeduras.

Precauciones en la escuela

- Están reglamentadas las características de higiene y seguridad de los edificios escolares. Existe un plan de autoprotección, botiquines, educación para la salud para el alumnado y sensibilización y formación previas del profesorado.
- El personal conoce la dirección y teléfono del Servicio Médico y de Urgencias más próximo así como el número de teléfono de Emergencias 112.

Precauciones en la calle

- El uso del casco para montar en bicicleta, patines, monopatín, esquí, snowboard reduce en un 40-75% los traumatismos craneales.
- Enseñar al menor a nadar lo antes posible para prevenir los ahogamientos por inmersión (no están preparados para lecciones formales de natación hasta después de los 4 años, pero es recomendable intentar que se defiendan en el agua cuanto antes mejor).

Precauciones en el automóvil

- El uso correcto de los sistemas de retención infantil en el automóvil constituye una medida preventiva eficaz y efectiva que puede reducir en un 40% la mortalidad y hasta en un 70% la cifra de lesiones graves en caso de accidente.
- Los menores necesitan un sistema que se ajuste a su talla y peso.
- Todos los menores cuya estatura no alcance los 135 cm deben llevar de forma obligatoria un sistema de retención homologado.
- Los dispositivos de seguridad no podrán ir colocados dónde haya airbag salvo que este se desconecte.
- Preferentemente se colocarán en la parte central de los asientos traseros.
- Se podrá utilizar cinturón de seguridad sin otro dispositivo de seguridad a partir de 135 cm de estatura.
- Los mayores de 12 años que midan desde los 135 hasta los 150 cm pueden utilizar indistintamente un dispositivo o un cinturón de seguridad.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 3

TIPOS DE DISPOSITIVOS

Fuente: Dirección General de Tráfico (DGT) (<http://www.dgt.es>)

Capazo (Grupo 0, de 0 a 10 kilos)



Capazo adaptado para recién nacidos, de hasta 10 kilos de peso.

Debe instalarse en el asiento posterior del vehículo, en posición transversal, colocando al bebé con la cabeza hacia el interior.

Sillas:



Grupo 0 y 0+ (de 0 a 13 kilos). Sistema que permite llevar al bebé en la parte trasera o en la parte delantera del vehículo, siempre que el airbag del copiloto esté desconectado o no disponga de él. La colocación de la sillita será siempre en sentido contrario a la marcha.

El sistema protege al bebé a través de unos arneses dispuestos en la propia silla, que va anclada al vehículo.



Grupo 1 (de 9 a 18 kilos). El niño o niña va sujeto a la silla a través de un arnés y ésta al vehículo, permitiendo su colocación en ambos sentidos de la marcha. Es muy importante ajustar la silla a medida que crece el niño o niña y evitar holguras tanto en los arneses como en la instalación del cinturón.

Este grupo puede adquirirse con anclaje Isofix.



Grupo 2 (de 15 a 25 kilos). El elevador con respaldo permite adaptar el recorrido del cinturón de tres puntos a los sistemas de retención, utilizando el cinturón de seguridad del vehículo para sujetar al niño o niña.

Con este sistema, el niño o niña puede viajar en sentido de la marcha. Se recomienda la parte trasera del vehículo.

Cojín elevador:

Grupo 3 (de 22 a 36 kilos): Este dispositivo eleva al niño o niña para que pueda utilizar el cinturón de tres puntos del vehículo con total seguridad. Puede ir en sentido de la marcha y se recomienda la parte trasera del vehículo.

Más información: <http://seguridadvialparalospeques.com/>

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 4 CAMPAÑA “TE NECESITAN. ¡PROTÉGELES!” (AEP, DGT, RACE, PLAY. 2005)

Consejos de uso de los sistemas de retención infantil en el automóvil:

- Las personas adultas deben usar siempre el cinturón para su seguridad y para dar ejemplo a los menores.
- No se debe arrancar el coche hasta que el niño o la niña esté bien sujeto, han de entender que su seguridad no es un castigo, sino una ventaja.
- No llevar al menor en brazos bajo ninguna circunstancia.
- Supervisar periódicamente que la silla sea adecuada a su talla y peso para garantizar su protección.
- Si la silla tiene prestaciones que permiten adaptarse al crecimiento de cada niña o niño (reposacabezas, arneses, etc) se deben ajustar para su protección y confort.
- Utilizar siempre un sistema de retención homologado.
- La silla debe instalarse correctamente con el cinturón en el vehículo.
- Si la instalación de la silla es en sentido inverso a la marcha, nunca debe colocarse delante de un airbag frontal de pasajero.
- La silla debe quedar firmemente sujeta al asiento del vehículo, de modo que se elimine cualquier movimiento entre el asiento y la silla, ya sea lateral como longitudinal.
- Es muy importante el recorrido del cinturón de seguridad (o del arnés) sobre el cuerpo: nunca debe ir por encima del cuello, siempre ha de ajustarse lo más bajo posible sobre las caderas y las holguras deben eliminarse.
- Los capazos siempre deben ajustarse de manera que el extremo de la cabeza esté enfrentado a la parte media del vehículo. De este modo, puede evitarse un golpe directo en la cabeza en un choque lateral.
- Nunca se deben transportar objetos pesados o con cantos agresivos en el interior del vehículo, puesto que, en caso de colisión, se convertirían en “proyectiles”.
- No hay que descuidar la seguridad infantil en cualquier edad y también la de las personas adultas ya que en caso de impacto, éstas pueden golpear a los más pequeños al salir despedidos.
- Hay que leer todas las advertencias e instrucciones de instalación, tanto en el manual del propietario del vehículo como en el manual de instrucciones del sistema de retención infantil.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 5 DIRECCIONES DE INTERNET SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

- <http://seguridadvialparalospeques.com/>
- <http://dgt.es/enterate/flash/infantil.html>
- <http://www.infanciasegura.es>
- e-entérate, web divulgativa de la Dirección General de Tráfico. Dispositivos de seguridad infantil. www.dgt.es/enterate
- Campaña para el uso de sistemas de retención infantil: “Te necesitan, ¡protégeles!”. www.tenecesitanprotegeles.com
- Familia y Salud. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria. www.aepap.org/familia/accidentes.htm
- Página del Ministerio de Sanidad y Consumo dirigida a Ciudadanos. www.msc.es
- Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. www.spapex.org/consejos
- PrevInfad. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia. (Fecha de acceso: 5 de julio de 2002) Disponible en: www.aepap.org/previnfad/
- Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita infantil de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Libro Blanco (2ª edición). Monografía de la AEP, 2003; nº 4.

HIGIENE CORPORAL

Población diana:

Población menor de 14 años de edad.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES

VISITA PRENATAL (EDUCACIÓN MATERNAL EN GRUPO)

- Cuidados del cordón umbilical.
- Baño diario.
- Cortado de uñas
- Recomendaciones sobre el baño.
- Limpieza y secado de oídos, cuidado de los ojos.
- Higiene del periné.
- Características de la habitación infantil y limpieza del mobiliario y paredes.

MENOR DE 1 MES

- Cuidados del cordón umbilical.
- Baño diario.
- Recomendaciones sobre el baño.
- Limpieza y secado de oídos, cuidado de los ojos.
- Higiene del periné.

DE 1 MES A 1 AÑO

- Baño diario y cuidado de la piel.
- Higiene del periné.
- Ropa y zapatos: características e higiene.

DE 1 A 4 AÑOS

- Baño diario y cuidados de la piel.
- Fomentar autonomía personal en la higiene.
- Empezar a inculcar las primeras nociones de hábitos higiénicos.

- Lavado de manos.
- Cepillado dental
- Higiene del periné.
- Higiene del sueño.

DE 4 A 8 AÑOS

- Enseñar hábitos higiénicos: los progenitores como modelo.
- Ducha o baño frecuentes (a diario o días alternos) y cuidados de la piel.
- Lavado de manos.
- Limpieza de uñas.
- Cepillado dental.
- Lavado del cabello.
- Comenzar a colaborar en la higiene del entorno (casa, colegio).
- Higiene del sueño.

DE 8 A 14 AÑOS

- Enseñar hábitos higiénicos: los progenitores como modelo.
- Ducha diaria y uso adecuado de la ropa y productos de uso personal con criterios higiénicos (desodorante, champú, zapatos adecuados, etc.)
- Higiene del sueño.
- Promoción de hábitos higiénicos del entorno (arregla su habitación, colabora en la limpieza de la casa, no ensucia el colegio)
- Higiene postural.

Herramientas o recursos:

Guías anticipatorias que incluyan todas las recomendaciones pertinentes en cada momento.

Hacer una clasificación en **entornos**:

- **En consultas** (En todas las visitas se proporcionarán recomendaciones higiénicas a la familia en los términos expuestos anteriormente.)
- **En la familia.** Hábitos higiénicos adecuados a la edad sirviendo los progenitores como modelos.
- **En el entorno escolar** (enfermería escolar)
 - Programas de promoción de salud en hábitos higiénicos.
 - Higiene postural.
- **En el entorno escolar** (comedores escolares)
 - Habilitar espacios y disponer de personal entrenado en las actividades relacionadas con la higiene.
 - Lavado de manos antes de las comidas.
 - Cepillado dental después de las comidas.
 - Limpieza del comedor
 - Manipulación de alimentos
- **En la comunidad** (radio, TV.)
 - Campañas de promoción de salud. Higiene buco-dental
 - Campañas de eliminación de la pediculosis.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 1

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

- El cordón umbilical se debe mantener limpio y seco, así como vigilado de los signos de posible infección:
 - Enrojecimiento.
 - Mal olor.
 - Secreción.
- El pañal se debe mantener doblado por debajo del muñón del cordón para que entre el aire y la orina no lo toque.
- Varias veces al día se puede aplicar alcohol de 70 % o clorhexidina en la base del cordón con una gasita estéril, hasta que sane por completo, momento en que se aprecia duro, seco y arrugado y la base está rosada y seca (esto suele ocurrir alrededor de 7-10 días tras el desprendimiento).
- Cuando se desprenda puede haber unas cuantas gotas de sangre. Se debe consultar si el sangrado es continuo o hay señales de infección.
- El baño debe ser rápido (5 minutos). Después se seca bien el cordón y se envuelve en una gasa estéril.
- No conviene poner objetos sobre el ombligo, ya que podrían favorecer infecciones.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 2

HIGIENE

En el bebé

- El baño se debe iniciar desde los primeros días de vida.
- Para evitar accidentes:
 - La temperatura del agua se debe mantener en torno a 36°C. Se puede probar el agua con la muñeca, sintiéndola tibia, no caliente.
 - Comprobar que no hayan corrientes, como ventanas abiertas o ventiladores.
 - No dejar nunca sólo al bebé en el agua..
 - Sujetar al bebé firmemente, sosteniendo su cabeza durante el baño. Cuando el bebé está enjabonado puede ser muy resbaladizo.
- Utilizar jabón o gel neutros.
- Hidratar la piel después del baño aplicando aceite corporal, con la piel mojada para que emulsione bien. No se le deben aplicar polvos de talco, ya que al aspirarlos pueden llegar a sus pulmones.
- En caso de que presente costra láctea o dermatitis seborreica en la cabeza, aplicar antes del baño un poco de aceite o vaselina estéril encima de la costra para reblandecerla; de esta forma, es más fácil que se desprenda con el baño.
- Secar sin frotar, presionando con suavidad, especialmente en las zonas de pliegues, donde son frecuentes las irritaciones.
- Para limpiar los oídos, retirar secreciones de los ojos o limpiar las fosas nasales se utilizará suero fisiológico.
- La limpieza de los genitales en las niñas, siempre se hará de delante hacia atrás, para evitar que las bacterias intestinales puedan pasar a la vagina y uretra, produciéndose infecciones.
- Las uñas se cortan cuando están largas, siempre de forma recta y utilizando tijeras de punta roma.

A partir de los 12 meses

- Conforme van creciendo, niños y niñas comienzan a ser más autónomos y activos, aumentando los contactos con el medio. No se debe impedir que jueguen en el suelo, manipulen tierra o coman utilizando sus manos, aunque se ensucien más, ya que estos juegos favorecen su desarrollo.
- Conviene empezar a inculcar las primeras nociones de hábitos higiénicos, introduciéndolas paulatinamente adecuándose a la edad. El modelado a través del ejemplo de los progenitores es más efectivo que cualquier manual, ya que los menores aprenden mucho observando a los demás.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 3

LAVADO DE MANOS

¿Cuándo hay que lavarse las manos?

- Antes de las comidas.
- Antes y después de preparar la comida, especialmente cuando se manipula carne cruda, pollo o pescado.
- Tras usar el retrete.
- Después de sonarse los mocos, toser o estornudar sobre las manos.
- Antes y después de estar con una persona enferma.
- Antes y después de curar una herida.
- Antes de ponerse o quitarse las lentes de contacto.
- Después de tocar a una mascota o tener contacto con sus desperdicios.

Técnica del lavado de manos

- Usar agua templada y jabón. El agua sola no es suficiente para eliminar los gérmenes.
- Frotar una mano contra otra durante unos 20 segundos, dedicando especial atención a las yemas de los dedos, sobretodo debajo de las uñas (en donde se encuentra más del 95% de las bacterias).
- Aclarar con abundante agua durante 10 segundos.
- Secar completamente usando una toalla limpia y seca.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 4

PREVENCIÓN DE LA VULVOVAGINITIS

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente en las niñas prepuberales.

Factores que la favorecen:

- Mucosa atrófica, debido a la falta de estímulo estrogénico.
- Presencia de pH alcalino.
- Menor protección del introito vaginal (por los labios mayores con escaso desarrollo y ausencia de vello pubiano).
- Proximidad anatómica del ano.
- Efecto de productos irritantes locales.
- Extensión de bacterias respiratorias o fecales al perineo a través de las manos o malos hábitos higiénicos.

La mayoría son inespecíficas con flora bacteriana mixta, aunque con menor frecuencia pueden ser debidas a patógenos específicos (Estreptococo beta-hemolítico del grupo A y otras bacterias menos frecuentes), oxiuros y cuerpos extraños. En caso de infecciones de transmisión sexual, se debe investigar la posibilidad de abuso.

Las medidas a llevar a cabo en la prevención de vulvovaginitis son:

- Explicar, dependiendo la edad de la niña, los factores anatomofisiológicos que aumentan la susceptibilidad, ayudándolas a identificar la importancia de unos hábitos adecuados y a corregir conductas.
- Limpieza adecuada de manos.
- Limpieza adecuada de la región anal después de ir al baño, siempre de delante hacia atrás.
- Evitar ropas ajustadas y tejidos sintéticos que no permitan una buena ventilación.
- Evitar irritantes locales (baños de espuma, colorantes en la ropa y/o en el papel higiénico).
- No retener las ganas de orinar.
- Prevenir la obesidad, ya que es un factor que contribuye a agudizar el problema.

- En las adolescentes, aconsejar sobre el uso adecuado de tampones y compresas y recordar la prevención, mediante el uso de preservativo, en las relaciones sexuales.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 5

HIGIENE DEL PERINÉ

La proliferación bacteriana en la región perineal así como la colonización y crecimiento bacteriano intravesical, son factores que van a favorecer la infección del tracto urinario en niñas y niños.

Se deben llevar a cabo una serie de medidas generales para evitar estas situaciones, fundamentalmente en niñas:

- Higiene personal adecuada, sobretodo tras la defecación.
- Evitar la utilización de productos de higiene o para el lavado de la ropa interior que pueda resultar irritantes.
- Tratar la infestación por oxiuros.
- Prevenir la obesidad, la cual puede suponer un obstáculo para el flujo urinario durante la micción.
- Evitar el uso abusivo de antibióticos, debido a que favorecen la selección de la flora intestinal y la presencia de gérmenes con mayor capacidad invasora en la zona perineal.
- Se aconseja la ducha más que el baño, ya que la inmersión en agua puede favorecer el paso de gérmenes hacia la vejiga.
- La lactancia materna, al igual que ocurre con otras infecciones, se ha comprobado que tiene un efecto protector sobre la vía urinaria.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 6

ELIMINAR PIOJOS

La infestación por piojos en la cabeza, actualmente, es un problema más frecuente y difícil de tratar que en años atrás, debido al aumento de resistencias a los insecticidas clásicos.

El piojo no transmite infecciones; solamente ocasiona prurito, pudiendo producirse infección de las lesiones de rascado, como única posible complicación.

Contagio de piojos:

Se produce por contacto directo con el pelo de personas infestadas, siendo muy poco frecuente que se deba a contacto con huevos o piojos vivos alojados en la ropa u objetos contaminados.

Diagnóstico:

Es necesario ver piojos vivos para la confirmación diagnóstica, si bien, en caso de que haya picor y liendres abundantes, en especial si están cerca de la piel, es muy probable que haya infestación activa.

Prevención:

- Revisión periódica manual de la cabeza, entre 3 y 12 años, semanalmente en época escolar.
- Detección precoz y búsqueda activa en los posibles contactos.
- Evitar intercambio de prendas que mantengan contacto con la cabeza.
- Lavar con agua caliente o aspirar las prendas que hayan podido mantener contacto con el piojo en los dos días anteriores del tratamiento con pediculicida.
- Lavar con agua caliente, solución alcohólica o pediculicida los peines o cepillos utilizados en caso de infestación.

Tratamiento:

Insecticidas: No deben utilizarse en lactantes pequeños.

- o **Permetrina:** tratamiento de elección, en crema al 1% durante 10 minutos, debido a su eficacia y baja toxicidad; sin embargo, en la última década se han desarrollado resistencias en muchas zonas. Se aconseja en estas zonas, por tanto, aumentar el

tiempo de contacto, hasta 8 horas, repetir la aplicación a los 9 días y reforzar el tratamiento con el uso de lendreras y retirada manual de liendres.

- **Malatión:** con muchas menos resistencias que Permetrina, pero no hay estudios de seguridad por debajo de los 2 años. Necesita menor tiempo de contacto (de 10 a 20 minutos) y no precisa repetir la aplicación.
- **Piretrinas** (naturales o sintéticas distintas de permetrina): existen menos estudios de eficacia y toxicidad. Menos eficaces que permetrina (las conocidas hasta la fecha), mejoran su eficacia utilizando sinergizantes. En caso de resistencias a la permetrina, puede haberla también a las piretrinas.
- **Asociaciones:** existe efecto sinérgico en la asociación de la permetrina u otras piretrinas con piperolino y en la de malatión con alcohol isopropílico.
- No se dispone de estudios que permitan recomendar el uso preferente de un producto concreto en base a su galénica. En lactantes y niños asmáticos no es aconsejable usar lociones alcohólicas.

Medidas adicionales:

- Utilizar lendrera tras la aplicación de insecticida, repitiendo cada 3 días, con el pelo impregnado en crema suavizante, hasta que en 3 peinados no aparezca ningún piojo.
- Eliminar manualmente las liendres no desprendidas con la lendrera.
- Revisión de contactos, debiendo tratar solamente los casos en que se encuentren piojos vivos.
- No se debe usar insecticidas como repelente o preventivo.
- En caso de que, tras un tratamiento correcto con insecticida, se vean piojos vivos en días posteriores, el paciente debe tratarse de nuevo con otro insecticida o con un método no insecticida.

Tratamientos sin insecticidas:

- **Peinado con lendrera:** como tratamiento único, es un sistema lento con eficacia moderada. Debe usarse impregnando el pelo con crema suavizante, durante 3 días, hasta que en 3 peinados sucesivos no aparezcan piojos.
- **Agentes oclusivos:** Dimeticona al 4%, con eficacia moderada, aunque no despreciable en caso de resistencias a permetrina.

- **Aire caliente:** se han diseñado secadores específicos, teniendo en cuenta que el piojo muere a una temperatura superior a 50-60°C, pero no hay suficientes estudios.

Otros tratamientos:

- **Extractos vegetales:** numerosos productos caseros o comerciales, con efecto neurotóxico (igual que los insecticidas) u oclusivo (aceites esenciales vegetales), de los que existen pocos estudios de eficacia o toxicidad.
- **Fármacos orales:** cotrimoxazol, albendazol y levamisol. Deberían reservarse para los casos en que fracasen los tratamientos mencionados anteriormente.

En menores de 2 años no se recomienda inicialmente tratamiento farmacológico, siendo preferible la eliminación mecánica.

Tras un tratamiento insecticida eficaz, se puede volver al colegio al día siguiente; en todo caso, no hay fundamento para tener que esperar a la desaparición completa de las liendres.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 7

HIGIENE BUCODENTAL

Se recomienda cepillado dental desde la erupción dental al menos dos veces al día, inicialmente deberán realizarlo los cuidadores, utilizando pasta fluorada a partir de los 2-3 años.

Se debe enseñar de forma precoz a los menores a realizar ellos el cepillado dental

Técnicas para el cepillado dental

- Hay varias y todas son correctas. El objetivo es eliminar la placa dental sin dañar las mucosas ni los dientes. Indicaciones generales:
- Comenzar el cepillado dental siempre por el mismo lado y realizar el mismo recorrido en las arcadas.
- Limpiar todas las superficies dentarias: internas, externas y masticatorias.
- Cepillar la lengua y el interior de las mejillas suavemente.
- Enjuagarse para eliminar los restos.

Lo ideal es cepillarse los dientes tras las comidas y al acostarse; o al menos dos veces diarias (siendo una de ellas al irse a la cama, porque durante el sueño disminuyen el flujo de saliva y los movimientos de la lengua).

El cepillo:

- Son preferibles los de fibras de nailon o sintéticas con extremos redondeados, dureza mediana o blanda, cabeza pequeña y dos o tres filas de cerdas. Los cepillos eléctricos son también adecuados.
- A partir de los 10 años se puede utilizar cepillo de tamaño adulto.
- Conviene cambiarlo cada 3-4 meses o antes si está deteriorado.
- El uso de la seda dental debe enseñarse para completar el cepillado a partir de los 8-10 años.
- El uso de un dentífrico adecuado aumenta los beneficios del cepillado.

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

El buen trato durante la infancia es la base de una óptima salud física y mental, por tanto todo programa de salud infantil debe incluir la promoción del bienestar infantil y del buen trato

Los buenos tratos a los hijos e hijas es una tarea prioritaria de los padres y madres, pero también es una responsabilidad fundamental del resto de la sociedad garantizar el respeto de los derechos de la infancia, asegurar recursos suficientes que satisfagan sus necesidades y promocionar y apoyar a los padres y madres en sus funciones parentales

Las competencias parentales son las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos e hijas adaptándose de forma flexible y coherente a sus necesidades y sus diferentes estados evolutivos. El desempeño positivo del rol parental es definido en las Recomendaciones del Consejo de Europa sobre Promoción de la Parentalidad Positiva (2006). (Anexo 1)

La mayoría de los padres y madres tienen recursos para cumplir estas competencias de forma espontánea e innata, pero para un grupo de menores sus progenitores aunque tuvieron capacidad biológica para engendrarlos (parentalidad biológica) carecen de competencias parentales (parentalidad social) y están expuestos a sufrir distintos tipos de malos tratos.

Es un derecho que todos los niños y niñas disfruten de padres, madres o tutores que desempeñen una función parental positiva que asegure su buen trato.

El buen trato es la base del desarrollo evolutivo (físico, mental), de las relaciones interpersonales y de la resiliencia (desarrollo de recursos que permiten hacer frente a los desafíos del crecimiento incluyendo las experiencias adversas). La experiencia de buen trato permitirá a los menores desarrollar competencias parentales que aplicaran en la época adulta cuando sean padres o madres

Población diana:

- Padres, madres o tutores de todos los menores de 0 a 14 años.

Periodicidad:

- En consulta prenatal.
- En el momento del parto.

- En las revisiones puérperales.
- En Programa de salud infantil.
- En consulta a demanda.
- En consulta de urgencias.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

1. PROMOCION PARENTALIDAD POSITIVA. PROMOCION DEL BUEN TRATO

La base del buen trato y de un ejercicio adecuado de la parentalidad es satisfacer las necesidades de los hijos e hijas.

Desde el ámbito sanitario se puede:

- **Informar de las necesidades fundamentales de los menores**
 - **Necesidades fisiológicas**
 - Alimentación, vestido, higiene, cuidados de su salud
 - Protección: los menores deben ser protegidos tanto del medio externo (familiar o social) que pueda dañar su proceso de maduración y desarrollo, como de los riesgos y peligros derivados de su propio crecimiento y desarrollo.
 - **Necesidades afectivas:**
 - Necesidad de vínculos: los menores necesitan establecer vínculos afectivos y desarrollar sentimientos de pertenencia que faciliten un apego sano y seguro que es la base del desarrollo de la empatía y de la seguridad.
 - Necesidad de ser aceptados y desarrollar su autonomía y capacidades.
 - Necesidad de ser importante para sus figuras de apego.
 - **Necesidades cognitivas: necesidad de estimulación, de experimentación y descubrir el mundo, educación y refuerzo positivo por sus logros y esfuerzos.**
 - **Necesidades sociales:**
 - Comunicación.
 - Consideración y reconocimiento.

- Necesidad de normas, valores y estructuras que permitan en los menores desarrollar habilidades para una adecuada convivencia y respeto por los derechos humanos.
- **Informar de las necesidades de los menores según su estado de desarrollo y edad** (Desarrollo afectivo y Psicomotor).
- **Informar de los momentos críticos en el desarrollo de los niños y niñas** (Desarrollo afectivo y Psicomotor).
- **Promocionar la Resiliencia:** el cumplimiento de las competencias parentales permite el desarrollo en los hijos e hijas de la Resiliencia que se define como el conjunto de capacidades que permiten hacer frente a los desafíos de la existencia y a experiencias traumáticas.
- **Fomentar el desarrollo de vínculos de apego seguro.**
 - El Apego es el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional que los une en el espacio y en el tiempo, cuando este apego es sano, los menores experimentan una sensación de seguridad que determina su maduración y su interacción maduración (Modelos de apego Anexo 2)
- **Asesorar a los padres y responder dudas acerca de su rol parental**

Herramientas

- **Evaluación del Desarrollo Psicomotor y Afectivo**
 - Exploración y valoración neuroevolutiva (Anexo 1, Anexo 8).
 - Conocimiento de las etapas evolutivas, adquisiciones, “momentos críticos Anexos 6 y 8.
- **Escuelas de Padres.**
- **Grupos Psicoeducativos de Padres**
- **Guías anticipatorias y Consejos.**
- **Para consultar y ampliar:**
 - Raquel-Amaya Martínez González. Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. 2009. <http://www.meetingmadridleuropedelenfance.es/images/ficheros/Programa2009-1.pdf>.

- Programas de habilidades familiares: El Strengthening Families Program (SFP) de Kumpfer
- Effective Black Parenting Program (EBPP)

2. EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARENTALES

La adquisición de competencias parentales es el resultado de:

- Las posibilidades personales innatas: factores hereditarios, limitaciones orgánicas.
- Procesos de aprendizaje: influidos por los contextos sociales, la historia y la cultura.
- La experiencia personal e historia de buen trato o mal trato especialmente durante la infancia y adolescencia, ocurridos principalmente en la familia pero también en la escuela o en otros ámbitos institucionales.

Las capacidades parentales fundamentales son:

- **La capacidad de apego:** tiene relación con los recursos emotivos, cognitivos y conductuales de los padres, madres o tutores para apegarse a los niños y niñas, estimularlos y responder a sus necesidades fundamentales y afectivas. Esta capacidad es fundamental para el desarrollo de una seguridad de base y de una personalidad sana
- **La empatía:** la capacidad de los padres, madres o tutores de sintonizar con el mundo interno de sus hijos e hijas, reconocer sus emociones, estados de ánimo y necesidades
- **Modelos de crianza:** Estos modelos se transmiten de generación en generación y están influidos por la cultura y los procesos de aprendizaje de los padres
- **Habilidad para participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios:** es la capacidad para pedir, aportar y recibir ayuda de redes familiare, sociales, institucionales cuyo objetivo es el bienestar infantil.

Es importante evaluar las capacidades parentales teniendo en cuenta:

- Las relaciones de los padres con sus hijos o hijas.
- Si los padres o madres tienen alteraciones de la personalidad o del funcionamiento cognitivo o han sido diagnosticados de algún trastorno, la observación por parte del

profesional ha de centrarse en valorar si estos trastornos o déficits influyen en el desempeño de su rol parental

- El contexto social en el que está inmersa la familia y la influencia de éste en el desarrollo de las habilidades parentales

Herramientas:

- **Historia Clínica:**
 - Antecedentes familiares
 - Contexto social
 - Existencia de experiencias de violencia o malos tratos en los padres
- **Evaluación del Desarrollo Psicomotor y Afectivo**
 - Exploración y valoración de la construcción de vínculos afectivos entre los menores y sus padres (Anexo 4)
 - Conocimiento de las etapas evolutivas, adquisiciones, “momentos críticos” y indicadores y señales de alarma en el desarrollo psicológico (Anexo 1, 3, 7, 8)
 - Detección de Factores de riesgo y Factores de protección en el desarrollo psicológico del menor (Anexo 5 y 6)
- **Indicadores de relación de buenos tratos de los padres con sus hijos (Anexo 3)**
- **Indicadores de buenos tratos y apego entre los 8 meses y 5 años (Anexo 4)**
 - Modelo de evaluación de competencias.

3. DETECCIÓN PRECOZ DE INCOMPETENCIAS PARENTALES

La detección de incompetencias parentales debe poner en alerta al profesional de salud sobre la posible existencia de malos tratos y realizar un seguimiento cercano de los menores para la evaluación del daño y aparición de indicadores de malos tratos.

En esta actividad es imprescindible la coordinación con el trabajador o trabajadora social para realizar una valoración sociofamiliar y del contexto social y proceder según los resultados de ésta valoración

Herramientas o Recursos

- **La valoración sociofamiliar que debe explorar:**
 - Características psicosociales de los padres y los menores, teniendo en cuenta la etapa evolutiva de los mismos.
 - Antecedentes familiares sobre habilidades parentales desarrolladas para con los padres.
 - Condiciones contextuales, (sociales, ambientales) que puedan estar influyendo positiva o negativamente en la capacidad parental (por ejemplo procesos conflictivos de separación)
 - Valorar las fortalezas de los padres, los recursos de apoyo con los que cuentan y los riesgos sociales.
 - Situación de los menores en la escuela y en su entorno.
 - Influencia del entorno laboral de los padres.
- **Características de la parentalidad maltratante y modelos educativos**
(Anexo 5)
- **Indicadores de parentalidad disfuncional severa y crónica** (Anexo 6)
- **Programas de recuperación o rehabilitación de competencias parentales** de Servicios Sociales. Plan de actuación con las familias

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 1

RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE EUROPA SOBRE
PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA 2006

“El conjunto de conductas parentales que procuran el bienestar de los menores y su desarrollo integral desde una perspectiva de cuidado, afecto, protección, enriquecimiento y seguridad personal, de no violencia, que proporciona reconocimiento personal y pautas educativas, e incluye el establecimiento de límites para promover su completo desarrollo, el sentimiento de control de su propia vida y que puedan alcanzar los mejores logros tanto en el ámbito familiar como académico, con los amigos y en el entorno social y comunitario”

Actuaciones parentales positivas que destacan las Recomendaciones del Consejo de Europa por sus efectos beneficiosos

- Proporcionar afecto y apoyo
- Dedicar tiempo para interactuar con los hijos
- Comprender las características evolutivas y de comportamiento de los hijos a una determinada edad
- Establecer límites y normas para orientar el adecuado comportamiento de los hijos y generar expectativas de que cooperarán en su cumplimiento
- Comunicarse abiertamente con los hijos, escuchar y respetar sus puntos de vista, y promover su participación en la toma de decisiones y en las dinámicas familiares
- Reaccionar ante sus comportamientos inadecuados proporcionando consecuencias y explicaciones coherentes y evitando castigos violentos o desproporcionados

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 2

TIPOS DE APEGO

Ainsworth (en Machay Chi 1978)

- **Apego seguro (Grupo B).** Estas personas tienen capacidad para utilizar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Los cuidadores son sensibles a sus necesidades, dan confianza, les ayudan en la adversidad.
- **Apego Inseguro evitativo (Grupo A).** Estas personas tienden a alejarse de personas y objetos que les suponen amenaza.
- **Apego Inseguro resistente o ansioso-ambivalente (Grupo C).** No tienen expectativas de confianza respecto al cuidador, desean intimidad pero sienten inseguridad respecto a los otros.

Main y Solomon (1986) proponen una nueva categoría:

- **El estilo de apego inseguro desorganizado (grupo D).**

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa 2005

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 3

INDICADORES DE RELACIÓN DE BUENOS TRATOS
DE LOS PROGENITORES CON SUS HIJOS/AS

Ofrecen apego seguro y empatía. Mantienen la autoridad para protegerles y educarles
La proximidad física y manifestaciones afectivas son vividas de forma placentera
Respetan la autonomía de sus hijos o hijas aunque los echen de menos
Muestran alegría en presencia de sus hijos o hijas, contactan físicamente y conversan con ellos o ellas
Manifiestan placer con los logros de sus hijos e hijas y se emocionan al constatar sus esfuerzos
Se interesan por su desarrollo psicomotor, lenguaje, desarrollo social...
Protegen a sus hijos e hijas de las situaciones de peligro y previenen los riesgos organizando el entorno de los menores
Son sensibles a su sufrimiento emocional
Conocen a sus hijos o hijas: sus gustos, intereses, amigos, costumbres etc
No sustituyen a sus hijos o hijas por el éxito profesional, por poseer bienes materiales o por sus aficiones deportivas
Los hijos e hijas tienen una importancia transcendental en sus vidas y por esto respetan sus procesos de diferenciación, progresión y de regresión

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa 2005.

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 4 INDICADORES DE BUENOS TRATOS Y APEGO SEGURO
ENTRE LOS 8 MESES Y 5 AÑOS

Los menores buscan consuelo de sus progenitores cuando se sienten en peligro, estresados o perdidos.

Los menores pueden acoger a los desconocidos e interactuar con ellos pero prefiere a sus padres.

Los menores se interesan en juegos y actividades en presencia o no de sus progenitores.

Los menores no presentan comportamientos de miedo, hipervigilia o alerta.

Los menores son felices y sanos y les gusta relacionarse con otras personas adultas y con sus iguales.

Los menores protestan cuando se les separa de su figura de apego, pero recupera el equilibrio cuando se encuentra en un medio de buenos tratos.

Los menores se enfadan o protestan cuando sus progenitores se van, manifiestan su alegría cuando vuelven y se enfadan si su ausencia se prolonga (ignora o rechaza el contacto físico durante cortos periodos).

Los menores manifiestan con lloros, sonrisas, vocalizaciones, palabras...su deseo de proximidad o contacto físico.

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa, 2005.

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 5 CARACTERÍSTICAS DE UNA PARENTALIDAD MALTRATANTE

Modelo afectivo de apego inseguro

<p>DEFICIENCIAS EN LA FUNCIÓN NUTRIDORA</p>	<p>Los progenitores pueden entregar los nutrientes que necesitan especialmente los afectivos, Los hijos e hijas crecen en ambientes carenciados</p> <p>Pueden existir conductas sobreprotectoras, gratificaciones excesivas y ausencia de normas</p>
<p>DEFICIENCIAS EN LA FUNCIÓN SOCIALIZADORA</p>	<p>Los progenitores son incapaces de representar y comunicar evaluaciones positivas a sus hijos e interfieren la formación de la identidad o autoconcepto de sus hijos o hijas.</p>
<p>DEFICIENCIAS EN LA FUNCIÓN EDUCATIVA</p>	<p>MODELO AUTORITARIO</p> <p><u>Afecto</u>: manifestaciones de afecto escasas o nulas</p> <p><u>Comunicación</u>: escasa, si existe es para transmitir miedo.</p> <p><u>Control</u>: exagerado, uso frecuente de amenazas. Castigos irracionales y exagerados en relación a las faltas</p> <p>MODELO PERMISIVO:</p> <p><u>Afectos</u>: existe una intoxicación afectiva, los menores se creen seres infalibles, poderosos y perfectos. Hay mala modulación de deseos y frustraciones.</p> <p><u>Comunicación</u>: no hay estructura jerárquica de la comunicación, se ofrece un marco de comunicación igualitario en la que los menores creen que lo que dicen tiene el mismo valor que el adulto</p> <p><u>Exigencia de madurez</u>: los menores crecen bajo esta paradoja: “puedes crecer si quieres”. “Debes crecer pero no madurar para no dejar sólo a papá y mamá”</p> <p><u>Control</u>: inexistente (por negligencia, por creencias o por incompetencias)</p>

Fuente: *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia.* Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa, 2005.

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 6

INDICADORES DE UNA PARENTALIDAD DISFUNCIONAL SEVERA Y CRÓNICA

<p>ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DE LOS PADRES/ MADRES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de figura de apego o ausencia de cuidadores. - Historia de malos tratos graves durante la infancia y adolescencia en la que no se ha interiorizado la situación de víctimas. - Historia de socialización deficiente o perturbada, mensajes humillantes, ausencia de figura protectora, con frecuencia tienen un trastorno límite de la personalidad. - Antecedentes de incompetencia parental severa y crónica en la familia de origen. - Pertenencia a contextos familiares disfuncionales y/o carenciales. - Historia de pobreza, exclusión o marginación social. - Interrupción y/o dificultades del proceso de transmisión de los modelos de crianza de sus culturas de procedencia (inmigrantes). - Intervenciones de protección ausentes, inadecuadas y/o incoherentes.
<p>CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE LOS PADRES/ MADRES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del apego con uno o todos sus hijos o hijas. - Trastornos severos de empatía. - Inteligencia emocional deficiente. - Déficit importante en sus capacidades cognitivas. - Problemas de salud mental. - Violencia conyugal. - Conflictos graves y permanentes con vecinos y miembros de sus familias. - Escasa capacidad para utilizar y ofrecer apoyo social a la comunidad. - Ausencia de reconocimiento de sus responsabilidades en los daños, sufrimientos o problemas causados por los hijos. - Muy poco permeables a la ayuda profesional. - Dificultades muy importantes con respecto a su inserción socioprofesional. - Ausencia de motivaciones reales para mejorar su situación.

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa, 2005. Tabla: Elaboración propia

ATENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, define la sexualidad como:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándola a criterios de ética social y personal.
- La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales.
- La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Y establece que los países y las instituciones deben promover una “educación sexual que tenga por objetivo ayudar a las personas a conducirse bien en su vida sexual, en base a:

- Una enseñanza del comportamiento sexual basado en una ética plural y social.
- Eximir de sentimientos de culpa, vergüenza o de miedos.
- Liberar de trastornos o deficiencias que interfieran las funciones.

Población diana

- Todos los menores y adolescentes y sus personas cuidadoras.

Periodicidad

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil (para los adolescentes consultar tema sexualidad; salud sexual y reproductiva en el adolescente)
- En consultas a demanda específicas y siempre que se requiera información por parte de las personas cuidadoras.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades

- La sexualidad durante los primeros años de vida
- La sexualidad de los dos a los cuatro años de vida
- La sexualidad de los cuatro a los ocho años de vida

• LA SEXUALIDAD DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

La educación afectivo-sexual en este periodo se debe insistir en la necesidad de ofrecer a los menores atenciones afectivas adecuadas

- Fomentar en padres, madres y educadores una actitud positiva hacia la sexualidad infantil.
- Explicar la fisiología normal de los órganos genitales (pene y clítoris) y la posibilidad de erecciones espontáneas y como respuesta a la estimulación táctil.
- Asignación Psicosocial de la identidad y rol de género: Identificar la asignación de la identidad sexual y rol de género y eliminar falsas creencias. Inmediatamente después de nacer, se le etiqueta con una determinada identidad sexual (es niño o es niña), a partir de la observación de los genitales externos, y se le atribuye el rol de género que se considera propio de su identidad (ser como los niños o como las niñas) y que determina comportamientos y expectativas diferenciales de las personas adultas para con los menores (decoración de la habitación, ropa de la cuna, vestidos, juguetes, conductas e incluso rasgos de personalidad).
- Fomentar vínculos afectivos ya que mediatizan la sexualidad a lo largo de toda la vida y especialmente en la primera infancia. Proporcionar seguridad, contacto íntimo piel con piel, juegos, caricias, que van a favorecer el buen desarrollo afectivo del niño o la niña.

• LA SEXUALIDAD DE LOS DOS A LOS CUATRO AÑOS DE VIDA

La evolución sexual depende en este periodo de cómo la niña o el niño viva y resuelva su autonomía, de las imposiciones sociales, modelos de identificación y las reacciones de los adultos ante sus conductas sexuales.

- Fomentar en padres, madres y educadores una actitud positiva hacia la sexualidad infantil.
- Regular su conducta y cumplir determinadas normas:
 - a. Control de esfínteres.
 - b. Inhibición de ciertas conductas de exploración (limitándole lo que puede tocar, coger, manipular)
 - c. Control de ciertas conductas consideradas socialmente indeseables (rabieta, peleas con otros niños, celos)
- Responder a la curiosidad sexual de los menores: explicar las diferencias anatómicas entre niño y niña.
- Valorar relación de apego entre padre, madre y menores.
- Valorar roles y evitar estereotipos de género.

• 3. LA SEXUALIDAD DE LOS CUATRO A LOS OCHO AÑOS DE VIDA

En esta edad es importante la educación sexual en todos los ámbitos (casa, escuela y salud). Todos los profesionales de la salud deben indagar y estar atentos en cuanto a relaciones de afecto entre el niño y niña y padres, madres o cuidadores.

- Valorar relaciones de apego con sus padres, madres o educadores
- Fomentar actitudes positivas y naturales hacia la sexualidad
 - d. Dar a todas las partes del cuerpo la misma importancia.
 - e. Desarrollar un vocabulario apropiado para nombrar todas las partes del cuerpo y las funciones del mismo.
 - f. Fomentar el querer y cuidar su cuerpo.
 - g. Conocer las características anatómicas de su cuerpo y las diferencias más importantes con los adultos.
- Dar información correcta, respondiendo a las preguntas con sinceridad siempre que surjan las dudas:
 - h. Usar un vocabulario adecuado para nombrar las partes del cuerpo.
 - i. Prestar atención a la información ofrecida con el lenguaje no verbal.
 - j. Ofrecer un clima de confianza y libertad.
- Valorar aspectos positivos de su cuerpo en su totalidad, ayudarles a asumir las diferencias anatómicas entre los sexos sin que eso suponga, ningún tipo de discriminación.
- Trabajar el rol sexual y la manera de relacionarnos.
 - k. Fomentar cualidades positivas independientemente del rol de género: sensibilidad, afectividad, decisión, toma de iniciativas, autodefensa.
 - l. Fomentar la expresión de sentimientos y emociones, reconocer aquellas que no son enriquecedoras para la persona (violencia)
 - m. Fomentar relaciones igualitarias.
 - n. Fomentar el juego, la comunicación y el respeto mutuo entre niños y niñas.

Herramientas

- Controles de salud información y asesoramiento a nivel individual.
- Educación sexual en grupo.
- Guías anticipatorias para personas cuidadoras (Anexo 1)
- Direcciones de Internet (Anexo2)

ATENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL

ANEXO 1 EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. CONSEJOS PARA LA FAMILIA

Sois los principales educadores de vuestros hijos o hijas, y también os corresponde educar en sexualidad, de hecho aunque no seáis conscientes estáis educando en sexualidad constantemente (con caricias, opiniones, silencios o pudores).

Consejos que pueden ser de utilidad a la hora de hablar con sus hijos o hijas sobre sexualidad:

- Es importante que hablen con sus hijos o hijas de la sexualidad de forma positiva, esto les facilitará su desarrollo sexual y les ayudará a ser adultos sexualmente sanos
- Nunca es demasiado tarde para hablar con sus hijos de la sexualidad.
- La educación sexual también debe hacerse en familia para ello podemos seguir estas pautas (*):

- Recuerden que es normal sentirse incómodo o incomoda cuando tratan estos temas con sus hijos
- Mantengan una actitud abierta ante las preguntas de sus hijos e hijas, aprovechen estas oportunidades para abordar y enseñar el tema de la sexualidad
- Conozcan lo que se enseña de sexualidad en las escuelas y grupos juveniles
- Conviene dejarles claro que con nosotros se puede hablar de sexualidad y que estamos dispuestos a hacerlo, si es que ellos quieren.
- Respondan con sinceridad, si desconocen la respuesta manifiéstelo y ofrézcanles la oportunidad de investigar más sobre el tema o acompañarles y consultar con un profesional para que sean informados y atendidos (recursos de la comunidad)
- Ayuden a sus hijos o hijas a conocerse, aceptarse y a expresar su sexualidad de modo que sean felices.
- Fomenten la autoestima de su hijo o hija.
- Traten de encontrar “oportunidades para enseñar” (programas de televisión, libros, tareas escolares; ...)
- Ustedes deciden lo que creen que sus hijos o hijas deben saber sobre sexualidad
- No esperen a que su hijo o hija le hagan preguntas, muchos niños nunca preguntan.
- Sean consciente de que detrás de la pregunta “¿soy normal?”, hay dudas acerca de su desarrollo sexual, sus pensamientos o sentimientos sexuales
- Den seguridad a sus hijos o hijas siempre que puedan
- Escuchen. Pregúntenle que quiere él o ella saber y qué es lo que sabe.
- No vea con ojos de adultos los comportamientos sexuales de sus hijos o hijas. No hagan interpretaciones precipitadas (a veces son comportamientos normales para su edad)
- Respeten el pudor, los secretos y los silencios de sus hijos o hijas.
- Háblenles acerca de los placeres de la sexualidad.
- Recuerden que les están diciendo a su hijo o hija que a usted le importan su felicidad y bienestar.
- Fomenten desde los primeros años hábitos saludables y autoestima.
- Refuerzen la capacidad que todo joven tiene para tomar decisiones y háganles ver que están convencidos de que ellos o ellas tienen esa capacidad. Cualquier momento es bueno para destacar que toda decisión debe ser personal y no vale la de “terceros” (padres, amigos, hermanos, tanto en este tema como en el de drogas, alcohol o cualquier otra decisión que se le presente en su vida cotidiana).
- Depositen en ellos el grado de responsabilidad que corresponda a su edad y háganles ver que algunas decisiones traen consecuencias y que, por tanto, debe existir un mínimo de reflexión a la hora de decidir.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD SEGÚN LA EDAD		
	Características	Consejos a padres y madres
HASTA LOS 2 AÑOS	<p>Los niños exploran las partes de su cuerpo, incluyendo sus genitales y pueden experimentar erecciones y la vagina de las niñas puede lubricarse.</p> <p>Desarrollan sensaciones acerca del tacto al tomar contacto con su cuerpo</p> <p>Comienzan a tener un rol masculino o femenino, que depende de lo que los padres les transmitan</p>	<p>Dejen que su bebé explore su cuerpo si se toca mientras le cambia de pañal.</p> <p>Fomenten una imagen corporal positiva, hable con naturalidad de todas las partes de su cuerpo</p> <p>Den ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre el género y ante el contacto personal (sostener, vestir, hablar y jugar con el bebé).</p>
DE 3 a 4 AÑOS	<p>Los niños/as comienzan a saber que son un niño o una niña. Sin embargo, mientras juegan pueden simular que son del otro género.</p> <p>Pueden sentir mucha curiosidad por las diferencias corporales y jugar voluntariamente a las casitas o al doctor, o buscar otras formas de juegos sexuales con amigos/as o hermanos/as de edades similares</p> <p>Sienten cada vez más curiosidad por sus cuerpos, se sienten bien al tocarse sus genitales, pueden empezar a masturbarse estimulándose a sí mismos con la mano o frotándose con un muñeco de peluche, lo que puede o no provocar un orgasmo.</p> <p>Expresan interés por las palabras relacionadas con comportamientos en el baño,</p> <p>Muestran curiosidad sobre la forma en que los hombres y las mujeres usan el inodoro,</p> <p>Pueden repetir las “palabrotas” que escuchan y empezar a hacer preguntas sobre la sexualidad, como “¿de dónde vienen los niños?”</p>	<p>Usen muñecos y muñecas para ayudarlos a entender que las niñas y los niños tienen muchas partes de sus cuerpos iguales y algunas diferentes.</p> <p>Si encuentran a un menor en pleno juego sexual con otro niño o niña, con amabilidad debe preguntarles qué estaban haciendo. Es importante que el adulto abandone la perspectiva adulta y que entienda el comportamiento como motivado por la curiosidad.</p> <p>Expliquen que el pene, la vulva, los glúteos, etc. se consideran privados y que nadie debe tocar sus “partes privadas” excepto por razones de salud o para limpiarlos.</p> <p>Expliquen en un tono calmado, que tocar los genitales puede hacerle sentir bien, pero se debe hacer en un lugar privado como su dormitorio.</p> <p>Lean con sus hijos o hijas libros sobre sexualidad adecuados para su edad</p> <p>Den ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre el género y otros aspectos de la sexualidad que pueden surgir.</p> <p>Usen el nombre correcto para nombrar las partes del cuerpo, incluso los genitales.</p>

CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD SEGÚN LA EDAD

DE 5 a 8
AÑOS

Los niños pueden seguir con los juegos sexuales y con la masturbación.

Pueden volverse muy curiosos sobre el embarazo y el nacimiento.

Pueden desarrollar amistades estrechas con personas del mismo sexo.

Pueden mostrar un interés más fuerte en los roles del estereotipo masculino y femenino, sin importar lo que lo que los padres han manifestado a este respecto durante la crianza.

Igual que el bloque anterior

DE 9 a 12
AÑOS

Los niños y niñas pueden volverse más reservados y desear su privacidad cuando empieza la pubertad.

Tienen más curiosidad por los cuerpos desarrollados masculinos y femeninos.

Pueden mirar revistas y páginas de Internet eróticas.

Se pueden enamorar de amigos o amigas, otros adolescentes mayores, personas famosas y otras personas que desempeñan un papel en sus vidas, como los maestros/as o entrenadores.

Se interesan por las citas.

Se preguntan cosas como: "¿Soy normal?" y compararse con los demás.

Pueden sentirse presionados para intentar agradar a sus padres (ser como ellos quieren y tener la conducta adecuada de los niños y las niñas).

Pueden usar un lenguaje sexual y explorar fantasías románticas y sexuales.

Se pueden masturbar para obtener un orgasmo más profundo y parecido al de los adultos

Respeten el deseo de privacidad de los o las preadolescentes.

Compartan los valores familiares sobre las citas y el amor.

Ayuden a sus hijos o hijas adolescentes a desarrollar habilidades para la toma de decisiones, la comunicación y mantenerse firme con respecto a sus límites y sus deseos.

Sigan dando ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre asuntos relacionados con la sexualidad.

Den consejos sobre igualdad de género.

Contesten a sus preguntas y ofrezcan los mensajes que quiera compartir sobre diversos temas y valores de la familia.

Proporcionen libros e información sobre sexualidad, adecuados para su edad.

Hágales saber que cuentan con su apoyo.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD SEGÚN LA EDAD

DE 13 a
18 AÑOS

Los adolescentes desean tener citas.

Pueden sentirse presionados por sus compañeros para participar en actividades diversas, incluyendo comportamientos sexuales, para los que tal vez no estén listos para experimentar.

Pueden seguir masturbándose.

Pueden fantasear con situaciones románticas o sexuales.

Se pueden enamorar

Experimentan con besar y tocar, incluido el sexo oral y la relación sexual.

Sigan dando ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre asuntos relacionados con la sexualidad.

Contesten a sus preguntas y ofrezcan los mensajes que quiera compartir sobre diversos temas y valores de la familia.

Proporcionen libros e información sobre sexualidad, adecuados para su edad.

Hágales saber que cuentan con su apoyo.

Den consejos de prevención violencia de género

Rompan con la idea de que dar a conocer los métodos anticonceptivos a los hijos es empujarlos hacia un sexo desenfrenado.

ATENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL

ANEXO 2

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

- Ministerio de Sanidad y Política Social: www.yopongocondon.com/enlaces.html
- Sex Joven, Federación de Planificación Familiar en España:
www.fpfe.org/guiasexjoven/Jovenes.asp. Móvil Sex Joven (nacional): 608102313.
- Consejo de la Juventud de España: www.condoneate.org/es/
- Sociedad Española de Contracepción:
www.sec.es/informacion/recursos_asistenciales/index.php
- Tríptico informativo sobre la píldora del día después del Ministerio de Sanidad y Política Social: http://www.msps.es/novedades/docs/090911_diaDespues.pdf
- Información sobre la píldora: www.mujerhoy.net.
- www.formajoven.org

USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

Población diana:

- Madres, padres y otras personas cuidadoras
- Especialmente en las siguientes situaciones: bajo nivel sociocultural, inmigrantes, hiperfrecuentadores (demandantes de medicación), déficits sensoriales que dificulten la comunicación (visual, auditiva), madres o padres adolescentes.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil y siempre que demanden información.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Asesorar sobre la toma de decisiones en el manejo de fármacos, especialmente los antitérmicos.
- Informar de la importancia del buen uso de los antibióticos.
- Informar sobre la conservación y seguridad de los medicamentos.

Herramientas y recursos:

- Explicar el uso correcto de los antitérmicos para fomentar el autocuidado responsable (anexo).
- Informar de las ventajas del uso adecuado de los antibióticos (anexo).
- Indagar sobre la ubicación, contenido y accesibilidad de los medicamentos almacenados en casa y proponer mejoras.
- Reforzar las conductas de seguridad en el manejo de fármacos: lectura del prospecto, prevención de accidentes por ingesta inadecuada y comunicación de efectos indeseables.
- Fomentar el uso responsable de los medicamentos.

USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

ANEXO 1 CONSEJOS PARA EL USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

(Para entregar a madres, padres y otras personas cuidadoras)

¿QUÉ DEBO SABER EN GENERAL SOBRE LOS MEDICAMENTOS?

- Todos los medicamentos tienen un efecto terapéutico, es decir de curación o mejoría de una enfermedad o de un síntoma, pero también tienen posibles efectos indeseables y efectos secundarios no buscados: utilícelos sólo si son necesarios y siguiendo las indicaciones de los profesionales sanitarios.
- Hable y pregunte. Cuanto más sepa sobre los medicamentos que debe utilizar, mejor. No administre la medicación a su hijo con dudas. Consulte a su médico, enfermera o farmacéutico todo lo que necesite.
- Mantenga TODOS los medicamentos en un lugar seguro y con los envases bien cerrados. No tire los prospectos (su información puede ser muy útil) ni la jeringuilla o vasito medidor si lo tuvieran.
- Antes de administrar cualquier medicamento a su hija o hijo es conveniente que lea atentamente el prospecto que lo acompaña, para conocer:
 - El nombre del medicamento y qué indicaciones tiene.
 - La forma en que debe prepararlo y administrarlo.
 - Cada cuánto tiempo se administrará y durante qué periodo de tiempo.
 - Los posibles efectos no deseados que pueden presentarse con la administración del fármaco. Si nota algún efecto no esperado en su hijo o hija tras la toma de un medicamento: póngalo en conocimiento de los profesionales sanitarios
 - La dosis a la que debe administrarse. Asegurarse de la cantidad a administrar (cc, ml, mg, etc) especialmente para soluciones
 - Cómo conservarlo una vez empezado y qué nueva caducidad puede tener.

¿CÓMO MANEJAR LA MEDICACIÓN DE MANERA SEGURA?

- Mantenga TODOS los medicamentos en un lugar seguro: un lugar alto, no accesible a los niños y alejado de su vista.

- Guarde los medicamentos **TODO EL TIEMPO**, incluso aquellos que está utilizando. Casi la mitad de los accidentes ocurren con medicamentos que se estaban usando y han estado sin supervisión muy poco tiempo.
- En caso de que algún invitado o familiar venga a su domicilio adviértale de los peligros de dejar los medicamentos al alcance de los niños, y guárdelos en un sitio seguro. Si su hijo acude a casa de los abuelos o algún otro familiar, pídale que mantengan estas mismas precauciones. Recuerde que muchos medicamentos utilizados para adultos son extremadamente peligrosos en niños.
- Existen medicamentos con un especial riesgo para niños pequeños. La tabla XX muestra medicamentos en los que una sola pastilla o cucharadita puede ser mortal para un niño pequeño. Si usted o algún familiar utiliza uno de estos medicamentos tenga especial precaución: nunca los deje a la vista y si se le cae o pierde alguna unidad, búsquela bien.
- Advierta a los niños sobre los peligros de tomar medicamentos. Edúqueles en su seguridad. Nunca llame a los medicamentos caramelos o golosinas.
- Deje los envases bien cerrados. En caso de que el medicamento tenga cierre de seguridad giratorio asegúrese de haber oído el click. A pesar de este cierre de seguridad, tenga en cuenta que algunos niños son capaces de abrirlo, por lo que no se confíe dejándolos a su alcance.
- No tire los prospectos (su información puede sernos muy útil) ni la jeringuilla o vasito medidor si lo tuvieron.
- Utilice siempre la jeringuilla o medidor para dosificar el medicamento. No use cucharillas de mesa ni otro tipo de dispositivo no diseñado para este fin ya que podría sobredosificar al niño; han sido la causa de muchos incidentes. Mida el volumen con precisión.
- Mantenga la medicación en su envase, alejada de fuentes de calor, la luz intensa y la humedad. No los saque del blíster hasta su administración. Nunca deje medicación en un coche al sol y si esto le ha ocurrido, deséchela; algunos medicamentos pierden mucha actividad con el calor.
- Si administra la medicación de noche, utilice una iluminación adecuada para preparar la medicación. En caso de suspensiones, recuerde siempre agitar bien el envase.
- Mantenga **TODOS** los medicamentos en un lugar seguro y seco, evitando cambios bruscos de temperatura (no los conserve en la cocina, cuartos de baño ni próximos a estufas o ventanas) y con los envases bien cerrados.
- Comprobar si el medicamento necesita conservarse en el frigorífico. En caso afirmativo, póngalo sobre una balda, nunca en contacto con las paredes ni en la puerta.
- En los envases multidosis (jarabes, pomadas, colirios, etc) anote la fecha de apertura del mismo.
- Lávese bien las manos antes y después del uso.

- Colirios, inhaladores, gotas óticas o nasales, por higiene, no deben ser usadas por otros miembros de la familia.
- Consultar con el farmacéutico si observa algún cambio en el aspecto del fármaco.
- Nunca tire los medicamentos a la basura, (se pueden llevar a la farmacia u otro punto de recogida de medicamentos).
- No almacene nunca medicación pediátrica junto a medicación destinada a uso en adultos
- Las pomadas y cremas para magulladuras, gotas nasales y soluciones orales deben ser desechadas una vez transcurrido un mes desde la fecha de apertura inicial, excepto si las recomendaciones del prospecto indican otra fecha.
- Salvo prescripción médica los antidiarreicos, estimulantes del crecimiento, estimulantes del apetito, antigripales y multivitamínicos están desaconsejados en la infancia.
- Colirios y gotas óticas se deben desechar transcurrido un mes desde su apertura.

¿QUÉ MEDICAMENTOS DEBO TENER EN CASA?

- **ANTITÉRMICOS:** se utilizan para bajar la fiebre y son útiles también para tratar el dolor. El de primera elección es el PARACETAMOL y en segundo lugar el IBUPROFENO.
- Si han sido prescritos con anterioridad, no hay que desechar los antitusígenos (para calmar la tos nocturna) ni los antihistamínicos (para urticaria y picores), ya que suelen tener largo periodo de caducidad, y se pueden volver a administrar si de nuevo así se indica.
- Si su hija o hijo padece alguna enfermedad crónica, deberá tener en casa la medicación necesaria prescrita por su pediatra.
- Algún antiséptico para pequeños accidentes domésticos: corte, erosión, pequeña quemadura.

¿QUÉ MEDICAMENTOS NO DEBO CONSERVAR EN CASA?

- Todos los antibióticos: al terminar el periodo del tratamiento deben desecharse (se pueden llevar a la farmacia u otro punto de recogida de medicamentos).
- Los colirios y otros tratamientos tópicos (cremas, lociones...)
- Cualquiera cuya fecha de caducidad haya vencido.

¿CUÁNDO Y CÓMO DEBO USAR UN ANTITÉRMICO?

- No siempre hay que tratar la fiebre. Recuerde que la subida de temperatura indica que su cuerpo está combatiendo la enfermedad. En general, hay que tratar el malestar que genera la fiebre, independientemente del grado de temperatura.
- Existe acuerdo sobre comenzar a tratar la fiebre a partir de 38,9º C (rectal o 38,5º C en axila).

- En caso de padecer alguna enfermedad grave que afecte al corazón, pulmón, bronquios o sistema nervioso, hay que tratar la fiebre de forma más precoz
- Una vez que haya empezado a tratar la fiebre, el objetivo no es normalizar por completo la temperatura corporal. No hay por qué empeñarse en bajarla temperatura por debajo de la considerada normal. Por otro lado, esto sería difícil
- Si la temperatura no es muy elevada (menos de 38,9^o C en el recto) 38,5^o C en axila y la niña o niño no siente mucha incomodidad, pueden aplicarse medidas físicas. En caso de que la fiebre sea persistente, más elevada o produzca sensación de malestar, puede utilizar medicamentos para bajar la fiebre, los llamados antitérmicos: paracetamol es el más aconsejable o ibuprofeno (no en menores de 6 meses).
- Salvo que se lo indiquen, utilice sólo un antitérmico, no los alterne.

¿QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER SOBRE LOS ANTIBIÓTICOS?

- Los resfriados, los catarros, gripes y otros procesos virales pueden cursar con fiebre y NO mejoran ni se evita su contagio con el uso de antibióticos.
- Sólo deben emplearse por prescripción de su médico, ante la sospecha o confirmación de una infección bacteriana,
- Administrar un antibiótico a su hija o hijo sin que sea necesario puede ser dañino para su salud y hacer más difícil la curación si adquiere una enfermedad bacteriana que sí requiera su uso.
- Muy importante, cumplir el tratamiento indicado por el médico: duración, frecuencia y dosis aunque los síntomas hayan desaparecido, ya que de lo contrario en otra infección el antibiótico no la curará.
- Compruebe si se deben tomar con o sin comida.

¿QUÉ PASA SI MI HIJO VOMITA TRAS LA TOMA DE LA MEDICACIÓN?

- En estas situaciones no existe una norma general sobre cómo actuar. La absorción del medicamento depende del vaciamiento gástrico, que puede ser variable en función del alimento ingerido y la situación del niño. No obstante se suele aconsejar lo siguiente:
 - a. Si el vómito sucede inmediatamente tras la toma, o antes de los 15 minutos, déle la dosis completa de nuevo.
 - b. Si el vómito sucede media hora o más después de la toma de la medicación, es probable que haya absorbido todo el medicamento. No se lo administre de nuevo, salvo que encuentre la forma farmacéutica entera en el vómito (comprimido, cápsula).
 - c. En situaciones intermedias, cuando haya transcurrido un tiempo de entre 15 y 30 minutos tras la administración del medicamento, se aconseja dar la mitad de la dosis.

- Medicamentos que requieran una dosificación muy precisa como antiepilépticos, inmunosupresores o antiarrítmicos, deberán manejarse con más precaución por lo que su pediatra puede darle instrucciones más específicas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD NO SE RESUELVEN SÓLO CON MEDICAMENTOS.

USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

ANEXO 2 TABLA DE MEDICAMENTOS QUE PUEDEN CAUSAR LA MUERTE
A UN NIÑO/A DE 10 KG. CON DOSIS PEQUEÑAS

Medicamento (Grupo Terapéutico)	Nombre comercial	Mínima dosis letal	Máxima dosis disponible en España	Número de dosis que pueden causar una muerte
Antidepresivos tricíclicos		(mg/kg)		
Amitriptilina	Tryptizol [®]	15	75 mg	2
Imipramina	Tofranil [®]	15	150	1
Antipsicóticos				
Clorpromazina	Largactil [®]	15	100 mg	1-2
Clozapina	Leponex [®] Nemea [®]	10	100 mg	1
Antagonistas de Calcio				
Nifedipino	Adalat [®] - Genérico	15	60 mg	2-3
Verapamilo	Manidon [®] Tarka [®]	15	240 mg	1-3
Diltiazem	Angiodrox [®] Carrelidon [®] Cardiser [®] Clobendian [®] Cronodine [®] Dilaclan [®] Diltivas [®] Genérico [®] Lacerol [®] Masdil [®] Tilker [®] Dinisor [®]	15	300 mg	1
Antiarrítmicos				
Propranolol	Sumial [®]	Desconocida	160 mg	1-2
Disopiramida	Dicorynan [®]	15	100 mg	1-2
Flecainida	Apocard [®]	25	100 mg	2-3
Alfa2-adrenérgicos				
Clonidina	Catapresan [®]	Desconocida	0.15 mg	1-2
Antidiabéticos				
Glibenclamida	Daonil [®] Glucolon [®] Euclucan [®] Norglicem [®]	<1	5 mg	1
Glipizida	Minodiab [®]	<1	5 mg	1
Opiáceos				
Codeína	Antigripales (varios) Bisoltus [®] Codeisan [®] Histaverin [®] Fludan [®] Notusin [®] Perduretas [®]	7-14	10 mg/5ml (sol.) 50 mg (comp)	35 ml 2-3 comp
Fentanilo	Actiq [®] Abstral [®] Pecfent [®] Effentora Matrifen [®] Durogesic [®] Fendivia [®] Genérico [®]		800 mcg (oral) 100 mcg/h (td)	1
Hidromorfona	Jurnista [®] Palladone [®]		64 mg 5 mg/ml	1 10 ml
Metadona		5	100 mg	1
Morfina	MST [®] Sevredol [®] Oramorph [®] Zomorph [®]		100 mg	1-2
Oxicodona	Oxynorm [®] Oxycotin [®] Targin [®]	Desconocida	80 mg	1

Adaptado de Bar-Oz B, Levichek Z, Koren G. Medications that can be fatal for a toddler with one tablet or teaspoonful: a 2004 update. *Pediatr Drugs* 2004;6:123-6 y Osterhoudt K. The toxic toddler: drugs that can kill in small doses.

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

Población diana:

Adolescentes de 10-13 años.

Características generales:

La adolescencia es una etapa de crecimiento y transformación, implica importantes cambios desde el punto de vista biológico, psicológico y social para dotar finalmente al adolescente de identidad propia e independencia.

Considerando diferencias individuales, la adolescencia se puede subdividir en tres periodos que abarcan de los 10 a los 21 años:

- 1. Adolescencia temprana:** 10-13 años en mujeres y 10-14 años en varones. Se produce un desarrollo rápido de los caracteres sexuales secundarios; comienza la preocupación por el cambio corporal y la propia imagen. Inicia su independencia personal y se aleja del entorno familiar, adquiere gran importancia el grupo de iguales, comienza el pensamiento abstracto. Es egoísta y narcisista.
- 2. Adolescencia intermedia:** 13-16 años en mujeres y 14-17 en varones. Cambios físicos sustanciales en su forma corporal, culmina prácticamente el crecimiento y la madurez. Aparece el impulso sexual. Pensamiento abstracto más complejo. Introspección. Gran influencia del grupo de iguales. Inicio de la pareja. Convicción acerca de que todo lo pueden, de ahí que aparezcan conductas de riesgo.
- 3. Adolescencia tardía:** 16 a 20 años en mujeres y 17-21 en varones. Crecimiento somático más lento. Se consolida su imagen corporal e identidad sexual. Proyectos. Son capaces de actuar y percibir las complicaciones de sus actos.

Los cambios físicos que acontecen durante la pubertad tienen una amplia variación de la normalidad, es pues necesario conocer estos cambios para poder diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el desarrollo puberal.

El adolescente por lo general suele gozar de buena salud. Pueden producirse algunas infecciones respiratorias, traumatismos, acné, etc pero aumenta su exposición a riesgos en su entorno más inmediato, relacionados con conductas sexuales, consumo de drogas, hábitos alimenticios, actividad física y habilidad para afrontar conflictos, entre otros.

Las visitas de salud deben ser aprovechadas por los profesionales no sólo para detectar anomalías físicas (pocas veces el adolescente va a acudir voluntariamente de forma específica a pedir ayuda o consejo) sino también para aconsejar sobre conductas de riesgo, hábitos nocivos, conflictos internos... desarrollando una buena educación para la salud.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento de salud o por cualquier otro motivo, durante el tramo de edades descrito. Debe existir flexibilidad y adaptación a las necesidades individuales, distintos entornos, carga asistencial y organización de las consultas. Es importante facilitar su accesibilidad.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas en diferentes entornos.

Actividades:

- **ACTIVIDAD: ENTREVISTA CON EL O LA ADOLESCENTE.**

- **Herramientas: Entrevista motivacional**

Expresar empatía, reforzar sus deseos y proyectos vitales, desarrollar las discrepancias haciéndole ver sus contradicciones, evitar discusiones-argumentaciones, no etiquetar de entrada con un diagnóstico incierto, invitar a mirar sus problemas desde una perspectiva diferente; y apoyar la autoeficacia: creer en la oportunidad del cambio.

- **Habilidades de la persona entrevistadora**

- Establecer una relación de confianza.
- Mostrar interés y preocupación genuina por la persona, sensibilidad en el trato y actitud de escucha empática.
- Mantener una postura respetuosa y abierta pero sin identificarse con el paciente. Adoptar una posición neutral, escuchando y aconsejando sin juzgar. Desarrollar el rol de profesional y no de amistad.
- Escuchar sin prejuicios, considerar sus comentarios, para hacerle sentir como una persona madura. Criticar la actividad, no a la persona del adolescente
- Felicitar siempre por las conductas saludables, como actividades deportivas, no consumir tóxicos,...
- Prestar atención a la comunicación no verbal
- Conocer las patologías de este periodo
- Asegurar confidencialidad, desde el punto de vista ético y legal el profesional tiene el deber de guardar el secreto de la información escuchada, y sólo en el caso de que suponga un peligro grave para la vida o salud del joven o parar terceras personas, la confidencialidad profesional podrá ser quebrantada.

- Tener en cuenta que en ocasiones la atención al adolescente precisa de un enfoque multidisciplinar por la complejidad de sus problemas
 - Proporcionar información clara y colaborar en la búsqueda de alternativas. Destacar las incongruencias si las hay y esperar a que él o ella emita sus propias decisiones
- **Duración de la consulta**
- Duración de la primera consulta alrededor de 30-45 minutos
 - Las consultas de seguimiento duran unos 15 minutos. Si se utiliza cuestionario se citará 15 minutos antes
 - Disponer de tiempo y de un espacio adecuado
- **Metodología de entrevista**
- Se puede iniciar la conversación hablando sobre temas informales y cercanos, como amistades, aficiones, deportes, etc
 - Incluir en la entrevista preguntas no relacionadas directamente sobre temas médicos.
 - Ofrecer una entrevista personal, a solas, invitando a la familia o acompañantes a que esperen fuera.
 - Plantear el motivo de consulta y los problemas que realmente le preocupan. En la práctica pueden ser muy diferentes a los planteados por los progenitores, o incluso por el que ha venido a la consulta.
 - No tomar notas u ordenar papeles, puede dar la sensación de desinterés.
 - Hacer preguntas sencillas y abiertas (¿que opinas sobre las drogas? en lugar de ¿tomas drogas?)
 - Dejar que exprese sus ideas y evitar emitir juicios de valor
 - Valorar si hay hostilidad, en ese caso cambiar a un tema diferente y pasar a la exploración, no caer en provocaciones
 - Tener presente que nos podemos encontrar con situaciones complicadas y difíciles, suelen ser poco comunicativos, huraños y hostiles. El profesional no es el motivo de su rabia, pero debe ser capaz de identificarla para poder ofrecerle la ayuda necesaria.

○ **Contenidos a recoger en la anamnesis**

Es útil tener un guión sobre lo que queremos saber, para ello nos sirve el acrónimo que propone el Dr. García Tomel: F.A.C.T.O.R.E.S.

- **Familia:** relación con progenitores, hermanos, satisfacción,..
- **Amistades:** relaciones, actividades..
- **Colegio-trabajo:** rendimiento, satisfacción...
- **Tóxicos:** tabaco, alcohol, drogas,..
- **Objetivos:** estudio, trabajo, familia, ideales...
- **Riesgos:** moto, coches, entorno hostil, abusos,...
- **Estima:** autoestima
- **Sexualidad:** información, identidad, precauciones, historia ginecológica y sexual.

Otro acrónimo propuesto por la Academia Americana de Pediatría: HEADSS (hogar, educación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio, seguridad) también puede servirnos de ayuda.

● **ACTIVIDAD: SUPERVISIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA**

- **Se recomiendan como mínimo tres visitas:** 12-14 años; 15-17 años; 18-21 años complementarias y realizadas y por los diferentes profesionales referentes (pediatra, enfermera, médico de familia, trabajador social)
- **Finalidad de los controles de salud (Anexo 1):**
 - Detección de factores de riesgo físicos, psíquicos y sociales
 - Detección de problemas de salud a través de la exploración y cribado de patologías prevalentes.
 - Valoración de la Salud emocional.
 - Completar y continuar calendario vacunal.
 - Educación sanitaria hacia los padres y adolescentes.
 - Conocimiento de factores de riesgo y protectores por parte de los padres o tutores
 - Valorar la dinámica familiar y el ciclo vital de la familia (Anexo 2)

○ Herramientas

▪ **Evaluar factores protectores:**

(ANEXOS consultar página web de sociedad española de medicina de la adolescencia de la A.E.P www.adolescenciasema.org / profesionales/algoritmos/resiliencia)

- Familia.
- Buena salud física, mental, actitud positiva, conducta sexual responsable, vínculos sólidos familiares.
- Sociedad: Acceso a sistema educativo, vivienda digna, seguridad en el entorno,...
- Resiliencia: capacidad de la persona que, expuesta a una situación de riesgo, no recaer gracias a factores protectores

▪ **Evaluar factores de riesgo:** (ANEXOS consultar página web de sociedad española de medicina de la adolescencia de la A.E.P www.adolescenciasema.org (profesionales/algoritmos/seguridad y suicidio)

▪ **Anamnesis**

- Problemas escolares, tóxicos, drogas, sexualidad, conflictos familiares...
- Disrupción familiar, separación traumática, aislamiento,...
- Estudios, grupos o bandas..

▪ **Cuestionarios:**

Los cuestionarios pueden facilitar la comunicación sobre temas concretos y evaluar determinados hábitos y conductas, aunque no deben sustituir la entrevista clínica, en cualquier caso deben tener una formulación sencilla (CAGE, AUDIT, CRAFFT, EAT,..) y de comprensión fácil, su cumplimentación se realizará sin la presencia de los padres.

▪ **Exploración física:**

- Respetar su privacidad y evitar interrupciones (habitación aislada, biombo,...)
- Explicar en qué consiste la exploración.
- La presencia de familiares o personal auxiliar dependerá de la edad, sexo y circunstancias, puede decidirlo el adolescente.

● **ACTIVIDAD: VALORACIÓN DEL CONTROL DE SALUD**

- Comentar los hallazgos.
- Responder a preguntas, preocupaciones y dudas.
- Toda la información revelada debe ser previamente acordada con el paciente para garantizar su intimidad.
- Si descubrimos conductas de riesgo animarle a que verbalice sus motivos mostrándole información para estimular su conciencia sobre los riesgos "a corto plazo", y la capacidad para tomar medidas.

Herramientas:

- Recomendaciones y consejos pertinentes con el/la adolescente.
- Educación sanitaria.
- Informar de páginas webs con información específicas para adolescentes ejemplo: de la sociedad española de medicina de la adolescencia de la A.E.P www.adolescenciasema.org (publicaciones para adolescentes, sección específica para adolescentes y otros enlaces de interés)
- Negociar cambio comenzando por modificaciones leves consensuadas.
- Solicitar análisis o derivaciones oportunas.
- Contactar con el colegio o instituto si fuera necesario.
- Invitar a los padres o acompañante, para hablar del problema de salud si el adolescente lo desea.
- Hacer responsable al paciente y a la familia.
- Felicitar al paciente y sus padres por los logros y esfuerzos

• **ACTIVIDAD: TOMA DE DECISIONES DEL/LA ADOLESCENTE**

- Se debe implicar a los padres y las madres en la toma de decisiones importantes, pero en adolescentes maduros hay que tener en cuenta la opinión del propio interesado (Ley orgánica 1/96 de protección jurídica del Menor) y su madurez (capacidad) (Anexo 3)
- Por encima de los 16 años la presunción inicial debe ser la capacidad del menor para decidir y por debajo de los 12 no se considera maduro.
- Entre los 12 y 15 años se debe valorar cada caso de forma específica, valorando su capacidad en cada uno de los procesos en los que se vea implicado, siendo el equipo sanitario el responsable de decidir si el consentimiento del menor es válido o se precisa la autorización de algún representante legal.
- Toda relación sexual en menores de 13 años, aunque sea consentida se considera abuso sexual y hay que denunciarlo.
- En temas relacionados con interrupción del embarazo, ensayos clínicos o reproducción asistida se tendrá en cuenta la mayoría de edad.
- En algunas situaciones, para preservar la confidencialidad del adolescente no será posible contar con la opinión de padres y madres.
- En conflictos de gran trascendencia en que se produce una disparidad de opinión entre adolescente y sus padres, se deberá solicitar el asesoramiento del Comité de ética del centro sanitario o en última instancia el juez.

Herramientas:

- Criterios generales para valorar la capacidad del adolescente (Anexo 4)
- Valoración de la capacidad en función de la edad según la ley de autonomía (Anexo 5)
- Escala móvil de capacidad de JF Drane (Anexo 6)

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

<p>Fecha</p> <p>Nombre</p> <p>Edad</p> <p>Fecha de nacimiento</p>	
PROBLEMA ACTUAL	
HISTORIA CLÍNICA HASTA LA ACTUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • P. neonatal • Hospitalizaciones, cirugías • Medicaciones, alergias • Enfermedades y problemas anteriores. • Vacunas. • Hábitos: tabaco, alcohol, drogas,.. • Nutrición (dietas, restricciones, hábitos) • Actividad física, deporte • Sueño • Historia ginecológica: menarquia, reglas (duración, regularidad, fecha última regla, dismenorrea, anticoncepción) • Actividad Sexual: Embarazo, hijos, ITS, abuso, homosexualidad,..
HISTORIA FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Composición de la familia, profesión de los padres, problemas médicos en la familia • Genograma y Etapa del CICLO VITAL FAMILIAR
HISTORIA PSICOSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento escolar, relación con compañeros, aficiones, autoestima, ideas de suicidio, problemas legales..
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • General y por órganos y aparatos

Tabla elaboración propia

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 2 ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR (CVF)

ETAPA	Desde	Hasta
I Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
II A.- Extensión	Nacimiento del primer hijo	Primer hijo tiene 11 años
II B.-Extensión	Primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III: Final de la Extensión	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
IV: Contracción	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
V: Final de la Contracción	Último hijo abandona el hogar	Muere el primer cónyuge
VI: Disolución	Muere el primer cónyuge (extinción)	Muerte del cónyuge superviviente

Clasificación de la OMS del Ciclo vital familiar modificado (fuente de la Revilla)

Nota: no siempre el CVF sigue la misma secuencia, sino que a veces por motivos socioeconómicos, demográficos, o intrafamiliares el ciclo se modifica, altera o interrumpe es decir hay modificaciones DEL CICLO FAMILIAR (ej: parejas sin hijos, familias monoparentales , familias reconstituidas o retraso del abandono de los hijos) , su conocimiento tiene gran importancia porque lleva aparejada cambios en la dinámica familiar y pueden contribuir a la aparición de disfunciones familiares

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 3 DERECHO A LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

REFERENTES NORMATIVOS en la atención al menor	
Código Civil (CC)	Sus artículos sobre patria potestad y representación legal de los hijos (artículos 154-163)
Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente Artículo 9 "límites del consentimiento informado y consentimiento por representación"	<p>Establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años con algunas excepciones</p> <p>CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN (representante legal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de edad que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención • Después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. <p>NO CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados • O menores con dieciséis años cumplidos <p>Cuando se trate de, sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente".</p>
Ley Orgánica 1/1996	En su artículo segundo dice que se prima el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo

Tabla elaboración propia

Excepciones al consentimiento de los padres (*y/o de los menores):

- El menor maduro, o competente, o capaz.
- El menor emancipado.
- El tratamiento de urgencia (*)
- Tratamiento ordenado por un tribunal sin consentimiento de los padres (*)

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 4

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD

Evaluar la capacidad de decisión de un menor es un requisito indispensable durante la adolescencia, y de esa evaluación van a derivarse consecuencias clínicas, éticas y legales.

1. Susceptibilidad de ser informado: que el adolescente pueda

- Recibir y comprender la información
- Reconocer la información como relevante
- Recordar la información

2. Capacidades cognitivas y afectivas: que el adolescente pueda

- Autoreferenciar los acontecimientos que le suceden
- Razonar adecuadamente sobre las alternativas y sus consecuencias comparando riesgos y beneficios
- Jerarquizar las alternativas

3. Toma de decisiones: que el adolescente pueda

- Seleccionar una de las opciones posibles y comunicarla
- Expresar, hacerse cargo y reafirmarse en la decisión tomada

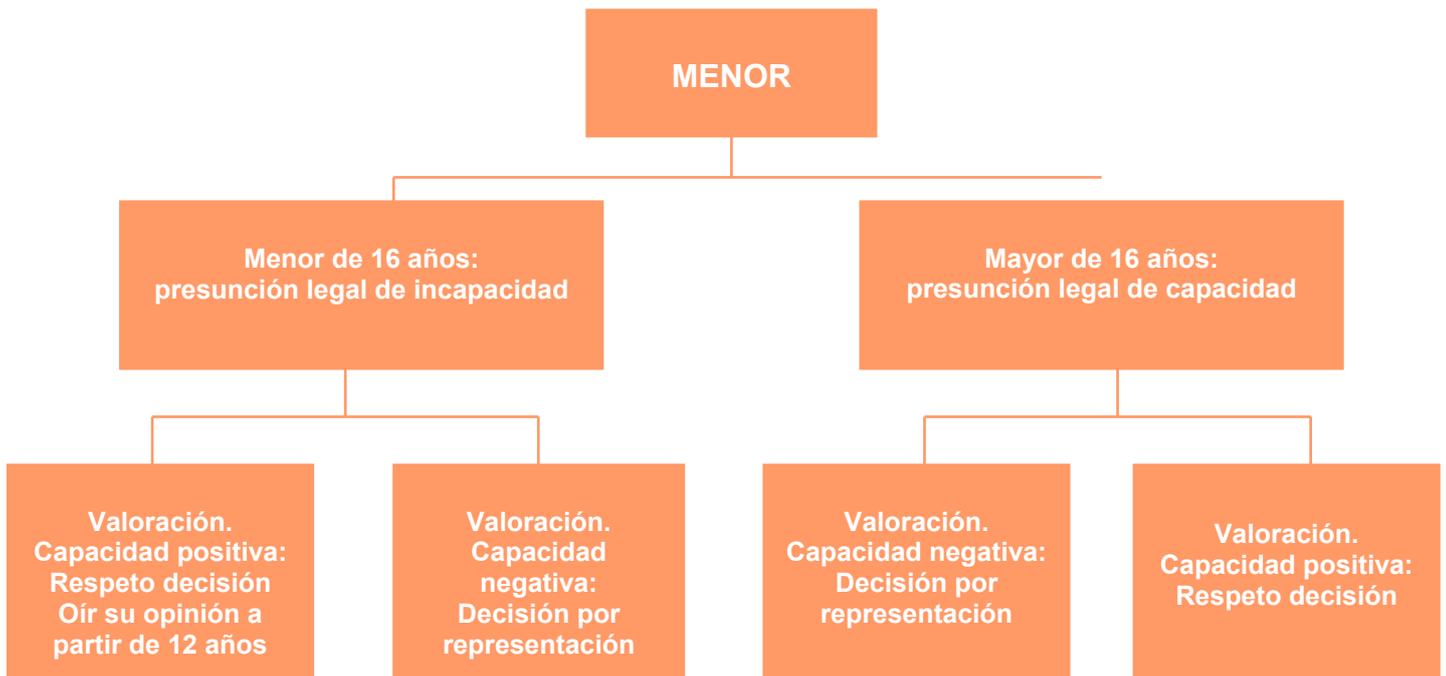
4. Revisión crítica del proceso de revisión:

- Una vez tomada la decisión, que el adolescente pueda razonar y discutir y contar a otro como y porqué ha tomado esa decisión

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 5

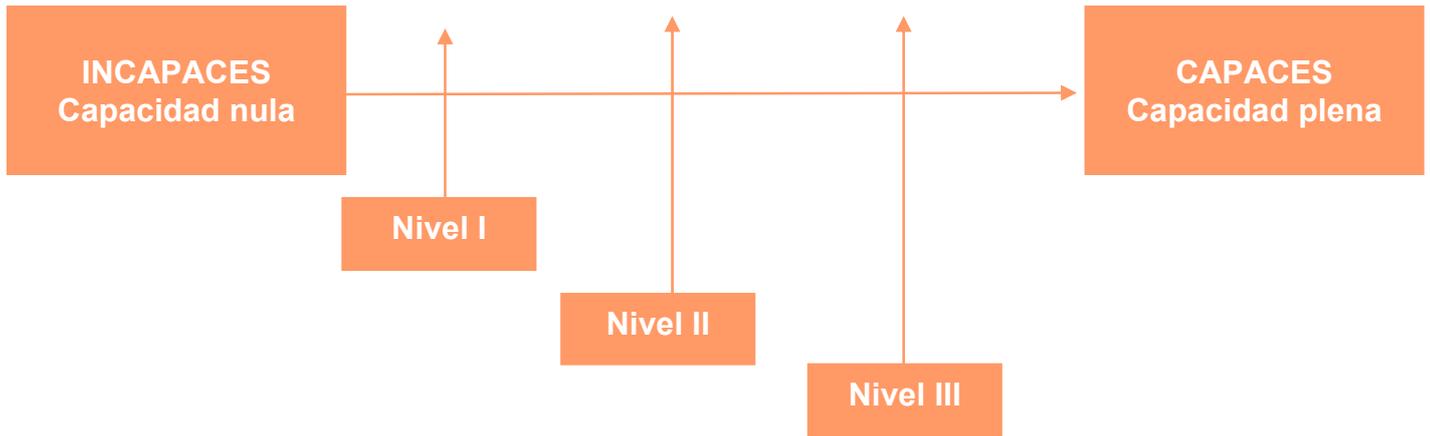
VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD EN FUNCIÓN DE LA EDAD
SEGÚN LA LEY DE AUTONOMÍA



ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 6

ESCALA MÓVIL DE CAPACIDAD DE JF DRANE



Nivel I: capacidad requerida baja (conocer y asentir)

Nivel II: capacidad requerida intermedia (comprender y elegir)

Nivel III: capacidad requerida alta (apreciar y decidir plenamente)

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia y la juventud constituyen un periodo de grandes cambios en el crecimiento, en la vida familiar, en los estudios o en el trabajo. La propia persona y el entorno cambian profundamente y muy deprisa. Estos cambios, junto con las decisiones relacionales y vocacionales que tienen que tomar acaban adquiriendo una importancia decisiva en sus vidas.

Población Diana:

- Todos los adolescentes de 10 a 18 años, familiares y educadores.
- Se debe identificar a los adolescentes que se encuentren en situaciones de riesgo:
 - De los 10 a los 14 años.
 - Bajo nivel socioeconómico y cultural.
 - Inicio precoz de la actividad sexual (<16 años).
 - No uso de métodos anticonceptivos que protejan contra el embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS).
 - Hermanas adolescentes embarazadas o que son madres.
 - Absentismo escolar o problemas escolares frecuentes.
 - Residentes en áreas de riesgo con aumento de la violencia.
 - Familias desestructuradas.
 - Sufriendo o en riesgo de sufrir violencia doméstica.
 - Haberse realizado test de embarazo previamente.
- Situaciones de alto riesgo:
 - ITS.
 - Embarazo precoz no deseado.
 - Uso/abuso de sustancias.
 - Abuso sexual previo.

- Trastornos mentales.
- Solicitar anticoncepción de emergencia de forma repetida.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil a partir de los 10 años.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Entorno sanitario: Controles anuales de salud en los adolescentes, aprovechando para promocionar la salud sexual y reproductiva en cualquier consulta durante la adolescencia y cuando se demande información.

Entorno Escolar: Seguimiento del Programa “Forma Joven”, durante el desarrollo del curso escolar y en cualquier contacto con el adolescente que lo propicie.

• ACTIVIDAD: EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

○ Educar en sexualidad en consulta de Atención Primaria:

- Sexualidad no es sinónimo de coito o actividad coital.
- Fomentar una visión positiva de la sexualidad, y una comunicación clara en las relaciones interpersonales.
- Esclarecer dudas y estimular la participación con preguntas facilitadoras. Facilitar canales de comunicación entre padres e hijos.
- Abrir un espacio que les permita cuestionarse su propia sexualidad y abordar sus angustias.
- Desarrollar la responsabilidad del joven y hacerle reflexionar sobre sus propios conceptos y valores.
- No transmitir al adolescente los propios prejuicios y preferencias.
- Estimular el autocuidado y la preservación de salud. Intentar compatibilizar diversión y salud.

○ Educar en medio escolar: Programa Forma Joven (Anexo I)

A lo largo de la pubertad y de la adolescencia el alumnado debe ir adquiriendo una serie de capacidades en torno al desarrollo afectivo-sexual que contribuyan a la consecución de las finalidades educativas que se pretenden en la educación secundaria: el desarrollo integral de la persona en los planos intelectual, motor, de equilibrio personal y afectivo, de relación interpersonal y de actuación e inserción social.

○ Educar a nivel comunitario: ayuntamientos y asociaciones.

○ **Herramientas o recursos:**

A nivel de las escuelas y la comunidad:

- Iniciar educación a edad temprana. Utilizar métodos interactivos y nuevas tecnologías (Internet) antes de que comiencen las relaciones sexuales.
- Crear grupos educativos de adolescentes para realizar campañas preventivas de ITS, embarazo precoz y no deseado. Capacitar a estudiantes voluntarios como agentes de promoción de la salud.
- Potenciar el trabajo conjunto entre los centros educativos y los diferentes dispositivos asistenciales y de salud pública que integran el sistema sanitario.

Edición y distribución de material didáctico (trípticos) tanto para el medio escolar como para fuera de él (familias y población general):

- Sexualidad.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Prevención de ITS.
- Agresiones y abuso sexual.
- Anticoncepción.
- Dispositivos de atención sanitaria y comunitaria para jóvenes.

Valorar la existencia de un teléfono y/o correo electrónico de información y asesoramiento accesible para jóvenes, gratuito, específico y atendido por personal experto. Valorar crear una página web institucional, y disponer de horas específicas en los centros de salud para atender a los jóvenes.

Trabajar para efectuar cambios en los pensamientos y actitudes de la sociedad como:

- Negar la sexualidad de los jóvenes y reprimir las manifestaciones de sexualidad.
- Desmitificar las ITS. Pensar que el VIH ha desaparecido.
- Evitar creencias como que los condones quitan placer y que la píldora engorda.

● **ACTIVIDAD: PREVENCIÓN DE ITS**

○ **Identificar situaciones de riesgo:**

- Coito con un nuevo compañero en los últimos dos meses.
- Más de dos compañeros sexuales en los últimos 12 meses.
- No usar preservativo en todas las relaciones sexuales que impliquen relación coital.
- Contacto sexual con persona con ITS o antecedentes de haberla tenido.

- Usuario de drogas inyectables.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- “Sexo como forma de supervivencia” (tener contacto a cambio de dinero, drogas, refugio o alimento).
- Una ITS en lactantes o niños orienta hacia un posible abuso sexual. En este caso antes de iniciar el tratamiento se recomienda utilizar una prueba diagnóstica de alta especificidad dadas las repercusiones legales.
- **Informar sobre la sintomatología que puede alertar sobre la presencia de una ITS:**
 - Escozor o picor genital.
 - Secreción vaginal o uretral distinta a la habitual, con o sin mal olor.
 - Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual.
 - Úlceras, ronchas, verrugas o ampollas cerca de los genitales, ano o boca.
 - Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la úlcera.
 - Dolor en la zona de la pelvis, o en los testículos.
 - Ardor y dolor al orinar o defecar.
 - Dolor en la vagina durante las relaciones sexuales, de aparición repentina.

○ **Herramientas:**

Recomendaciones durante la visita:

- Screening de *Chlamydia* en mujeres sexualmente activas. En la adolescencia la evidencia es insuficiente para realizarlo de forma rutinaria y solo se debe realizar en casos de sospecha de ITS para evitar complicaciones posteriores, como enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y riesgo aumentado para la infección por VIH. Si Existe evidencia del beneficio del mismo y es por tanto una prioridad realizarlo en mujeres sexualmente activas mayores de 25 años.
- Cribado de cáncer cervicouterino (test de Papanicolaou). El cáncer cérvico uterino en adolescentes es muy infrecuente, por lo que no existe evidencia que recomiende el cribado en este periodo de edad. Se informara a las menores adolescentes para que en él futuro se incorporen al programa de cribado de cáncer uterino.
- En los sexualmente activos con historia de varios compañeros se recomienda screening anual de VIH. Debe ser confidencial y se debe solicitar el consentimiento al adolescente.

- Recordar el VHB como ITS. Todos los adolescentes deben recibir la vacuna contra el VHB, si no han sido vacunados en etapas previas de la niñez.
- Campañas de vacunación del Virus de Papiloma Humano en niñas y adolescentes antes de que inicien la actividad sexual (9-14 años). Se disponen de dos vacunas:
 - Gardasil® que incluye los tipos 6, 11, 16 y 18, se administra en tres dosis intramusculares a los 0, 2 y 6 meses a niñas de 11-12 años.
 - Cervarix® que incluye los tipos 16 y 18, se administra en tres dosis intramusculares a los 0, 1 y 6 meses.

• ACTIVIDAD: PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

- o **Educación afectivo-sexual** en casa, escuela y centro de salud
- o **Información de temas de interés para adolescentes**, resolver dudas y facilitar soluciones
- o **Colaborar con centros escolares** en atención a adolescentes
- o **Herramientas:**

Consulta de Planificación e información sobre Anticoncepción:

- Para escoger un método anticonceptivo tener en cuenta la edad del adolescente, paridad, edad de inicio, número y grado de involucración del compañero sexual, el contexto social, familiar y religioso.
- Informar y entregar= material escrito sobre métodos anticonceptivos, prevención de ITS y funcionamiento de los órganos reproductores, dándole el derecho a decidir.
- Proporcionar preservativos masculinos y/o femeninos de manera gratuita.
- Intentar que el compañero participe en la elección del método anticonceptivo, lo que potencia la madurez, divide responsabilidades y evita posturas individualistas.
- Fomentar que los progenitores tomen conciencia de la vida sexual de sus hijos e hijas. Cuando esto no ocurre los adolescentes intentan esconder el método anticonceptivo aumentando la irregularidad en su uso.
- Prescribir anticoncepción de emergencia e informar sobre métodos anticonceptivos.
- Cuatro categorías de anticonceptivos para los adolescentes:
 - Recomendables: preservativos, anillo vaginal y anticonceptivos orales.
 - Aceptables: diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.

- Poco aceptables: anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
- De urgencia: anticoncepción postcoital.

- **ACTIVIDADES GRUPALES Y COMUNITARIAS: FORMA JOVEN**
www.formajoven.org

- **ACTIVIDAD: GESTACIÓN DURANTE LA ADOLESCENCIA**

- **Adolescente que quiere quedarse embarazada**

En una sociedad de multiculturalidad y diferentes creencias, es posible encontrar una adolescente que expresa su deseo de quedarse embarazada, en estas circunstancias se debe apoyar a la adolescente durante todo el proceso. Sin embargo la gestación en edades inferiores a los 18-20 años, significativamente cuanto menor sea la adolescente, puede suponer un riesgo para la mujer y para el recién nacido.

Respecto a grupos étnico-culturales donde la maternidad temprana está especialmente valorada, además del objetivo expuesto en el párrafo anterior, se debe estar alerta ante posibles situaciones de riesgo de las adolescentes que pudieran encubrir otras de abuso, desigualdad en la pareja, matrimonio forzado, violencia doméstica, etc.

Actividades:

- Valorar su madurez.
- Respetar creencias, cultura y tradiciones.
- Valorar su red de apoyo.
- Consejo pregestacional y Prevención de enfermedades congénitas.
 - Informar a aquellas adolescentes, que quieren quedarse embarazadas, de los riesgos que puede conllevar para su salud una gestación a estas edades.
 - Informar a todas las mujeres en edad de procrear (a partir de los 13 años) sobre el efecto de los distintos teratógenos en las etapas tempranas de la gestación, que actúan frecuentemente antes de que se diagnostique el embarazo.
 - Asesorar sobre los cuidados de una mujer gestante y animarlas a realizar una visita médica previa.
- Derivación a consulta de la embarazada.
- Incentivar la participación de la pareja en los controles prenatales.

- Apoyo a las adolescentes embarazadas y sus parejas capacitándoles para desempeñar su función de padres y madres.
- Dar formación en puericultura.
- Coordinación con Atención Especializada.
- Contactar con la Unidad de Trabajo Social Sanitaria: Valoración de la red de apoyo sociofamiliar y las posibles situaciones de riesgo.
 - Seguimiento de casos específicos.
 - Visitas domiciliarias.
 - Promover y asesorar la red de apoyo de los adolescentes: orientar a los familiares para apoyarlos en lugar de para desempeñar sus funciones

○ **Adolescente embarazada**

- Valoración individualizada de cada caso por equipo interdisciplinar.
- Valoración psicológica. Valoración de la madurez.
- Informar a la adolescente sobre el riesgo que comporta su embarazo y proponerle las alternativas existentes, entre otras, la interrupción de su gestación.
- Respetar la decisión de la menor acerca del seguimiento o no de su embarazo.
- Contactar con Unidad de Trabajo Social Sanitaria.
- Si decide seguir con el embarazo (actuar como en el punto anterior)
- Educar para prevenir un segundo embarazo.

○ **Herramientas:**

- Legislación sobre la interrupción voluntaria de embarazo (Anexo II)
- Proceso Embarazo, Parto y Puerperio.
- Consulta de planificación familiar.
- Instituciones y Asociaciones de apoyo a embarazadas.

● **ACTIVIDAD: ATENCIÓN A LA ORIENTACIÓN Y DIVERSIDAD SEXUAL.**

- Estos/as adolescentes suelen pasar por una fase de confusión, ansiedad, incertidumbre y soledad. Los prejuicios y la discriminación pueden inhibirlos a expresarse.

- Tener en cuenta que son un grupo especialmente vulnerable y con dificultades para usar métodos de protección durante la actividad sexual.
- Prestar atención a la reacción de la familia y las tensiones que se pueden crear alrededor de los/as adolescentes. El objetivo es disminuir las tensiones y culpas, fomentando la aproximación y comunicación.
- Los profesionales pueden orientar durante el proceso de definición de la orientación sexual.
- La sexualidad es dinámica y se modifica en cada etapa del desarrollo, se confirma a lo largo del tiempo mediante la permanencia del interés único por el mismo sexo.

• ACTIVIDAD: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA

Diferentes estudios descriptivos con adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años, revelan que las creencias y roles sociales presentes en la juventud, dan origen, perpetúan y justifican la violencia de género.

Es preciso que se desarrollen actividades de prevención de la violencia de género que modifiquen las estructuras cognitivas que sustentan este tipo de violencia aprovechando la consulta a demanda y la entrevista con el/la adolescente.

- Fomentar en las familias la responsabilidad compartida en el cuidado y crianza de los hijos y transmitir modelos más equitativos de pareja.
- Fomentar relaciones vinculares seguras.
- Fomentar la creación de relaciones humanas saludables, igualitarias, recíprocas y no violentas.
- Concienciar a los profesionales, padres y tutores de que la violencia de género está ya presente en las relaciones entre adolescentes.
- Preguntar a los/as adolescentes por sus relaciones (en esta etapa los sentimientos son extremos e intensos). Aprovechar la oportunidad para dar información.
- Identificar relaciones de poder entre adolescentes (hombre protector y mujer desvalida que necesita protección)
- Informar acerca del fenómeno de la violencia de género, identificación y desmitificación de roles a nivel individual y del grupo social.
- Ayudar a los/as adolescentes a identificar las conductas de abuso psicológico y explicar los daños psicológicos que estas conductas producen en la víctima

- Control del tiempo, del dinero, de la ropa, de las amistades, proyectos, actividades.
- Coacción, chantaje y amenazas, insultar y zarandear a la pareja.
- Identificación y seguimiento cercano de situaciones de riesgo (ANEXO III)
- Orientación para la prevención:
 - Habilidades sociales y Educación emocional.
 - Autoconcepto.
 - Asertividad.
 - Resolución de conflictos.
 - Educación para la salud.
- o **Herramientas:**
 - Consulta a demanda.
 - Entrevista con el adolescente.
 - Guías anticipatorias para progenitores y adolescentes.
 - Talleres de Formación en Educación Afectivo-sexual.
 - Forma Joven.
 - Asociaciones de apoyo a víctimas de violencia de Género: IAM; ADAVAS.
 - Teléfonos de Atención a las Víctimas de violencia de Género.

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LA ADOLESCENCIA

ANEXO 1

OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL
EN SECUNDARIA. "Programa Forma Joven" www.formajoven.org

<p>OBJETIVO GENERAL</p>	<p>Que el propio alumnado se asuma positivamente como ser sexuado, viva su sexualidad de manera placentera y saludable y establezca relaciones interpersonales gratificantes y no discriminatorias</p>
<p>DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES CAPACIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar críticamente los conocimientos en torno al hecho sexual humano a nivel biológico, psíquico y social con el fin de sustituir las concepciones basadas en prejuicios y creencias infundadas por conocimientos rigurosos. - Asumir actitudes de naturalidad ante la sexualidad, entendiendo esta como forma de comunicación humana y fuente de salud, placer, afectividad y, cuando se desea, de reproducción - Desarrollar y aplicar estrategias personales y colectivas, así como pautas de actuación propias de investigación científica y social, en el análisis y resolución de problemas que se les presenten en su vida en torno a la sexualidad. - Desarrollar la autoestima, asumiendo una identidad sexual libre de elementos discriminatorios de género y adquiriendo las habilidades necesarias que les permitan vivir su propia vida sexual de forma sana y responsable - Comprender y expresar mensajes en relación con el hecho sexual humano, incorporando un vocabulario preciso y no discriminatorio, que favorezca el dialogo sobre temas sexuales, en el interior del grupo de iguales y con las personas adultas. - Asumir una ética para las relaciones interpersonales adoptando actitudes de igualdad, respeto y responsabilidad en sus relaciones
<p>ÁREAS DE APRENDIZAJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ÁREA DE LOS CONOCIMIENTOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Concepto de sexualidad ○ El cuerpo sexuado. Anatomía y fisiología. ○ Desarrollo sexual: cambios físicos y emocionales en la pubertad. ○ Sexualidad humana: Afectos sexuales, deseo, atracción y enamoramiento. ○ Fecundación, embarazo y parto ○ Riesgos asociados a la práctica sexual. ○ Métodos anticonceptivos ○ Orientación sexual y rol de genero - ÁREA DE LOS VALORES Y ACTITUDES <ul style="list-style-type: none"> ○ Concepción positiva del mundo y del ser humano, de la sexualidad y de los vínculos

afectivos.

- Valor de la tolerancia y el respeto a la diferencia.
- Criterios para una ética de las relaciones interpersonales
 - Igualdad entre los sexos
 - Sinceridad interpersonal.
 - Placer, ternura, comunicación y afectos compartidos
 - Responsabilidad compartida.
 - Apuesta por el valor de los vínculos afectivos.

- **ÁREA DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

- Desarrollo de la empatía
- Desarrollo de las habilidades sociales e interpersonales
- Resolución de conflictos y toma de decisiones

- **DESARROLLO DE DETERMINADOS FACTORES DE PERSONALIDAD**

- La autoestima. Nadie puede relacionarse satisfactoriamente con otras personas si no se acepta a sí mismo de forma positiva y se siente digno de ser querido y capaz de querer.
- La autoeficacia. Ser capaz de llevar a cabo conductas interpersonales y saber anticipar sus consecuencias, positivas y negativas, favoreciendo el desarrollo afectivo y sexual.
- Control interno. Asumir internamente la responsabilidad de lo que nos sucede es una variable que facilita las relaciones interpersonales y el desarrollo de conductas saludables.

- **OPTIMIZACIÓN DE DETERMINADOS MEDIADORES AFECTIVOS.**

- La seguridad emocional. Hace referencia a la necesidad de sentirnos seguros y protegidos por otras personas que percibimos que son incondicionales. Son las llamadas figuras de apego.
- Apoyo social. Todas las personas necesitamos contar con una red de apoyo social más amplia que la propia comunicación familiar.
- Intimidad. Necesidad que tenemos de comunicar y compartir nuestro cuerpo, nuestros sentimientos y de establecer vínculos afectivos estrechos.

Tabla Elaboración propia. Fuente: Programa Forma Joven. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

ANEXO 2

Ley orgánica 2/2010. “Ley de Salud Sexual y Reproductiva de la Interrupción voluntaria del Embarazo”

La “Ley de Salud Sexual y Reproductiva de la Interrupción voluntaria del Embarazo” (Ley orgánica 2/2010) establece en el artículo 13.4: “En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”.

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LA ADOLESCENCIA

ANEXO 3

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

<p>INDIVIDUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para cometer Actos Violentos <ul style="list-style-type: none"> a. Modelos agresivos en su niñez b. Agresión en las relaciones interparentales c. Actitudes que justifican la violencia o la aceptan d. Personalidad violenta: irascible o colérica e. Bajo nivel de autoestima f. Actitudes negativas o patriarcales hacia las mujeres g. Consumo de alcohol, drogas - Para ser Víctimas (aunque cualquier mujer puede serlo): <ul style="list-style-type: none"> a. Consumo de alcohol, drogas b. Sentimientos de desesperanza c. Baja autoestima d. Inicio temprano de relaciones sexuales e. Conductas sexuales de riesgo f. Formas de control de peso no saludables g. Embarazo h. Dependencia emocional
<p>RELACIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intento de controlar a la víctima - Gran número de relaciones conflictivas (agresor) - Relaciones de pareja numerosas (víctima) - Relaciones estresantes - Consumo de alcohol, drogas y conductas desinhibitorias
<p>COMUNITARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza - Familias disruptivas

	<ul style="list-style-type: none">- Bajo nivel de participación comunitario- Exposición a la violencia
ENTRE GRUPO DE IGUALES	<ul style="list-style-type: none">- Amigos que han sufrido violencia de pareja- Relaciones violentas entre iguales- Tendencia a agredir a los iguales

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

El mejor tratamiento para el abuso de sustancias es la promoción para la salud y la prevención en los diferentes entornos, sociales, familiares y escolares.

Los índices de prevalencia del consumo de sustancias legales e ilegales, así como la percepción de los adolescentes ante esta realidad (fácil disponibilidad incluso para sustancias ilegales y buena información acerca de los efectos y problemas que pueden ocasionar las drogas) hace necesario la implementación de programas preventivos eficaces (anexo 1, principios de la prevención en drogodependencias del National Institute on Drug Abuse, NIDA,)

Las intervenciones que tienen más éxito son las que se realizan de forma continuada y en las que se implican todos los profesionales y el entorno. Es necesario analizar las situaciones y factores de riesgo, y promocionar los factores de protección, estos últimos amortiguan o reducen la influencia de los factores de riesgo, por tanto la clave está en la presencia o ausencia de factores protectores en el individuo y sus entornos.

La magnitud y características del consumo de sustancias en adolescentes queda reflejado en el Anexo 2. Las drogas de mayor consumo son: alcohol, tabaco, cannabis y tranquilizantes o pastillas para dormir.

Población Diana:

- Adolescentes a partir de los 11 años

Periodicidad:

- En los controles periódicos de salud en centro de salud.
- Exploración del consumo de drogas desde los 12-13 años y cada 2 años.
- En la consulta ante clínica sugerente de consumo.
- En cualquier ocasión, de forma oportunista garantizando la confidencialidad.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas en diferentes entornos.

Actividades:

1. Prevención y detección del consumo de drogas en la adolescencia.
2. Prevención y detección del consumo de alcohol en la adolescencia.
3. Prevención y detección del consumo tabaco en adolescentes.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA.

○ Actividades de promoción:

- Actividades de promoción: educación para la salud.
- Promoción de factores de protección (Anexo 3). Promover estilos de vida saludables de eficacia demostrada como factores protectores. Por ej: actividad física, deporte
- Fomentar la resiliencia: capacidad de los individuos para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a cualidades mentales, de conducta y de adaptación (Anexo 4)
- Promoción a través de programas en escuelas “equipo interdisciplinar” Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para evitar el consumo. (Programa Forma Joven , A no Fumar me Apunto)
- Coordinación con instituciones, asociaciones y áreas de ayuntamiento específicas que tienen competencias en promoción de salud.

○ Actividades de prevención y detección precoz:

- Prevención a través de programas en escuelas “equipo interdisciplinar”.(Forma Joven, ANFMA)
- Detección de factores de riesgo (Anexo 5).
- Contactar con Unidad de Trabajo Social para trabajar con las familias: minimizar factores de riesgo y facilitar factores de protección.
- Detectar precozmente el consumo de drogas:
 - a. Preguntar por el consumo de drogas y registrarlo en la historia clínica.
 - b. Valorar el consumo: tipo de droga, cantidad, frecuencia, entorno en que consume.
 - c. En el caso de consumir alguna sustancia, valorar el estadio en el que se encuentra, para diferenciar el consumo ocasional y experimental del problemático (anexo 6)
- Valorar la preocupación del adolescente por las consecuencias del consumo (es el primer paso para el cambio) .Valorar la percepción del riesgo
- Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para disminuir el consumo, para mantener la abstinencia y reforzar su nueva conducta, apoyo y felicitación por lo que consigue.
- Utilizar el DSM-IV para el diagnóstico de abuso y dependencia.
- Derivar si precisa, previa valoración médica y psicosocial.

- Conocer los recursos de la zona donde trabaja.
- Coordinación con los equipos de drogodependencias y otros recursos especializados (por Ej. Técnicos de promoción de la Salud de las Unidades de Apoyo para la Atención al Tabaquismo) para campañas de prevención específicas.

○ **Herramientas:**

- Consejos a adolescentes y familias:
 - a. Informar de los perjuicios a corto, medio y largo plazo del consumo de drogas y de los beneficios del abandono.
 - b. Aconsejar: que no se inicien en el consumo o el abandono del consumo, según el caso. (Anexo 7 y 18)
- Educación para la salud en la consulta y en la escuela (Forma Joven, ANFMA)
- Recursos especializados de la zona.

● **PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA**

○ **Actividades de promoción:**

- Información riesgos de consumo de alcohol y sus consecuencias en consulta a partir de los 11 años.
- Actividades de promoción y prevención en escuela: Forma Joven.
- Fomentar la autoestima y la competencias para elegir y decir “no” (Anexo 4)
- Coordinación con instituciones, asociaciones y áreas de ayuntamiento específicas que tienen competencias en promoción de salud.

○ **Actividades de prevención y detección precoz:**

- Contactar con Unidad de Trabajo Social para trabajo con las familias: minimizar factores de riesgo y facilitar factores de protección.
- Detectar precozmente el consumo de drogas
 - a. Preguntar por el consumo de alcohol y registrarlo en la historia clínica. .
 - b. Valorar la percepción de riesgo
 - c. Valorar el grado de consumo. En los adolescentes la forma de consumo excesivo más frecuente es el consumo durante los fines de semana (Anexo 8 y 9)
 - d. Detectar trastornos por el uso del alcohol (Anexo 10 y 11)

- Establecer visitas de seguimiento y valorar derivación ante consumo de riesgo.
- Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para disminuir el consumo, reforzar su nueva conducta y felicitar por los logros conseguidos.
- Reconocer las recaídas como parte del proceso de abandono, prevenirlas y en caso de que acontezca, ofrecer nuestro apoyo para nuevo intento.
- Coordinación con equipos específicos especializados para campañas de prevención específicas.

○ **Herramientas:**

- Intervención grupal Programa Forma Joven
- Intervención individual: Entrevista clínica e historia clínica
- Valorar el consumo de alcohol: gramos/día, semana (anexos 8 y 9).
- En adolescentes mayores se pueden utilizar cuestionarios específicos CAGE y AUDIT (anexos 10 y 11) que se utilizan para detectar trastornos por uso de alcohol.
- Guías y consejos para adolescentes (Anexo 18)

● **PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO TABACO EN ADOLESCENTES:**

○ **Actividades de promoción:**

- Actividades de promoción: educación para la salud
- Identificar el consumo del tabaco en la familia:
 - Si no existen convivientes fumadores, felicitar y comentar las ventajas de los espacios libres de humo.
 - Si existen convivientes fumadores, realizar intervención básica en tabaquismo activo y promover hogares libres de humo. En caso necesario derivar a los padres, madres o tutores a los recursos existentes para dejar de fumar (centro de salud, Unidades de apoyo para la atención al tabaquismo, Quit –Line 900850300)
- Fomentar la **resiliencia**: capacidad de los individuos para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y de adaptación (Anexo 4)
- Información sobre los efectos del tabaco y de la exposición al humo de tabaco ambiental a partir de los 11 años.
- Promoción a través de programas en escuelas, ANFMA “equipo interdisciplinar”. Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para evitar el consumo.

- Coordinación con instituciones, asociaciones y áreas de ayuntamiento específicas que tienen competencias en promoción de salud.
- o **Actividades de prevención y detección precoz:**
 - Prevención a través de programas y actividades comunitarias y escolares de prevención del tabaquismo. en escuelas “equipo interdisciplinares”. Por Ej. Forma Joven, ANFMA.
 - Detección de factores de riesgo (Anexo 12)
 - Detección precoz de consumo de tabaco en adolescentes:
 - Realizar anamnesis en adolescentes, bien de forma programada en las revisiones sistemáticas, bien de forma oportunista en las consultas por patología relacionada (enfermedades respiratorias)
 - a. Realizar intervención básica en tabaquismo (aconsejar de forma firme ,y personalizada el abandono del consumo , informar de los riesgos a corto plazo para su salud y de los beneficios del abandono , entrega de material de apoyo y oferta de ayuda)
 - b. Clasificar a los fumadores según su nivel de consumo y actitudes de cambio.(Anexo 13 y 14)
 - Valorar la dependencia (Anexo 15)
 - Derivar a los recursos de deshabituación tabáquica existentes: referente forma joven, grupos de deshabituación programa ANFMA en el centro educativo, centro de salud, unidad de apoyo para la atención al tabaquismo, Quit –line 900850300.
 - Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para conseguir y mantener la abstinencia, reforzar su nueva conducta y felicitar por lo que consigue.
 - Coordinación con los recursos especializados y con las campañas de prevención específicas relacionadas.
- o **Herramientas:**
 - Test de Fagerström (valora la dependencia del tabaco) y de medición de la dependencia a la nicotina para adolescentes (Anexo 15)
 - Test de Richmond (valora la motivación para dejar de fumar) (Anexo 16)
 - Material de autoayuda (www.juntadeandalucia.es/salud/tabaquismo de la Consejería de Salud) y Servicio telefónico Gratuito de deshabituación tabáquica (Quit-Line Andaluza 900 350 800)
 - Programas y actividades comunitarias y escolares de prevención del tabaquismo: Forma Joven, “A no fumar me apunto“.

- Guías y consejos para madres y padres para evitar la exposición al humo de tabaco ambiental (Anexo 17)
- Guías y consejos para adolescentes (Anexo 18): consejos orientados en los aspectos estéticos (oscurecimiento de los dientes, mal aliento, bajo rendimiento deportivo y posibilidad de adicción al tabaco), consejos para evitar la exposición al humo de tabaco ambiental.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 1

PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS DEL
NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, NIDA

LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DEBERIAN:

Realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo

Incluir todas las formas de consumo de drogas, incluyendo le tabaco, el alcohol, la marihuana y los inhalantes

Incluir estrategias para el desarrollo de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas e incrementar la competencia social

Incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de sólo técnicas didácticas

Incluir a los padres o tutores para que refuercen el aprendizaje de los chicos, en cuanto a la realidad acerca de las drogas y de sus efectos nocivos, y que ello genere la posibilidad de discutir en la familia sobre el consumo de drogas legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre el consumo.

Iniciarse a lo largo de los años escolares con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales.

Centrarse en la familia ya que tiene mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o en los hijos.

Adaptarse a cada comunidad concreta para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en la misma

Ser específicos para la edad de los chicos, apropiados a su período de desarrollo y sensibles a las diferencias culturales.

LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS DEBERIAN

Fortalecer las normas contra el consumo de drogas en todos los ámbitos de prevención del consumo, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad

Contemplar que cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deberían ser los esfuerzos preventivos y más tempranamente se deberían comenzar.

Conocer que los programas preventivos eficaces han mostrado ser coste-efectivos

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 2

Magnitud y características del consumo de sustancias en adolescentes.
(estudio “Estudes” última actualización 2010 estudiantes de 14 a 18 años)

Tabla 1. Prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-16 años, según edad (porcentajes).

Edad (años)	14 años	15 años	16 años
Consumo alguna vez en la vida			
Tabaco	28,4	40,6	47,5
Alcohol	62,6	78,7	86,2
Tranquilizantes o pastillas para dormir	14,1	15,2	17,5
Tranquilizantes... sin receta médica	7,1	8,3	10,2
Cannabis	16,4	29,2	37,8
Éxtasis	1,3	2,1	2,6
Alucinógenos	2	2,9	3,9
Anfetaminas	1,1	2	3,9
Cocaína	2	3,8	4,9
Heroína	1	0,9	1
Inhalantes volátiles	1,8	2,2,	2,4
GHB	0,9	0,9	1,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 2. Evolución de la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas en España, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. 2004-2010.

	2004	2006	2008	2010
Edad de inicio del consumo				
Tabaco	13,1	13	13,2	13,5
Alcohol	13,6	13,7	13,6	13,7
Tranquilizantes o pastillas para dormir	14,8	14,2	14,3	14,4
Cannabis	14,7	14,6	14,6	14,7
Éxtasis	15,6	15,5	15,2	15,3
Alucinógenos	15,8	15,5	15,3	15,4
Anfetaminas	15,8	15,6	15,4	15,5
Cocaína	15,8	15,4	15,3	14,9
Heroína	14,3	14,5	14,2	14,4
Inhalantes volátiles	13,9	13,8	13,6	13,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 3 FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Desarrollo adecuado del apego. ◦ Creencias saludables y claros estándares de conducta. ◦ Altas expectativas parentales ◦ Un sentido de confianza básico. ◦ Dinámica familiar positiva.
FACTORES INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Oportunidades para la implicación prosocial. ◦ Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial. ◦ Creencias saludables y claros estándares de conducta. ◦ Sentido positivo de uno mismo. ◦ Actitudes negativas hacia las drogas. ◦ Relaciones positivas con los adultos.
GRUPO DE IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda u otras. ◦ Resistencia a la presión de grupo.
FACTORES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mensaje de los medios de resistencia al uso de drogas. ◦ Descenso de la accesibilidad ◦ Incremento del precio a través de los impuestos. ◦ Aumentar la edad de compra y acceso. ◦ Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas.
ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Implicación prosocial. ◦ Refuerzos/reconocimiento para la implicación social. ◦ Creencias saludables y claros estándares de conducta. ◦ Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro. ◦ Clima educativo positivo
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Oportunidades para participar de forma activa en la comunidad. ◦ Descenso de la accesibilidad a la sustancia. ◦ Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. ◦ Redes sociales de apoyo.

Fuente: Gardner SE, Brounstein PJ, Stone DB, Winner C. Guide to science-based practices 1. Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville, MD. Substance abuse and mental health services administration. Center for Substance Abuse Prevention. 2001.

Disponible traducido en: Begoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 4

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

- La información acerca de las consecuencias es importante aunque no debe ser el único elemento de la prevención.
- Fomentar la autoestima: cómo se valora, se respeta y se acepta una persona como tal.
- Construir la resiliencia (capacidad de funcionar de forma apropiada a pesar de las dificultades del entorno).
- Fomentar la participación en actividades extraescolares y la utilización creativa del ocio y del tiempo libre.
- La escuela como una comunidad de apoyo para los alumnos, donde se sientan integrados y participen.
- Participación en el cuidado de otros a través de la comunidad

Hopkins GL, McBride D, Marshak H, Freier K, Stevens JV, Kannenber W, et al. Developing healthy kids in healthy communities: eight evidence-based strategies for preventing high-risk behaviour. Med J Aust. 2007;186 Suppl 10: S70-3.

Disponible en http://www.mja.com.au/public/issues/186_10_210507/hop11141_fm.html

Factores que aumentan la Resiliencia

Apego seguro en los primeros 6 meses de vida

Tener conciencia de la realidad individual, familiar y social. (Cuando se toma conciencia de la realidad se desarrollan estrategias alternativas)

Apoyo social: relaciones informales

Escuela

Compromiso social, religioso o político

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy. 2005

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 5

FACTORES DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

<p>LA FAMILIA</p>	<ul style="list-style-type: none">◦ Problemas en el manejo de la familia.◦ Expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas.◦ Falta de control parental.◦ Disciplina inconsistente o dura.◦ Falta de relaciones afectivas.◦ Conflictos entre los padres.◦ Aprobación del uso de sustancias.◦ Abuso del tabaco, alcohol u otras drogas por parte de los padres.◦ Baja cohesión familiar.◦ Dificultades para tomar decisiones y solucionar problemas con la participación democrática de todos sus miembros.◦ Dificultades en la comunicación entre padres e hijos.◦ Escasas rutinas familiares que contribuyan a un buen nivel de organización familiar.◦ Mínimas fuentes de apoyo en la familia y en el entorno para el adolescente en problemas.◦ Escasa atención al rendimiento académico de los hijos.
<p>FACTORES INDIVIDUALES</p>	<ul style="list-style-type: none">◦ Búsqueda de sensaciones Creencias, actitudes y valores◦ Carencia de habilidades o recursos sociales.◦ Baja autoestima◦ Escaso autocontrol◦ Propensión a buscar riesgos .Impulsividad◦ Actitudes favorables hacia la conducta-problema.◦ Iniciación temprana de la conducta-problema.◦ Relaciones negativas con los adultos.

<p>GRUPO DE IGUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Asociación con iguales, delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas. ◦ Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad. ◦ Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales
<p>FACTORES SOCIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Empobrecimiento. ◦ Desempleo y empleo precario. ◦ Discriminación. ◦ Mensajes pro uso de drogas en los medios de comunicación
<p>ESCUELA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Conducta antisocial temprana y persistente. ◦ Bajo apego a la escuela.
<p>COMUNIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disponibilidad de drogas. ◦ Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas. ◦ Deprivación económica y social extrema. ◦ Transición y morbilidad. ◦ Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria

Fuente: Gardner SE, Brounstein PJ, Stone DB, Winner C. Guide to science-based practices 1. Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville,

MD. Substance abuse and mental health services administration. Center for Substance Abuse Prevention. 2001.

Disponible traducido en: Begoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 6 ESTADIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

<p>Abstinencia</p> <p>No utiliza drogas o alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Valorar los factores de riesgo para el consumo de drogas ○ Animarle a continuar la abstinencia. ○ Animarle con actividades que contribuyan a mejorar su autoestima: deportes, actividades, participación en la comunidad
<p>Consumo experimental</p> <p>Utilización infrecuente de tabaco, alcohol o drogas.</p> <p>Las consigue de los amigos y las utiliza con ellos.</p> <p>No es frecuente la asociación con problemas</p> <p>de drogas pero los riesgos pueden ser graves</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Educar acerca de las consecuencias a corto plazo para la salud y de los beneficios del no consumo. ○ Facilitar otras alternativas saludables. ○ Recaltar la importancia de no conducir bajo los efectos de drogas o de no ir con nadie que las haya consumido. ○ Establecer con la familia las pautas para volver a casa si el adolescente se encuentra en una situación insegura (él o alguien no está en condiciones de conducir).
<p>Uso habitual</p> <p>Consumo ocasional pero frecuente.</p>	
<p>Uso problemático</p> <p>Ha tenido consecuencias negativas asociadas con consumo.</p> <p>Puede haber tenido problemas con las notas, detenciones, expulsiones; con los padres o amigos; accidentes de moto o coche; lesiones; peleas o abusos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Preguntar al adolescente si hay relación entre sus problemas y el consumo de alcohol o drogas. ○ Comentar preocupaciones y opciones de cambio. ○ Considerar la abstinencia como una alternativa <ul style="list-style-type: none"> - Si no es capaz, puede que necesite ayuda programas específicos - Si rechaza la abstinencia , no generar resistencia, disposición para ayudarle cuando quiera, continuar el seguimiento,

<p>Abuso de sustancias</p> <p>El adolescente consumo continuado de drogas/alcohol a pesar de los efectos.</p> <p>Pérdida de control del consumo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborar un plan de rescate ○ Continuar trabajando con el adolescente y la familia ○ hasta que comience un plan de tratamiento específico público o privado
<p>Dependencia de sustancias</p> <p>El adolescente preocupado con el consumo.</p> <p>Desarrollo de tolerancia o abstinencia.</p> <p>Aumento de las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conocer los recursos disponibles y derivación apropiada ○ Tratamiento ambulatorio o ingresado
<p>Abstinencia secundaria</p> <p>El objetivo es mantener la abstinencia,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener un seguimiento cercano del adolescente ○ La recaída es parte de la evolución del proceso de recuperación. ○ Evitar estigmatizarle o abandonarle si ocurre. ○ La recaída se puede valorar como una oportunidad de aprendizaje. ○ Revisar el tratamiento y valorar si es adecuado. ○ Apoyarle y mostrar disposición para volver a iniciar.

Fuente: Programa de salud infantil. AEPAP: 009.Primer edición Exlibris ediciones

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 7

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LA EDAD PREESCOLAR HASTA LA ADOLESCENCIA

<p>Menores de edad preescolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discuta por qué los niños necesitan alimentos sanos. - Indíquelo las sustancias tóxicas y dañinas que hay en la casa, tales como detergente de la ropa. - Dígasles que las medicinas pueden ser dañinas si no se utilizan como se deben. - Explíquelo la diferencia entre el uso controlado de golosinas y otros alimentos y el abuso que pueden producir una indigestión (consumo excesivo) - Aliente al menor a seguir instrucciones y hacer preguntas si no las comprende.
<p>Menores de 5 a 8 años.</p> <p>Es el momento de explicarle lo que son el alcohol y las drogas, que algunos las usan aún cuando sean dañinas y las consecuencias de usarlas.</p>	<p>Cuando los menores tienen estas edades deben comprender:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo difieren entre sí los alimentos, venenosos, medicinas y drogas ilegales. - Cómo las medicinas recetadas por un médico y administradas por un adulto responsable pueden ayudar durante las enfermedades, pero pueden ser dañinas si se las usa incorrectamente. - Por qué los adultos pueden beber alcohol, pero no los niños incluso en pequeñas cantidades ya que es perjudicial para su cerebro y cuerpo que se están desarrollando.
<p>Menores de 9 a 11 años</p> <p>Los padres, madres y tutores deben seguir manteniendo una actitud firme frente a las drogas, el alcohol y tabaco</p>	<p>Antes de salir de la escuela primaria los menores deben conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Alcohol, es dañino para nuestro cuerpo, es tóxico para el hígado, impide que se vean las cosas con claridad por eso si se conduce cuando se ha tomado alcohol hay mucho riesgo de accidentes. Su consumo sin control puede originar un coma - El tabaco es dañino para nuestros cuerpo origina mal aliento, tos y bronquitis y con los años limita la capacidad para hacer deporte, para oler, y muchas enfermedades graves se relacionan con su consumo.

	<ul style="list-style-type: none">- Las drogas alteran la realidad, actúan en el cuerpo como un tóxico o veneno que perjudica a muchos órganos, además se puede ingerir una sobredosis mortal- Las drogas crean adicción. Las consecuencias a largo plazo de las drogas no solo afectan al cuerpo; quitan la libertad (ya se depende de su consumo para vivir, todo se centra en ellas), limita las capacidades de las personas de estudiar, trabajar, hacer deporte, limita las amistades, dificulta todas las relaciones (familia, amigos), puede llevar a tener problemas con la justicia.- El alcohol a largo plazo también afecta a todas las funciones de nuestra vida, actúa de forma similar a las drogas- Alcohol, drogas o tabaco son especialmente peligrosas para los organismos en crecimiento- Los problemas que el alcohol y las otras drogas ilegales pueden causarle no sólo a quien las consume, sino también a su familia y al resto del mundo.
<p>Menores de 12 a 14 años</p> <p>Es importante identificar en esta edad lo que los menores consideran importante en este momento</p>	<p>Introducir el tema de los efectos a largo plazo de las drogas</p> <ul style="list-style-type: none">- Además de lo anterior, el consumo de drogas dificulta las relaciones con otras personas (iguales o con adultos), la adaptación y entrada a la sociedad,- Hay peligro de sufrir cáncer pulmonar y efisema por el hábito de fumar. Lesiones cerebrales y del hígado por el consumo de alcohol y lesiones de todo los órganos y sus funciones con el consumo de drogas- Accidentes de tráfico que acaban con la muerte o con lesiones de por vida (invalidez, parálisis...).- Adicción, coma cerebral y muerte.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 8

CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES

Tipo de bebida	Número de unidades	Volumen de bebida estándar (UBE) En España y USA 1 UBE = 10 g de alcohol puro.
Vino	1 vaso de vino (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
Copas	1 carajillo (25 cc)	1
	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40
Jerez, cava, vermut	1 copa (50 ml)	1
	1 vermut (100 ml)	1
	1 litro	20

Fuente: Programa de salud infantil. AEPAP:2009. Primera edición Exlibris ediciones

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 9

NIVELES DE RIESGO Y CRITERIOS DE INTERVENCIÓN

Nivel de riesgo	Criterio diagnóstico	Intervención
Abstemio	Sin consumo habitual	Educación y apoyo
Bebedor moderado:	Consumo semanal < 17 UBE/semana hombre < 11 UBE/semana mujer	Educación y apoyo
Bebedor de riesgo	> 28 UBE/semana hombre > 17 UBE/semana mujer Ingesta de 5 UBE en una sola ocasión en el último mes	Identificación, Asesoramiento, consejo breve y seguimiento
Bebedor de riesgo con trastornos relacionados con el alcohol (TRA)		Igual que el anterior
Riesgo alto síndrome de dependencia, alcohólica	DSM-IV CIE-10	Identificación asesoramiento derivación y seguimiento

Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1996. p. 64.

Cualquier consumo en menores se considera consumo de riesgo. (El concepto de menor es diferente dependiendo de la CC. AA: en algunas es 16 años y en otras 18 años)

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 10

TEST DE CAGE

Cuestionario autoadministrado de detección de síntomas de dependencia alcohólica

Dos o más respuestas afirmativas indican posible dependencia del alcohol.

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
2. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Versión original: Swing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA. 1984;252:1905-7.

Versión española: Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico de alcoholismos. Droga-Alcohol. 1986;11:132-9.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 11

CUESTIONARIO AUDIT. Cuestionario desarrollado por la OMS, es una escala tipo Lickert. Instrumento validado en nuestro país.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca.
- (1) Una o menos veces al mes.
- (2) 2 ó 4 veces al mes.
- (3) 2 ó 3 veces a la semana.
- (4) 4 o más veces a la semana.

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 ó 2.
- (1) 3 ó 4.
- (2) 5 ó 6.
- (3) 7 a 9.
- (4) 10 o más.

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No.

(2) Sí, pero no en el curso del último año.

(4) Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

(0) No.

(2) Sí, pero no en el curso del último año.

(4) Sí, en el último año.

Puntuación del Cuestionario AUDIT

Se suma el resultado de cada respuesta (que está entre paréntesis delante de la misma). La escala de valoración oscila entre los 0 puntos como mínimo y 40 puntos como máximo

Discrimina entre:

- consumo de riesgo (8 puntos en hombres, 6 en mujeres),
- uso perjudicial (entre 8/6 anteriores y 20 puntos),

dependencia (más de 20 puntos).consumo

Fuente: Programa de salud infantil. AEPAP:2009. Primera edición Exlibris ediciones

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 12

**FACTORES PSICO-SOCIALES DE RIESGO
PARA EL CONSUMO DE TABACO**

Factores sociodemográficos:

- Familia con status social y económico bajo.

Factores medioambientales:

- Accesibilidad y disponibilidad de tabaco.
- Percepción distorsionada de uso generalizado del tabaco.
- Consumo por padres y hermanos y permisividad familiar con el tabaco.
- Falta de apoyo paterno y materno.
- Problemática de la adolescencia.

Factores conductuales:

- Bajo rendimiento escolar.
- Falta de habilidades para resistir presiones.
- Experimentación con tabaco.

Factores personales:

- Baja autoestima.
- Disconformidad con la propia imagen.
- Baja autoeficacia para rechazar el consumo.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 13

TOMA DE DECISIONES FRENTE AL FUMADOR

Según la etapa del fumador:

¿Se plantearía dejar de fumar los próximos 6 meses?

- No: hablar de perjuicios del tabaco a corto plazo y beneficios del abandono
- Sí: preguntar...: ¿Quiere hacer un intento serio antes de un mes?
- No: informar perjuicios del tabaco a corto plazo y beneficios del abandono + material de autoayuda y seguimiento (renovar la oferta de intentar dejar de fumar en siguientes consultas)
- Sí: felicitarle y animarle. Hacer diagnóstico (Cuestionario del fumador de la Guía para ayudar a chicos y chicas adolescentes a dejar de fumar para los profesionales del ámbito de la salud.” A no Fumar me Apunto “ ver anexo 3 de la Guía) y tratamiento (Guía para ayudar a chicos y chicas adolescentes a dejar de fumar para los profesionales del ámbito de la salud.” A no Fumar me Apunto”
<http://www.anofumarmeapunto.es/mod/resource/view.php?id=35>

Consejo motivacional

CLARO: “sería aconsejable por.... Ej. tu asma , que dejes de fumar, si quieres yo puedo ayudarte”

FIRME: “dejar de fumar es la mejor decisión que puedes tomar por tu salud y por la de las personas que te rodean”

PERSONALIZADO: según los conocimientos que se tenga del paciente, historial clínico, familiar, social, económico, preferencias y motivaciones

Ver video 1 de redformadorespita.org

Tratamiento simplificado: Guía para ayudar a chicos y chicas adolescentes a dejar de fumar para los profesionales del ámbito de la salud. ”A no Fumar me Apunto”
<http://www.anofumarmeapunto.es/mod/resource/view.php?id=35>

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 14

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE ASPECTOS DE LA PERSONA FUMADORA

Estadios de Cambio

Diagnóstico de etapa en la que se encuentra el fumador:

Precontemplación

- No se plantean dejar de fumar.
- Su conducta no supone un problema para el adolescente.

Contemplación

- Se plantea dejar de fumar, pero no ahora.
- Intentaría dejarlo a medio largo plazo.
- Periodo caracterizado por la ambivalencia, oscilación entre razones para abandonar o continuar igual.
- Intentos previos fallidos.
- Frustración ante un nuevo fracaso.

Preparación

- La persona fumadora se plantea el abandono.
- Desea hacer un intento serio antes del mes.

Acción y Mantenimiento

- Ha dejado de fumar, más o menos tiempo.

Recaída

- Vuelve a consumir tabaco de forma habitual.
- Forma parte habitual del proceso de abandono.
- Vuelve a cualquier etapa anterior, iniciando de nuevo el proceso.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 15

TEST DE FAGERSTRÖM (REDUCIDO)

¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?

- < 5 minutos: 3
- 6-30 minutos: 2
- 31-60 minutos: 1
- > 60 minutos: 0

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

- 30: 3
- 21-30: 2
- 11-20: 1
- < 11: 0
- Dependencia nicotínica leve: 0-2 puntos
- Dependencia nicotínica moderada: 3-4 puntos
- Dependencia nicotínica severa: 5-6 puntos

Número de cigarrillos/día

- Alta: > 30 cig/día
- Moderada: 30- 21 cig/día
- Leve-Moderada: 11-20 cig/día
- Leve: < 11 cig día.

Cooximetría

- Leve: < 15 ppm CO
- Moderada: 15-30 ppm CO
- Alta: > 30 ppm CO

En la población adolescente la cooximetría como herramienta para valorar el consumo, o como feedback, no tiene la misma validez que en la población adulta ya que: la forma de fumar en los adolescentes difiere de los adultos y en muchas ocasiones inhalan con menor intensidad, además si se realiza ejercicio físico (algo frecuente en la adolescencia) se elimina más fácilmente el CO y los valores de la cooximetría pueden ser engañosos. Por lo tanto, en estas edades hay que interpretar los datos con cautela ya que pueden darse cifras bajas de CO aunque se esté consumiendo tabaco, y se corre el riesgo de que el alumno adquiera una falsa seguridad en sí mismo y pierda la confianza en la prueba.

TEST DE FAGERSTRÖM FTU-A PARA ADOLESCENTES,
validado por Prokhorov et al, 1996

¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

Suma 2 puntos si contesta “más de 25” y 1 punto si contesta “de 16 a 25 cigarrillos /día”

¿Te tragas el humo?

Suma 1 punto si contesta “siempre” o “a menudo”

¿Cuánto tiempo tardas en fumarte el primer cigarrillo del día?

Suma 1 punto si contesta “dentro de la primera media hora después de levantarme”

¿Qué cigarrillo te costaría más dejar?

Suma 1 punto si contesta “el primero de la mañana”

¿Encuentras difícil abstenerte de fumar en lugares donde esta prohibido? (escuela, biblioteca, cine...)

Suma 1 punto si contesta “el primero de la mañana”

¿Fumas si estás enfermo y tienes que estar en la cama?

Suma 1 punto si contesta “ si , siempre o si, a menudo”

¿Fumas más durante las 2 primeras horas del día que durante el resto del día?

Suma 1 punto si contesta “ si

Interpretación :

- Puntuación máxima 8
- 6 o más de 6 : Dependencia Intensa
- 4 o 5 : Dependencia Mediana
- 3 o menos : Dependencia Baja

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 16

TEST DE RICHMOND

¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?

Sí: 1

No: 0

¿Cuánto interés tienes en dejarlo?

Mucho: 3

Nada: 0

¿Intentarás dejarlo en las próximas 2 semanas?

Definitivamente sí: 1

Definitivamente no: 0

¿Cuál es la probabilidad de que en los próximos 6 meses seas un No fumador?

Definitivamente sí: 1

Definitivamente no: 0

Puntuación:

0-6: Baja

7-9: Moderada

10: Alta

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 17

CONSEJOS PARA PADRES

CONSEJOS PARA PREVENIR EL TABAQUISMO PASIVO Y EL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO EN SU HIJO/HIJA

- No fumes dentro de casa, ni permitas que otros lo hagan
- Si fumas, intenta abandonar el hábito o, al menos no lo hagas en presencia o cerca de los niños.
- Si no fumas pero convives con personas fumadoras, ánimoales a que dejen de hacerlo, o invítales a fumar fuera de la casa
- No permitas que las personas que trabajan en el hogar fumen dentro de la casa o cerca de los niños
- No permitas fumar en el automóvil
- Asegúrate de que no se fume en ningún lugar que atienda a menores
- Indaga acerca del uso del tabaco por los amigos (12-13 años)
- Comenta con tu hijo o hija las imágenes falsas y engañosas que aparecen se usan en películas donde presentan el acto de fumar como glamuroso, saludable, sensual y maduro.
- ¡Ojo! Evita regalarles o que reciban cigarrillos de chocolate- **POR LEY ESTA PROHIBIDO**
- Destaca los efectos negativos del tabaco a corto plazo tales como el mal olor en la boca, los dedos amarillos, la respiración corta y la disminución del rendimiento en los deportes.

VIVIR EN UN HOGAR SIN HUMO TIENE VENTAJAS PARA LA SALUD DE TU HIJO/HIJA

- Durante los primeros meses de vida, será un bebé más sano, con menos infecciones, además hay menos incidencia de muerte súbita del lactante.
- Su hijo e hija tendrán una vida más saludable con menos enfermedades respiratorias

- Si su hijo o hija padece asma bronquial, es muy probable que esta mejore ya que se evita un importante factor desencadenante de esta enfermedad
- La nutrición de su hijo e hija mejora
- Su hijo o hija aprende hábitos saludables y hay menos riesgo de que cuando crezca, comience a fumar
- Si estás lactando tú leche será de mejor calidad y más duradera

Si quiere más información puede consultar el artículo de la revista Famiped ¿Es posible prevenir que nuestros hijos e hijas empiecen a fumar? de Begoña Gil Barcenilla. Pediatra. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.

Disponible en: <http://www.famiped.es/extra-verano-2011/temas-educativos/es-posible-prevenir-que-nuestros-hijos-e-hijas-empiecen-fumar>

Materiales sobre tabaquismo de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/materiales?perfil=org

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 18 CONSEJOS PARA ADOLESCENTES

CONSEJOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN LA ADOLESCENCIA

Vivir sin tabaco tiene ventajas:

- Los dientes no se tiñen, amarillean ni se manchan.
- Evitas el mal aliento.
- Mantienes el olor agradable de tu piel y ropas.
- Tienes más rendimiento en los deportes y actividades que realizas.
- Cuidas la salud de tu cuerpo y de tu piel (evitas el acné y el aumento de grasa en el cabello y la piel).
- Evitas síntomas desagradables: como tos con mocos, taponamiento de nariz, pérdida de olfato.
- Evitas la aparición de enfermedades muy relacionadas con el tabaco como bronquitis, enfermedades cardíacas y vasculares y cáncer en distintos órganos.

El tabaco crea adicción, esto es que creas una dependencia, pierdes la libertad de elegir, esto lo puedes sentir en tu cuerpo: dificultad de dormir, mal humor, ansiedad, nerviosismo etc.

Ánimate o anima a tus compañeros/as por los esfuerzos que realizan al intentar dejar el tabaco. El hecho de querer dejar de fumar es ya UNA VICTORIA.

No te sientas presionado por los compañeros que fuman. Debes exigirles respeto por tu decisión y mantenerte firme en tus decisiones. Aunque no lo digan en voz alta, muchos te tendrán más respeto por tu decisión.

No dudes en pedir ayuda: a tu familia, amigos/as, profesionales.

Infórmate de los recursos de la zona: hay programas y personas especializadas para ello.



"Guía Joven para dejar de fumar" (para profesionales del ámbito de salud)

http://www.anofumarmeapunto.es/file.php/1/ArchivosWEB/materiales/otros/Guia_Joven_definitiva_12062008.pdf

<http://www.anofumarmeapunto.es>

CONSEJOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

- Infórmate sobre los efectos del alcohol en tu cuerpo y en tu cerebro. Busca información válida: no todo lo que pone en Internet es fiable)
- Compara la información que tienes con lo que otros te comentan. Defiende tu opinión y mantente firme en tu postura aunque sea diferente de la de tus compañeros.
- Conoce 10 de las principales consecuencias en el consumo de alcohol:
 - **Dificultades sexuales:** tanto para los chicos como para las chicas. En los chicos, problemas de erección, y en las chicas en la menstruación.
 - **Ganar peso:** el alcohol engorda, y mucho más de lo que pensamos, además estropea la piel.
 - **Enfermedades:** del hígado como la cirrosis o también en del riñón; hipertensión y un largo etc. No quiere decir que pueda ocurrir con un par copas a la semana, ya que son problemas que ocurren a largo plazo, pero quienes comienzan pronto a beber tiene más probabilidades.
 - **Cáncer:** de la boca, del esófago, del pulmón, de colon...
 - **Problemas de personalidad:** se pasa de un estado de ánimo a otro bruscamente, podemos volvernos violentos, no controlar nuestros impulsos y decir o hacer cosas de las que después nos podemos arrepentir, meternos en problemas y hacer daño a personas que queremos.
 - **Altera la percepción que tenemos de las cosas:** no mantenemos la atención, por eso cosas que en condiciones normales se hacen fácilmente pueden volverse imposibles (meter la llave en una cerradura, conducir, etc)
 - **Pérdida de memoria:** bajo los efectos del alcohol eres incapaz de recordar lo que hiciste, a veces tus amigos te recuerdan cosas de las que te avergüenzas.
 - **Dependencia:** como todo lo adictivo, el alcohol crea dependencia y además de todos estos problemas, súmalo el dinero que se te va.
 - **Riesgos de accidentes de tráfico:** muchos accidentes son provocados por personas que conducen bajo los efectos del alcohol,
 - **Coma etílico:** no tener límite en el consumo puede llevarte al coma.
 - **Resaca:** son los síntomas que aparecen después de que te has pasado bebiendo. Dolor de cabeza, sed, malestar, acidez....
- Si sientes que estas pasándote con el alcohol busca ayuda en tu familia o amistades y ponte en manos de profesionales.
- Infórmate de los recursos de la zona : hay programas y personas especializadas para aconsejar y apoyar.

¿QUÉ DEBES SABER ACERCA DE LAS DROGAS?

Queremos ofrecerte información acerca de las drogas, sus efectos y las consecuencias de su consumo.

Droga es toda sustancia que dentro del organismo produce un efecto. Hay drogas legales e ilegales:

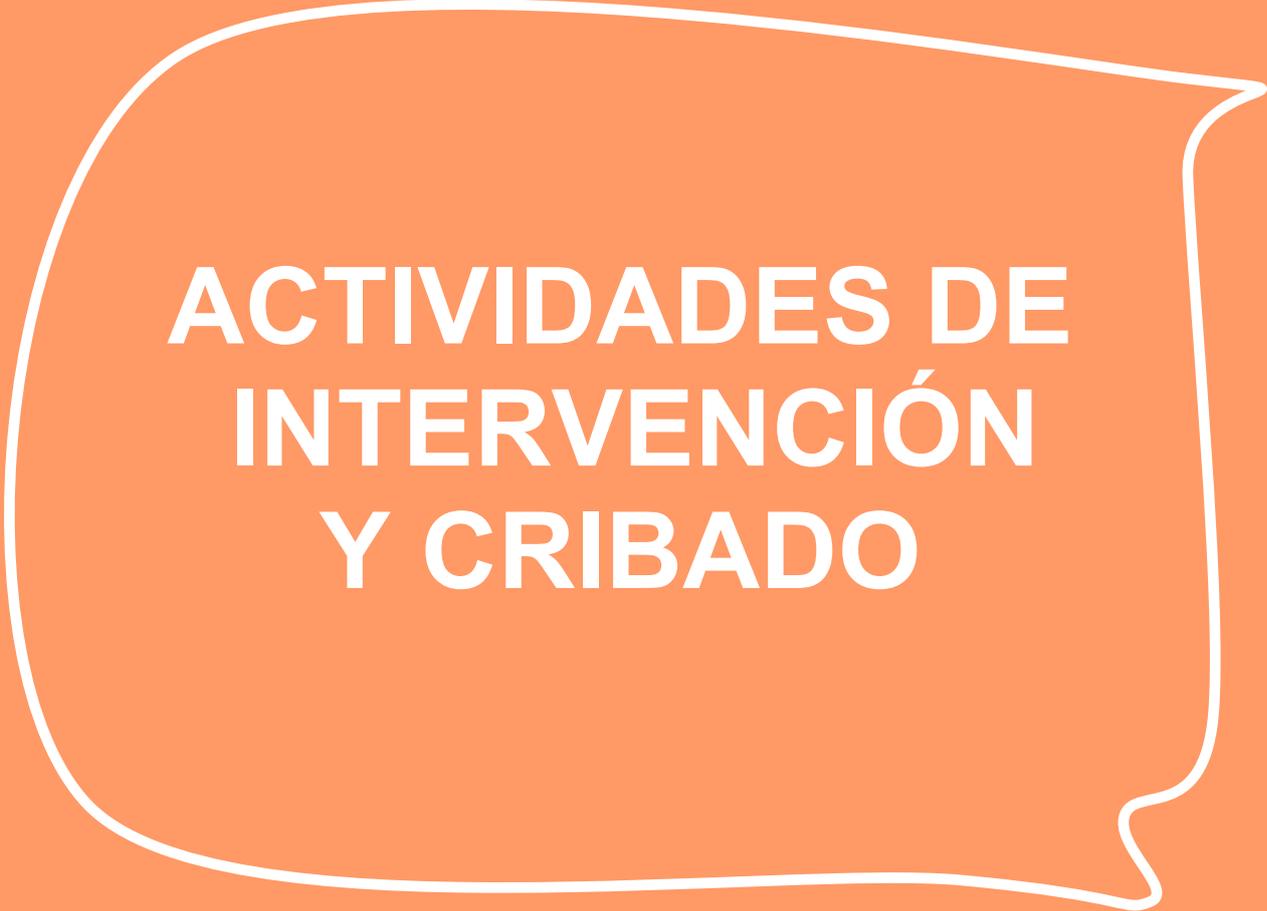
- Drogas legales, que están permitidas y se emplean para el tratamiento de determinadas enfermedades, tienen un efecto terapéutico (de tratamiento) y es frecuente que haya efectos secundarios, algunos desagradables (nauseas, vómitos, sequedad de boca...).
- Drogas ilegales, es decir que no están permitidas, su consumo es ilegal y no son empleadas para el tratamiento de ninguna enfermedad. Tienen efectos en el organismo que no se consideran beneficiosos y producen adicción (es decir la necesidad de un consumo cada vez mayor).

Si deseas información más concreta no dudes en consultar en tu centro de salud o dirigirte a espacios destinados para ello (Programa “Forma Joven” o similares)

ALGUNAS RAZONES PARA DECIR NO A LAS DROGAS

- Puedes vivir a tope la vida y divertirte sin necesidad de recurrir a las drogas. Ninguna droga te hace divertirte o disfrutar más, esa capacidad está dentro de ti, no tienes que buscarla fuera.
- La salud es lo que nos ayuda a estar bien y disfrutar, las drogas afectan a nuestra salud, el consumo de drogas nos exponen a enfermedades que pueden ser mortales.
- Buscar tu camino, tener libertad para hacer y decidir es fundamental. Por eso debes saber que el consumo de drogas te puede llevar a una adicción que te obligará aunque no quieras a seguir consumiendo .
- Sin drogas se disfruta más, el descubrimiento de cosas nuevas y de todas tus capacidades se hace mejor sin drogas.
- Las drogas cambian a personas hasta tal punto que los convierten en “tirados”. Es importante que sepas que estas personas creían tener dominada su dependencia, sólo han sido conscientes de lo mal que estaban cuando han tocado fondo.
- La dependencia o adicción te cambia, sólo hay una prioridad y es el consumo, los amigos, el grupo, la familia, las aficiones, etc. pasan a un segundo plano ise puede pasar de todo eso!
- Detrás de las drogas hay un gran negocio, dónde personas sin escrúpulos usan la dependencia de otras para ganar dinero. Es frecuente que se vendan drogas contaminadas que pueden originar la muerte de forma inmediata.
- Hay nuevas drogas de diseño (las inventan en laboratorios ilegales) con mezclas de muchas sustancias, es casi imposible saber su composición, por tanto no se pueden obtener antídotos que salven la vida en caso de sobredosis o coma.

- Las drogas afectan no sólo a quien las consume sino a la familia, amigos y al resto de la sociedad.
- Sin drogas emplearás mejor tu dinero, ya que el consumo sale muy caro y no sólo para el bolsillo, sino también para la salud, las relaciones sociales, la familia y puede llevar a tener problemas con la justicia.



**ACTIVIDADES DE
INTERVENCIÓN
Y CRIBADO**



**ACTIVIDADES DE
INTERVENCIÓN
Y CRIBADO
(universales)**

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

Población diana:

- Todos los recién nacidos.
- Todos los menores a los que no se les ha realizado el cribado neonatal en su momento, independientemente de su edad.

Periodicidad:

Cribado neonatal: Todos los recién nacidos, entre el tercer y quinto día de vida, preferentemente el tercer día. Muestra única.

Se recomienda segunda determinación de sangre en papel para detección de hipotiroidismo congénito a los 14 días de vida en los menores en situación específica de riesgo (anexo 3).

Se recomienda una segunda determinación de sangre en papel para detección de errores innatos del metabolismo en los menores en situación específica de riesgo (anexo 4).

ACTIVIDADES:

- **Informar en la visita prenatal de la prueba de cribado neonatal.**
- **Realizar la prueba de cribado** de enfermedades metabólicas congénitas, extracción de una muestra única para cada recién nacido entre el tercer y quinto día de vida, preferentemente el tercero. Muestra de sangre en papel siguiendo las normas para la correcta extracción de la prueba de cribado (anexo 1).
- **Determinación a todos los recién nacidos de TSH (hipotiroidismo), tripsinógeno inmunorreactivo (Fibrosis Quística) y aminoácidos-acilcarnitinas (errores innatos del metabolismo).** En el anexo 2 se recogen las enfermedades incluidas en el cribado neonatal.
- **Registrar en la historia clínica si se realizó o no la prueba** y los motivos de no haberla realizado.
- **Registrar el resultado de la prueba de cribado.**
- **Identificar los recién nacidos en situación de riesgo de no finalizar el cribado.**
- **Realizar la prueba de cribado en el caso de que no se hubiera realizado en su momento,** independientemente de su edad.
- **Repetir el cribado de hipotiroidismo congénito por cumplir criterios (anexo 3).**
- **Repetir el cribado de errores innatos del metabolismo por cumplir criterios (anexo 4).**

- Seguimiento de la función tiroidea por los Servicios de Pediatría y Neonatología:
- Bebés nacidos de madres con hipertiroidismo autoinmune y/o en tratamiento con antitiroideo durante el embarazo.
- Bebés con patología grave (médica o quirúrgica) o tratamiento médico que pueda alterar los resultados bioquímicos de la función tiroidea.
- Bebés en quienes se haya utilizado desinfectantes yodados por cirugía mayor ó contrastes yodados por pruebas diagnósticas (radiología, inserción de catéter de silástico o cateterismo cardíaco).
- Bebés con síndrome de Down (ver actividades preventivas en pacientes con síndrome de Down).

Observaciones

Aunque poco frecuentes, existen casos de hipotiroidismo de causa hipofisaria, que cursan con niveles normales de TSH, y que por tanto pueden no ser detectados por los programas de cribado neonatal. Por ello, es preciso mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de signos clínicos sugestivos de hipotiroidismo con normalidad de los valores hormonales. En estos casos se aconseja aplicar el índice de Letarte (positivo cuando la suma de todas las puntuaciones de cada signo es superior a 4) (anexo 5).

En el caso de la fibrosis quística, el íleo meconial puede dar resultados falsos negativos en el cribado neonatal. En este caso sería recomendable realizar pruebas complementarias para descartarla.

En el caso de los errores innatos del metabolismo es importante asegurarse de que el bebé esté alimentándose correctamente antes de realizar la prueba.

Aunque es poco probable, cualquiera de las enfermedades cribadas puede presentar un resultado falsamente negativo, por lo que ante la manifestación de síntomas compatibles con alguna de dichas enfermedades, ésta debería descartarse con pruebas diagnósticas específicas, independientemente de que la prueba de cribado haya resultado normal.

Recursos:

Centros de cribado neonatal de Andalucía:

- Laboratorio de metabolopatías del Hospital Materno Infantil de Málaga. Centro de referencia de Andalucía Oriental (Almería, Granada, Jaén y Málaga). Teléfono: 951292284.
- Laboratorio de metabolopatías del Hospital Universitario Virgen de Rocío de Sevilla. Centro de referencia de Andalucía Occidental (Cádiz, Córdoba, Huelva, Sevilla y Ceuta). Teléfono: 955013216.
- En estos mismos hospitales, también se encuentran las Unidades Clínicas de Referencia de Enfermedades Metabólicas y de Fibrosis Quística.

Programa de detección precoz de errores congénitos del metabolismo: Evaluación e instrucciones para profesionales. 1ª revisión. Servicio Andaluz de Salud.

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/500/pdf/Instrucciones_cribatabolevisin.pdf

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 1

NORMAS PARA LA CORRECTA EXTRACCIÓN DE LA PRUEBA DE CRIBADO

La recogida de la muestra se realiza en una tarjeta especial (ver figura 1) que se entregará a los progenitores al alta hospitalaria. La tarjeta debe cumplimentarse correctamente con todos los datos. El lugar de la extracción se realizará en el centro de salud o en el hospital si el paciente está ingresado. **Importante: la extracción se realizará entre el 3º y 5º día de vida**, con preferencia el tercer día (48-72 horas).

El tipo de muestra a analizar es **sangre capilar** obtenida del talón. A continuación se numeran los pasos a seguir para realizar una correcta extracción de la muestra (ver fig. 2):

- 1) Calentar el talón frotándolo suavemente para aumentar la vascularización (paso 1).
- 2) Puede limpiarse el talón con una torunda de alcohol estéril, en este caso es muy importante dejar secar completamente al aire (paso 2).
- 3) Realizar una incisión en la zona lateral del mismo con una lanceta o un dispositivo automático para dicho fin (pasos 3 y 4). **Nunca deben emplearse capilares o agujas para la recogida de sangre.**
- 4) Desechar la primera gota de sangre y aplicar la segunda gota directamente sobre el primer disco del papel de filtro asegurando una buena impregnación, comprobando que quede bien empapado el papel por ambas caras (paso 5). Rellenar los 4 discos restantes con sucesivas gotas de sangre (una gota para cada disco).

Nota: Toque ligeramente el papel de filtro con una gota GRANDE de sangre. Espere a que la sangre empape bien y llene completamente el círculo con una sola aplicación de una gota GRANDE de sangre. Para incrementar el flujo sanguíneo, puede aplicarse una presión intermitente, MUY SUAVE, en la zona que rodea el lugar de la punción. Aplique sangre sólo en un lado del papel de filtro, pero asegurándose de que la gota empapa adecuadamente todo el grueso del papel. No deje que el papel entre en contacto con la piel del niño. No toque los círculos con los dedos. El sudor contiene aminoácidos que pueden contaminar la muestra.

- 5) Dejar secar al aire entre una y tres horas, en un lugar seco y protegido de la luz directa y el polvo. Finalmente introducir la tarjeta en el sobre normalizado y enviar inmediatamente por correo postal al laboratorio de referencia.

Normas para la correcta extracción del cribado neonatal de enfermedades metabólicas congénitas

Figura 1. Modelo de tarjeta para recogida de muestra única

PROGRAMA DE METABOPATÍAS

CLAVE Nº A000000000

SAS 903 LOTE # W-011 L-XXXXXX

DATOS DE LA EXTRACCIÓN: CENTRO DE EXTRACCIÓN, Fecha, PARTO (Vag, Ces), LACTANCIA (Mat, Lact), VIDA (M, G)

DATOS PERSONALES Y DEMOGRÁFICOS: HOSPITAL O CENTRO DE NACIMIENTO, DATOS DEL NIÑO (Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre), FECHA DE NACIMIENTO (Día, Mes, Año), SEXO (M, F), PESO, NUBIA, Madre patológica (Sí/No)

DATOS DE LA MADRE: Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre

RESIDENCIA: Provincia, Municipio, Localidad/Barrio, CÓDIGO POSTAL, CALLE (Número, Escalera, Piso, Puerta), NUBIA (Sí/No), Teléfono móvil, Teléfono

DATOS DEL LABORATORIO: RECOPIADO (Fecha, Hora), CALIDAD (M, C, I), RESULTADO (Sí/No), Nº de...

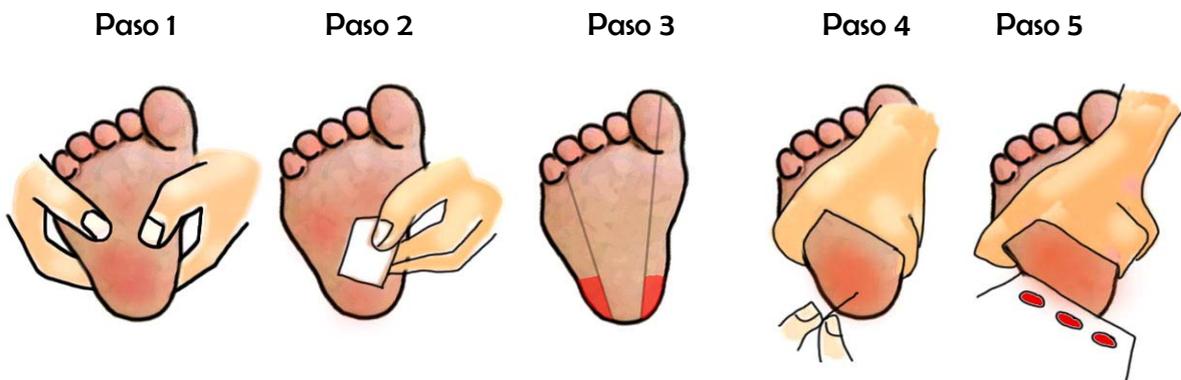
INTRODUZCA LA FICHA EN EL SOBRE

COLOCAR LAS MUESTRAS EN EL SOBRE

NO COLOCAR LAS MUESTRAS EN EL SOBRE

Figura 2. Pasos a seguir para realizar una correcta extracción de la muestra

(Carretié P, 2011)



Cuando sea preciso la recogida de dos muestras (72 horas y 14 días), en las maternidades se le entregarán a la madre 2 tarjetas para muestra única (cada una tendrá su propia clave de identificación) y en la que se realice la segunda muestra se anotará segunda muestra o se marcará la casilla “es segunda muestra”. Las figuras 3 y 4 muestran algunos ejemplos de muestras bien y mal recogidas.

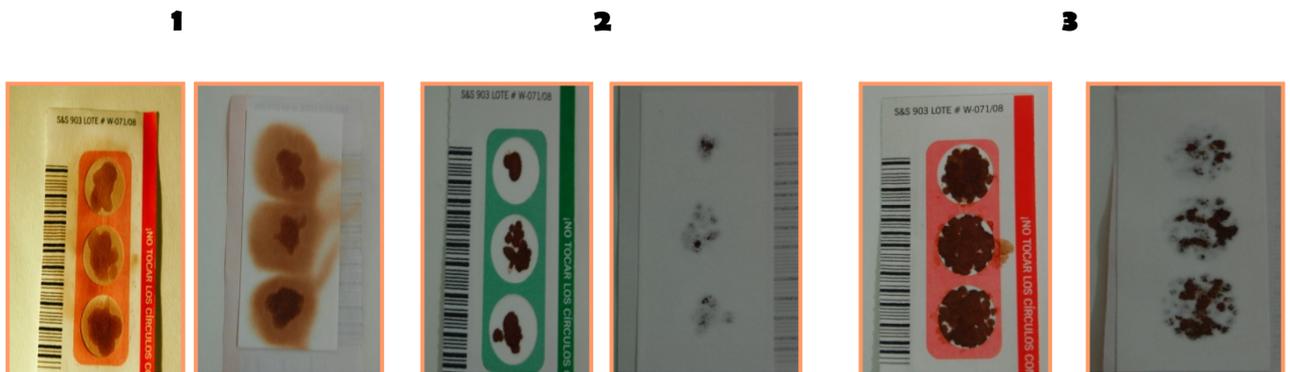
Figura 3. Ejemplo de muestra bien recogida.

Obsérvese que se ha rellenado cada disco con una sola gota de sangre y que ésta traspasa ambas caras del papel.



Figura 4. Ejemplo de muestras mal recogidas

1. Muestra diluida. Generalmente es debida al uso de alcohol para desinfectar el talón y no esperar a que se seque bien antes de realizar la extracción.
2. Muestra insuficiente. La cantidad de sangre recogida es tan escasa que no atraviesa el reverso del papel.
3. Muestra recogida con capilar. El uso de capilar impide una homogénea impregnación del papel.



CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 2 LISTADO DE ENFERMEDADES INCLUIDAS EN EL CRIBADO NEONATAL

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	METODO ANALÍTICO
1. Hipotiroidismo primario congénito	FIA
2. Fibrosis quística	FIA
3. Alteración del metabolismo y transporte de aminoácidos*: fenilcetonuria/hiperfenilalaninemia, defectos en la síntesis y en la regeneración del cofactor tetrahidrobiopterina, enfermedad jarabe de arce, homocistinuria, hipermetioninemia, citrulinemia, acidemia arginosuccínica, tirosinemia tipo I.	MS/MS
4. Alteración del metabolismo de β -oxidación*: Déficit de acil-coA deshidrogenasa de cadena media (MCAD), déficit de acil-coA deshidrogenasa de cadena corta (SCAD), deficiencia primaria de carnitina, déficit de L-3-hidroxiacil-coA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD), déficit de acil-coA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD), deficiencia múltiple de acil-coA deshidrogenasa (MAD), deficiencia de carnitina palmitoil-transferasa (CPT), deficiencia de carnitina/acilcarnitina translocasa (CACT).	MS/MS
5. Alteración del metabolismo de ácidos orgánicos*: aciduria glutárica tipo I, acidemia isovalérica, aciduria 3-OH-3-metilglutárica, déficit β -cetotiolasa, acidemias metilmalónicas (Cbl, A, B, C, D, Mut), acidemia propiónica, deficiencia múltiple de carboxilasa (MCD).	MS/MS

FIA: fluoroinmunoanálisis. MS/MS: espectrometría de masas en tándem.

*En el estudio ampliado por MS/MS se detectan potencialmente hasta 30 enfermedades metabólicas, aunque se reflejan en la tabla exclusivamente las enfermedades con mayor nivel de evidencia científica para inclusión en un programa de cribado neonatal.

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 3

Grupos en los que hay que repetir la prueba de hipotiroidismo congénito a los 14 días de vida por posible falso negativo.

- **Bebés nacidos prematuramente**, de menos de 37 semanas de gestación y/o con menos de 1.500g de peso. En menores de 30 semanas se debe repetir también la prueba al alta hospitalaria (en total 3 determinaciones). En estos casos es posible que la TSH no esté elevada a las 72 h de vida por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.
- **Gemelaridad**, independientemente de su edad gestacional. Por intercambio de sangre feto-fetal es posible que el bebé sano compense con hormona tiroidea al hermano o hermana hipotiroideo, presentando TSH normal a las 72 h de vida.

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 4

Grupos en los que hay que repetir la prueba para errores innatos del metabolismo.

- **Prematuridad extrema:** se repetirá una segunda muestra de sangre en papel cuando el bebé alcance 2.000g de peso o en su defecto al alta hospitalaria.
- **En politransfundidos,** se repetirá la prueba a los 120 días de la última transfusión.
- **En pacientes en situación crítica,** se repetirá la prueba cuando esté clínicamente estable.

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 5

ÍNDICE DE HIPOTIROIDISMO NEONATAL DE LETARTE. (Letarte J, 1980)

- Sexo femenino	0,3
- Gestación >40semanas	0,3
- Ictericia	0,3
- Peso> 3.500gr.	0,5
- Hernia umbilical	0,8
- Problemas de alimentación	0,9
- Hipotonía	0,9
- Estreñimiento	1
- Macroglosia	1,1
- Inactividad	1,1
- Cutis marmorata	1,1
- Piel seca	1,4
- Fontanela posterior >0.5cm	1,4
- Facies típica	2,8

SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PUBERAL

Población diana:

- Toda la población infantil de 0 a 14 años de edad.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.

ACTIVIDADES:

• DETERMINAR EN LOS MENORES DE 2 AÑOS:

- Peso.
- Longitud.
- Perímetro craneal.

• DETERMINAR EN MAYORES DE 2 AÑOS:

- Peso.
- Longitud.
- Índice de masa corporal (IMC).

- **REGISTRAR DATOS**, comparar con las tablas de referencia y valorar cambio de percentiles.

- **VALORAR EL DESARROLLO PUBERAL** ante sospechas de alteraciones del mismo (anexo 1).

Herramientas, recursos:

- **Longitud:** Desde el nacimiento hasta los 2 años. Se colocará al paciente en posición supina, se utilizará, preferiblemente, una escala horizontal, rígida con soporte fijo donde contactará la cabeza y procurando un estiramiento completo, con los pies y cabeza perpendiculares al eje longitudinal.
- **Talla:** Desde los 2 años. Se utilizará tallímetro, la medida se realizará con el paciente en bipedestación y descalzo, sobre la base del tallímetro que debe de ser un plano ancho duro horizontal, apoyando las plantas con los tobillos juntos y los talones, nalgas y hombros en el mismo plano vertical. Se estirará ligeramente la cabeza.
- **Peso:** Se deben de utilizar balanzas de precisión, electrónicas o manuales y calibrarlas diariamente.

- **Perímetro craneal:** En pacientes sanos se medirá en las revisiones hasta los 2 años. Se utilizará cinta métrica, ajustándola lo más posible al cráneo para obviar el error debido al cabello. Se medirá siempre la máxima circunferencia craneal.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Es una medida de asociación entre el peso y la talla. Es el resultado de dividir el peso expresado en kilos entre el cuadrado de la talla expresada en metros. Es el índice nutricional más útil.
- **Comparación de los valores obtenidos con los estándares de referencia poblacional.**
- **Las tablas o estándares de referencia se obtienen de estudios poblacionales amplios que permiten comparar por sexo y edad los datos obtenidos: peso, longitud o talla, perímetro craneal e índice de masa corporal. Los percentiles 3 y 97 son los límites convencionales de la normalidad. Los más utilizados son las tablas de la Fundación Orbegozo (<http://www.aepap.org/crecorbegozo.htm>) y las tablas de la OMS (<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>)**
- **Desarrollo puberal:** valorar estadios de Tanner (anexo 1)

SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PUBERAL

ANEXO 1

ESTADIOS DE TANNER

DESARROLLO MAMARIO	DESARROLLO VELLO PUBIANO	
(M1) Mamas infantiles	(P1) Ligera vellosidad infantil	
(M2) Botón mamario. Aumento discreto del diámetro de la areola. 11 años (8.9-13.2)	(P2) Vello escaso, lacio y poco pigmentado a nivel de los labios mayores. 11.6 años (9.5-13.7)	
(M3) Continúa desarrollo mamario. Mama y areola en un mismo plano. Años (-)	(P3) Vello rizado y oscuro sobre sínfisis del pubis. 12.3 años (10.1-14.5)	
(M4) Engrosamiento de la areola hasta formar una pequeña elevación que sobresale del resto de la mama. 13.3 años (10.8-15.3)	(P4) Vello similar al de la mujer adulta pero ocupando una superficie menor que en ésta. 12.9 años (10.8-15.8)	
(M5) Desarrollo mamario completo. Solo sobresale el pezón, no la areola. 15.3 años (11.8-18.8)	(P5) Vello tipo adulto que puede extenderse hacia cara interna de los muslos. 14.4 años (12.1-16.6)	

SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PUBERAL

ANEXO 1

ESTADIOS DE TANNER

DESARROLLO GENITAL	DESARROLLO VELLO PUBIANO	
(G1) Pene, testes y escroto infantiles.	(P1) Ligera vellosoidad infantil	
(G2) Agrandamiento de los testes (≥ 4 cc) y escroto. La piel de éste se torna más roja, delgada y arrugada. (11.6 años (9.5-13.7))	(P2) Vello escaso, lacio y poco pigmentado a nivel de la base del pene y escroto. 13.4 años (11.3-15.6)	
(G3) Agrandamiento del pene en longitud. Los testes (6-12 c) y el escroto crecen en mayor proporción que el pene. 12.6 años (10.7-14.9)	(P3) Vello rizado y oscuro sobre sínfisis del pubis. 13.9 años (11.8-15.9)	
(G4) Aumento del pene en grosor y longitud. Desarrollo del glande. Continúa crecimiento de testes (12-15 cc) y escroto, al tiempo que su piel se oscurece. 13.7 años (11.7-15.8)	(P4) Vello tipo adulto. Crece hacia los pliegues inguinales, no hacia los muslos. 14.3 años (12.2-16.5)	
(G5) Genitales tipo adulto. Volumen testicular: 15-25 cc. 14.9 años (12.7-17.1)	(P5) Vello tipo adulto que se extiende hacia cara interna de los muslos y línea alba. 15.1 años (13-17.3)	

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Introducción

El incremento de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la edad pediátrica constituye en la actualidad una preocupación para la salud pública debido a que pone en peligro la salud futura de quienes la padecen, especialmente porque su persistencia en la edad adulta favorece el desarrollo de enfermedades crónicas que afectan negativamente a las expectativas vitales y a la calidad de vida.

Actividades:

- Determinaciones somatométricas periódicas, incluyendo el índice de masa corporal y el perímetro de la cintura, plasmadas en tablas adecuadas, para el diagnóstico precoz del sobrepeso (SP) y la obesidad (OB).
 - Detección precoz de factores de riesgo (anexo 3) para desarrollar SP u OB.
 - Proporcionar consejo a la población general sobre la importancia de una alimentación equilibrada, el ejercicio físico y la disminución del sedentarismo. El consejo debe ser adaptado a la edad.
 - Descartar comorbilidades en niñas y niños diagnosticados de SP u OB, especialmente el síndrome metabólico (anexo 5).
 - Ofrecer consejo en niños y niñas de riesgo (anexo 3) y en aquellos diagnosticados de SP u OB.
- ACTIVIDAD. DETERMINACIONES SOMATOMÉTRICAS PERIÓDICAS, INCLUYENDO EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL PERÍMETRO DE LA CINTURA, PLASMADAS EN TABLAS ADECUADAS, PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.**

Población diana:

- Población infantil mayor de 2 años.

Periodicidad:

- En mayores de 2 años, anualmente, en los controles de salud y de manera oportunista en las consultas por otros motivos.

Definiciones:

- Índice de masa corporal (IMC = peso en kg/[talla en m]²).
- Sobrepeso: IMC entre el percentil 90 y 97 para edad y sexo. A partir de los 18 años IMC entre 25 y 29,9. (anexo 1)
- Obesidad: IMC > percentil 97 para edad y sexo. A partir de 18 años IMC > 30.
- Obesidad central: perímetro de cintura² > percentil 90 para edad y sexo.

- El perímetro de cintura es el perímetro de la zona abdominal, a un nivel intermedio entre el último arco costal y la cresta ilíaca, en la posición más estrecha del abdomen. Si la zona más estrecha no es aparente, arbitrariamente se decide el nivel de medición. Se utiliza la técnica de cinta yuxtapuesta sostenida en nivel horizontal.

Justificación:

- La población en edad escolar con OB ha aumentado del 5 al 15% entre 1984 (Estudio Paidos) y 2000 (Estudio enKid).
- Se ha observado asociación positiva (riesgo incrementado de desarrollar obesidad o sobrepeso) en las tres situaciones siguientes:
 - Ganancia rápida de peso durante el primer año.
 - Rebote adiposo precoz (el IMC se empieza a incrementar antes de los 5 años)
 - Incremento anual del IMC de más de 2 unidades.

Herramientas:

- El cribado de SP y OB se realiza con la determinación del IMC.
- Las tablas de referencia para el IMC son las de la Fundación Orbegozo de 1988 ya que las gráficas elaboradas más recientemente incluyen dentro de la distribución normal muchos casos de SP.
- También pueden emplearse las tablas de la OMS realizadas con población multiétnica realizado entre 1997 y 2003 (accesibles en <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>).
- Las curvas de referencia de valores del perímetro de la cintura desarrolladas por Moreno *et al* pueden utilizarse para el diagnóstico de OB central que suele estar relacionada con mayor riesgo cardiovascular. (Anexo 2)
- **ACTIVIDAD. DETECCIÓN PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO (ANEXO 3) PARA DESARROLLAR SP U OB.**

Población diana:

- Población infantil de todas las edades, incluida la visita prenatal

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil y de manera oportunista en las consultas por otros motivos.

Justificación:

- Desde el periodo prenatal pueden existir factores que facilitan el desarrollo de SP u OB, tales como la desnutrición antenatal (bebés nacidos con bajo peso para su edad gestacional) o los nacidos de madre diabética.
- El incremento rápido de peso en los primeros 6-9 meses de vida constituye un factor de riesgo.
- La lactancia artificial con patrones rígidos favorece el incremento rápido de peso y dificulta al bebé el desarrollo de mecanismos de control de la saciedad.

- La lactancia materna favorece un mayor desarrollo de masa magra en los primeros meses de vida y favorece los mecanismos de autorregulación del apetito.
- Existen factores genéticos que favorecen el desarrollo de SP u OB, tales como el que uno o ambos progenitores también tengan OB.
- Hay conductas relacionadas con la alimentación o los estilos de vida que constituyen también factores de riesgo, por ello se debe indagar periódicamente sobre los patrones familiares de alimentación y actividad física para proporcionar consejos adecuados.

Herramientas:

- La promoción de la lactancia materna es una estrategia importante para la prevención de la OB.
- Explicar a los progenitores y a la familia extensa cuáles son las señales de saciedad de los bebés (anexo 4) y la importancia de permitir que el bebé pueda autorregular la ingesta de alimento.
- Realizar una adecuada historia familiar para detectar factores de riesgo.
- Realizar periódicamente historia dietética y de hábitos de vida, sobre todo de ejercicio físico.
- **ACTIVIDAD. PROPORCIONAR CONSEJO A LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, EL EJERCICIO FÍSICO Y LA DISMINUCIÓN DEL SEDENTARISMO. EL CONSEJO DEBE SER ADAPTADO A LA EDAD.**

Población diana:

- Toda la población infantil y sus familias.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil, incluida la visita prenatal y de manera oportunistas en las consultas por otros motivos.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- En la mayoría de los casos la OB es exógena, es decir que está determinada preferentemente por factores ambientales que pueden modificarse: sedentarismo e ingesta calórica por encima de las necesidades.
- En diversos estudios se ha observado asociación entre la velocidad de ganancia de peso durante la lactancia y la infancia precoz y el desarrollo de OB en la adolescencia y edad adulta. Estas observaciones hacen conveniente una intervención precoz.

Herramientas:

En la gestación y con bebés menores de 1 año:

- Recomendaciones durante la gestación sobre alimentación saludable y actividad física de la embarazada.
- Promocionar la lactancia materna. Recomendarla como alimento exclusivo los primeros 6 meses de vida. Destacar que puede prolongarse más tiempo si se desea.
- Mostrar la importancia de que el bebé pueda controlar la cantidad de comida que ingiere en contraposición a la alimentación con control externo de horarios y cantidades.
- Evitar la introducción de la alimentación complementaria antes de los 4-6 meses.
- Introducción precoz de la cuchara y el vaso (4-6 meses).
- Estimulación precoz de la masticación cuando el bebé comienza a mostrar interés por otras comidas (sobre 9-10 meses).

Entre 12 meses y 3 años

- Retirar los biberones y los alimentos triturados a los 12 meses para estimular que el bebé se adapte a la alimentación familiar.
- Desaconsejar el empleo de alimentos industriales y de alimentos y bebidas dulces en lactantes y niños o niñas pequeños.
- Favorecer el juego activo a diario, especialmente al aire libre.
- Limitar el tiempo que pasan frente a la televisión a un máximo de 2 horas (la Academia Americana de Pediatría recomienda que no la vean en absoluto en esta etapa)

Etapa escolar

- Proporcionar guías sencillas sobre alimentación saludable (pirámides, folletos...).
- Fomentar que tomen desayuno a diario.
- Estimular que los menores participen en la adquisición de los alimentos y en la preparación de las comidas.
- Procurar realizar las comidas en familia, con horario regular y con la televisión apagada.
- Recomendar la práctica de ejercicio físico moderado al menos 60 minutos al día y que participen en actividades deportivas organizadas de forma regular.
- Recomendar a las familias que limiten el tiempo que los menores dedican a actividades sedentarias: ver la televisión, video juegos y otras pantallas a un máximo de 2 horas al día.
- Desaconsejar que los menores dispongan de aparato de televisión u ordenador en su propio dormitorio.

En la adolescencia

- Proporcionar información adecuada sobre alimentación saludable.
- Fomentar que tomen desayuno a diario mostrándoles las ventajas para su salud.
- Recomendar que participen en actividades deportivas organizadas de forma regular o realicen actividad física vigorosa al menos una hora al día.
- Recomendar que limiten el tiempo que dedican frente a cualquier tipo de pantalla: Internet, video juegos, etc a un máximo de 2 horas al día.

En todas las edades

- Utilizar formatos grupales para la educación para la salud ofertando talleres interactivos.

- **ACTIVIDAD. DESCARTAR COMORBILIDADES EN NIÑAS Y NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE SP U OB.**

Población diana:

- Niños, niñas y adolescentes que cumplan criterios de SP u OB.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil y de manera oportunista en las consultas por otros motivos.

Justificación:

- En la edad infantil las complicaciones psicosociales asociadas a la obesidad son las que con mayor frecuencia se manifiestan. Hay que añadir problemas ortopédicos, respiratorios y metabólicos.
- De gran trascendencia es la aparición del síndrome metabólico (anexo 5), relacionado con un mayor riesgo de diabetes y cardiopatía isquémica en la edad adulta.

Herramientas:

- Cribado de hipertensión arterial.
 - Determinación del perímetro abdominal.
 - Encuesta dietética y de hábitos.
 - Analítica sanguínea que incluya enzimas hepáticas, lipidograma y glucemia en ayunas.
 - Exploración dirigida a detectar anomalías en piel y miembros inferiores.
 - Indagar acerca de posibles apneas de sueño.
 - Derivar a endocrinología pediátrica en caso de OB secundaria, presencia de síndrome metabólico u otras comorbilidades.
- **ACTIVIDAD. OFRECER CONSEJO EN NIÑOS Y NIÑAS DE RIESGO (ANEXO 3) Y EN AQUELLOS DIAGNOSTICADOS DE SP U OB.**

Población diana:

- Todos los niños con riesgo de obesidad o diagnosticados de SP u OB.

Periodicidad:

- Desde la visita prenatal y en todas las visitas del PSI.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Herramientas:

Consejo sobre alimentación.

- Preguntar sobre los hábitos dietéticos y de actividad física de los progenitores y otros familiares implicados.
- Modificaciones de la dieta
 - No recomendar dietas muy bajas en calorías en preadolescentes con OB; son preferibles las dietas ligeramente hipocalóricas (1.200-1.300 kcal/día).
 - Insistir en la importancia de tomar un desayuno completo a diario.
 - Controlar el tamaño de las raciones y evitar que repitan platos.
 - Fragmentar la ingesta diaria en 4-5 tomas y no saltarse ninguna comida.
 - Fomentar el consumo de fruta, verdura, cereales integrales y lácteos bajos en grasas (esto último solo a partir de 2 años).
 - Limitar el total de grasas, especialmente saturadas, grasas “trans” y colesterol.
 - Eliminar bebidas dulces y refrescos (incluso zumos): es una variable independiente asociada con el aumento de IMC en adolescentes. Sustituir por agua o bebidas sin calorías.
 - Un ejemplo de dieta es la “dieta del semáforo” (anexo 6).
- Incentivación de la actividad física
 - Iniciar el hábito del ejercicio físico antes de que se establezcan SP u OB importantes. Si ya se ha instaurado, incrementar el nivel de actividad poco a poco.
 - Ayudar en la elección de actividades de tipo lúdico, adaptadas a los gustos del paciente; animar a que las realice en compañía; facilitar la búsqueda de recursos locales.
- Modificación conductual
 - Proporcionar modelos sobre estrategias de refuerzo
 - Apoyar en la toma de decisiones
 - Ayudar en la identificación de barreras
 - Manejar con delicadez los aspectos emocionales relacionados, cuidando la autoestima del paciente.
 - Pedir la participación activa de todos los miembros de la familia en los cambios conductuales.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 1

Valores de los percentiles 90 y 97, tomado de las tablas de crecimiento de M. Hernández et al. Fundación F. Obergozo, 1988. (Ramos Corpas AL y Melo Salor JA. Distrito Sanitario Sevilla Sur).

Edad (años)	IMC SOBREPESO ($P \geq 90$)		IMC OBESIDAD ($P \geq 97$)	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
2	18.49	18.43	19.21	19.24
2.5	18.20	18.32	18.90	19.16
3	17.96	18.28	18.66	19.15
3.5	17.89	18.25	18.62	19.16
4	17.80	18.24	18.53	19.14
4.5	17.72	18.22	18.45	19.14
5	17.72	18.31	18.48	19.28
5.5	17.87	18.60	18.68	19.63
6	18.25	18.88	19.14	19.99
6.5	18.38	19.32	19.34	20.58
7	18.73	19.32	19.76	20.58
7.5	19.08	19.46	20.18	20.71
8	19.10	19.58	20.20	21.01
8.5	19.10	19.94	20.23	21.30
9	19.39	20.06	20.58	21.44
9.5	19.66	20.19	20.94	21.57
10	19.91	20.74	21.20	22.23
10.5	20.15	21.24	21.47	22.78
11	20.80	21.58	22.24	23.15
11.5	21.30	21.91	22.81	23.52
12	21.50	22.09	23.02	23.70
12.5	21.85	22.42	23.41	24.22
13	22.20	23.04	23.79	24.75
13.5	22.53	23.53	24.13	25.22
14	22.86	24.04	24.47	25.79
14.5	23.46	24.20	25.14	25.89
15	23.99	24.34	25.66	25.99
15.5	24.70	24.17	26.46	25.74
16	25.41	24.00	27.27	25.49
16.5	26.12	23.87	28.07	25.26
17	26.37	23.72	28.35	25.03
17.5	25.90	23.34	27.73	24.58
18	25.45	23.29	27.11	24.55

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 2

TABLAS DE PERÍMETRO DE CINTURA

Edad	Niños		Niñas		
	Media	d.s.	Media	d.s.	p
6.5	55.95	4.88	54.87	6.26	0.198
7.5	57.27	4.29	56.59	5.35	0.350
8.5	60.57	6.21	59.04	6.41	0.138
9.5	63.16	6.88	61.39	6.47	0.068
10.5	65.41	7.31	64.05	8.18	0.257
11.5	67.97	8.17	64.90	6.98	0.021
12.5	68.00	6.46	65.32	4.86	0.012
13.5	70.62	7.65	67.29	6.44	0.010
14.5	72.75	6.78	66.81	5.02	0.000

Tomadas de Moreno LA, Fleita J, Mur L, Rodríguez G, Sarría A y Bueno M. Waist circumference values in Spanish children-Gender related differences. Eur J Clin Nutr. 1999;53:429-33. Gráficas elaboradas con datos de 1.360 niños (701 niños y 659 niñas) de 6 a 14,9 años de Zaragoza.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 3 POBLACIÓN DE RIESGO DE SOBREPESO/OBESIDAD

Obesidad secundaria (menos del 5%):

- Endocrinopatías (déficit de GH, hipotiroidismo, hipercortisolismo y pseudohipoparatiroidismo).
- Enfermedades del sistema nervioso central (traumatismo craneoencefálico grave, tumor cerebral y/o radioterapia cerebral).
- Iatrogenia (tratamiento crónico con altas dosis de corticoides, ciproheptadina, valproato, progestágenos y antipsicóticos).
- Síndromes congénitos (Prader-Willi, Bardet-Biedl y Beckwith-Wiedemann).
- Síndromes genéticos relacionados con OB:
 - Enfermedades autosómicas (osteodistrofia hereditaria de Albright, lipodistrofia parcial familiar, Prader Willi, síndrome de resistencia a la insulina tipo A)
 - Trastornos autosómicos recesivos (Sind de Alström, de Bardet-Biedl).
 - Trastornos ligados al cromosoma X (Síndromes de Mehmo, X frágil con fenotipo parecido al Prader Willi, de Wilson-Turner)
 - Mutaciones de un solo gen (leptina, receptor de la leptina, deficiencia de protein convertasa, proopiomelanocortina, receptor de la melanocortina 4)

Situaciones que se asocian a obesidad:

- Lactantes con un rápido aumento ponderal y escaso crecimiento lineal.
- Talla baja.
- Características dismórficas.
- Déficit neurológico.
- Distribución anormal de la grasa.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos psicológicos (baja autoestima, depresión, víctimas de acoso escolar...).
- Síndrome metabólico (anexo 4).

Otros factores de riesgo

- **Bebés nacidos con bajo peso para la edad gestacional I de madre diabética.**
- **Uno o ambos progenitores presentan OB**
- **Ganancia rápida de peso en el primer año**
- **Rebote adiposo precoz (antes de los 5-6 años)**
- **Incremento del IMC anual mayor de 2 unidades (a partir de los 5 años)**
- **Hábitos y estilos de vida que supongan balance energético positivo.**

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 4

SIGNOS DE SACIEDAD EN MENORES DE 1 AÑO

Entre 4 y 12 semanas (1-3 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Suelta espontáneamente el pezón- Separa la cabeza del pezón- Cierra los labios al introducirle el pezón- Succiona más lento- Se queda dormido
Entre 16 y 24 semanas (4-6 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Muerde el pezón- Bloquea la boca con las manos- Gira la cabeza- Llora y protesta si se insiste en alimentarlo- Se distrae y dirige su atención a otra cosa- Pierde interés por el alimento- Suelta el pecho o el biberón y echa la cabeza hacia atrás.
Entre 28 y 36 semanas (7-9 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Cambia de posición (se retira)- Mueve más las manos- Mantiene la boca cerrada- Juega con los utensilios- Dice “no” con la cabeza
Entre 40 y 52 semanas (10-12 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Todo lo anterior- Devuelve el biberón a los progenitores- Escupe

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 5 SÍNDROME METABÓLICO. DEFINICIÓN PEDIÁTRICA

Constituido por factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica y de diabetes tipo 2 (DM2).

Deben cumplirse tres de entre los siguientes criterios:

- Perímetro de cintura \geq p90.
- Presencia de AGA, ITG o DM2.
- Triglicéridos \geq 110 mg/dl.
- Colesterol-HDL $<$ 40 mg/dl.
- Presión arterial \geq p90.

Definición de las alteraciones del metabolismo de la glucosa:

- Alteración de la glucemia en ayunas (AGA): glucemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dl.
- Alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG): glucemia a las 2 h de la sobrecarga entre 140 y 199 mg/dl.
- Diabetes *mellitus* 2 (DM2): glucemia en ayunas de más de 126 mg/dl o una glucemia a las 2 h de la sobrecarga de 200 mg/dl o más.

Refs: Tapia Ceballos L. An Pediatr (Barc). 2007;66(2):159-66.y ADA

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 6

DIETA SEMÁFORO

VERDE (se puede consumir libremente)

- Todas las verduras y hortalizas.
- Frutas frescas no muy maduras.
- Agua natural.

ÁMBAR (cantidades moderadas según la evolución del peso)

- Cereales: pan, pasta, arroz.
- Legumbres: alubias, garbanzos, lentejas, guisantes.
- Patatas: cocidas o asadas.
- Aceite vegetal (oliva, girasol, maíz).
- Lácteos: leche y yogur bajo en contenido de grasa, queso fresco y requesón.
- Huevos: 2-3 por semana (en tortilla, pasados por agua).
- Pescados: todos.
- Carnes: pollo, conejo, pavo, caza, ternera, vaca.
- Zumos naturales (no azucarados).
- Frutos secos: higos, pasas y castañas con moderación.

ROJO (alimentos prohibidos)

- Cereales: arroz, cereales azucarados para desayuno.
- Todos los fritos.
- Frutos secos: pipas, almendras, cacahuetes, nueces, piñones...
- Lácteos: leche y yogur enteros y de sabores. Leche condensada, nata, mantequilla, quesos grasos.
- Carnes: cerdo (excepto solomillo), cordero con grasa, pato, ganso.
- Embutidos.
- Dulces, repostería, cacao, bollería industrial, postres lácteos y helados.
- Bebidas que no sean agua o zumo natural no azucarado.

Tomado de: Tapia Ceballos L. An Pediatr (Barc). 2007;66(2):159-66.

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO

Población diana:

- Todos los menores de un año lactados a pecho y los que reciben lactancia artificial si toman menos de 1 litro de leche al día enriquecida en vitamina D.
- Mayores de un año con factores de riesgo de déficit de vitamina D (anexo 1)

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- **ASEGURAR UNA INGESTA DE CALCIO ADECUADA SEGÚN LA EDAD**

REQUERIMIENTOS DE CALCIO POR EDAD (mg/día) (FAO 2001)	
0-6 meses	Leche humana: 300 Leche artificial. 400
6-12 meses	400
1-3 años	500
4-8 años	4-6 años: 600 7-9 años. 700
9-18 años	1300

En España todas las fórmulas infantiles están enriquecidas en vitamina D.

Las leches de inicio tienen una media de 40-45 mg de calcio por cada 100 ml de leche reconstituida.

Las fórmulas de continuación contienen de 75-80 mg de calcio por cada 100 ml. En las leches habituales no infantiles la cantidad de calcio es de 120mg por 100 ml para las no enriquecidas y de 180mg por 100ml de leche enriquecida en calcio.

- **ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS DE VITAMINA D A LA POBLACIÓN CON FACTORES DE RIESGO**

Los menores de un año lactados al pecho deben recibir un suplemento de 400 UI/día de vitamina D, iniciando su administración en los primeros días de vida. Estos suplementos se mantendrán hasta que el lactante ingiera un litro diario de fórmula adaptada enriquecida en vitamina D.

Todos los menores de un año alimentados con sucedáneo de leche humana que ingirieran menos de 1 litro diario de fórmula han de recibir un suplemento de 400 UI/día.

Los niños, niñas y adolescentes que tengan factores de riesgo de déficit de vitamina D (tabla 2) y que no obtengan 400 UI/día con la ingesta de un litro de leche enriquecida o alimentos enriquecidos (por ejemplo, una ración de cereales contiene 40 UI de vitamina D y una yema de huevo 40 UI de vitamina D) o una adecuada exposición solar, deberían recibir un suplemento de vitamina D de 400 UI/día

Los prematuros menores de un año de edad corregida precisan una ingesta de vitamina D de 200 UI /Kg/ día hasta un máximo de 400 UI/día

- **ASESORAMIENTO SOBRE LA EXPOSICIÓN SOLAR**

Recomendar que los mayores de 2 años y adolescentes realicen actividades al aire libre.

La exposición al sol del medio día sin protección solar durante 10-15 minutos con el rostro y brazos al descubierto, sería suficiente para asegurar una síntesis endógena de vitamina D. En los meses de verano la exposición solar se realizará fuera de las horas centrales del día.

En invierno por encima de los 42º de latitud norte no se produce suficiente vitamina D con la exposición solar. Tenerlo en cuenta en los casos que vayan a residir fuera de nuestra comunidad autónoma en esa época del año (Toda Andalucía se encuentra por debajo de esa latitud).

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO

ANEXO 1

SITUACIONES DE RIESGO DE DÉFICIT DE VITAMINA D (tomado de Previnfad)

1. Hasta el año de vida

- Deficiencia de vitamina D materna (madres con escasa exposición solar, de piel oscura, que visten con velo, multíparas o con poca ingesta de vit. D)
- Lactancia materna
- Recién nacido pretérmino y/o de bajo peso para la edad gestacional

2. Infancia y adolescencia

- Disminución de la síntesis de vitamina D: poca exposición solar
 - Poco tiempo al aire libre
 - Uso de factor de protección >8 (inhibe síntesis >95%)
 - Piel oscura
 - Velos, ropa, cristal, etc.
 - Si van a residir en meses de otoño e invierno por encima de 42º de latitud norte. (Andalucía se encuentra por debajo de esa latitud).
- Disminución de la ingesta de vitamina D
 - Lactancia materna exclusiva prolongada sin suplementación
 - Nutrición pobre
- Ciertas condiciones médicas/enfermedades crónicas
 - Malabsorción intestinal
 - Enfermedades de intestino delgado (enf. celíaca)
 - Insuficiencia pancreática (fibrosis quística)
 - Obstrucción biliar (atresia de vías biliares)
 - Disminución de la síntesis o aumento de la degradación 25-(OH)D o 1,25(OH)2D
 - Enfermedades crónicas hepáticas o renales
 - Tratamiento con rifampicina, isoniazida, anticonvulsivantes

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO

ANEXO 2

CONTENIDO DE VITAMINA D DE ALGUNOS SUPLEMENTOS
VITAMÍNICOS (tomado de Previnfad)

Composición	Nombre comercial	Concentración de vit. D	Cantidad equivalente a 400 UI
Vit. D3 sol. oleosa	Vitamina D3 Kern Pharma gotas	2000 UI/ml (1 ml=30 gotas)	6 gotas
Polivitamínico con vit. D2	Protovit gotas	900 UI/ml (1 ml=24 gotas)	10-11 gotas (12 gotas=450 UI)
Polivit. + minerales, con vit. D2	Vitagama Flúor gotas	200 UI/ml	2 ml
Polivit. + minerales, con vit. D2	Dayamineral gotas	1667,7 UI/ml	0,25 ml
Polivit. + minerales, con vit. D2	Dayamineral comp.	1000 UI/comp.	0,4 comp.
Polivit. + minerales, con vit. D2	Redoxon complex comp. eferv.	400 UI/comp.	1 comp.
Polivit. + calcio, con vit. D2	Redoxon calciovit comp. eferv.	300 UI/comp.	1,3 comp.
Polivit. + minerales, con vit. D2	Rochevit grageas	400 UI/comp.	1 comp.
Polivit. + minerales, con vit. D3	Micebrina comp.	200 UI/comp.	2 comp.
Polivit. + minerales, con vit. D3	Pharmaton complex (caps., comp. rec. y eferv.)	400 UI/caps. o comp.	1 caps. o comp.
Polivit. sin minerales, con vit D3	Hidropolivit gotas o Grageas	600 UI/ml o 1.660 UI/gragea	0,7 ml (19 gotas) o ¼ gragea
Polivit. sin minerales, con vit D3	Hidropolivit C sobres	2000 UI/sobre	0,2 sobres
Polivit. + minerales, con vit. D3	Hidropolivit mineral comp. mastic.	500 UI/comp	0,8 comp.

EQUIVALENCIAS: 1 ng/ml de 25(OH)D = 2,5 nmol/l y 1 microgramo de vitamina D equivale a 40 UI

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE YODO

Población Diana:

- Toda la población infantil en general.
- Embarazadas y madres que amamantan.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En el caso de la gestantes, en las visitas de salud maternal.

Actividades:

- Recomendación del uso generalizado de sal yodada por toda la población, en cantidad de 1-3 gramos al día, según la edad.
- Recomendación de suplementos de yoduro potásico (200 mcgr/día) en embarazadas hasta alcanzar una ingesta de yodo diaria de 300 mcgr.
- Se mantiene la prohibición de usar antisépticos yodados antes, durante y después del parto tanto en la madre como en el recién nacido, así como las precauciones al usar contrastes yodados, medidas que pueden parecer incoherentes con lo anterior, pero que se limitan en el tiempo para no interferir con los resultados de las pruebas de criado metabólico.

Herramientas o recursos:

- Consejo directo en las visitas de salud
- Los aportes o suplementos pueden recomendarse en forma de:
 - Sal yodada: contiene de 30 a 100 microgramos de yodato o yoduro potásico/gramo. Se estiman las necesidades diarias (RDA/AI) según la edad:
 - Hasta 9 años: 90 mcgr (consumo de 1,5 gr/día de sal)
 - De los 9 a 14 años: 120 mcgr (consumo de 2 gr/día de sal)
 - En la adolescencia y edad adulta: 150 mcgr (2,5 gr/día de sal yodada)
 - Mujeres gestantes: 220 mcgr (3,5-4 gr/día de sal yodada)
 - Mujeres lactando: 290 mcgr (4,5-5 gr/día de sal yodada)
 - Yoduro potásico: Existen en España productos comercializados con 100, 200 y 300 mcgr, en comprimidos, vía oral.
 - Puede mejorarse la ingesta de yodo consumiendo alimentos procedentes del mar: pescados, mariscos, algas marinas y plantas cultivadas en suelos ricos en yodo.

SALUD BUCODENTAL

Población diana:

Toda la población infantil.

Periodicidad:

- En la primera semana de vida y en todas las visitas de seguimiento de salud infantil a partir de los 6 meses.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- **PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES SOBRE HIGIENE DENTAL, LO QUE INCLUYE:**

- Promoción de la lactancia materna, por su influencia en el correcto desarrollo de las estructuras bucodentarias.
- Alimentación no cariogénica.
- Recomendación del cepillado dental.
- Uso de pasta dentrífica fluorada a partir de los 2-3 años.

- **LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL QUE INCLUYE, FUNDAMENTALMENTE:**

- Prevención primaria de la caries dental.
- Manejo de la enfermedad periodontal.
- Tratamiento precoz de los traumatismos dentales.
- Diagnóstico precoz de las maloclusiones dentarias.

Herramientas:

Pauta de actuación por edades

• De 0 a 2 años

Exploración cavidad oral en periodo neonatal (dientes neonatales, malformaciones u otras alteraciones).

Seguimiento de la erupción primaria o temporal (Anexo 1). En la mayoría de los bebés la erupción de la primera pieza ocurre antes de los 15 meses y es completa a los 3 años.

Profilaxis de las caries:

- Fomentar la lactancia materna.
- Prevención de la caries rampante de los incisivos: desaconsejar firmemente endulzar el chupete o dejar dormir al bebé con un biberón de leche o zumo en la boca.
- Suplementos de flúor por vía oral a partir del 6º mes (Anexo 2), según contenido de flúor en el agua de la bebida, sea agua embotellada o de consumo público, pero sólo a grupos de riesgo de caries dental (Anexo 3).
- Aconsejar el inicio del cepillado desde la erupción dental. Deben realizarlo los progenitores, con agua y, preferentemente, sin pasta dentífrica o con pasta sin flúor.

Informar a las familias sobre los alimentos cariogénicos, insistiendo en que lo que realmente perjudica es la frecuencia con que los toma, el momento (peor entre comidas) y la consistencia más que la cantidad.

Vigilar la aparición de maloclusiones y evitar hábitos perjudiciales, como la succión del pulgar y el uso de chupete durante el día a partir de los 15 meses de edad.

• De 2 a 5 años

Explorar la dentición primaria, su evolución y descartar existencia de caries, gingivitis, maloclusiones y traumatismos. Derivar a odontología o Unidad de Salud Bucodental de referencia, a aquellos niños o niñas con piezas cariadas o algún otro problema.

Profilaxis de las caries y enfermedad periodontal:

- Informar a las familias sobre los alimentos cariogénicos, promover cumpleaños saludables, evitar todo tipo de bebidas azucaradas (zumos envasados, batidos, refrescos...) sobre todo entre comidas y al acostarse.
- Evitar el uso de chupetes después de los 2 años de vida.
- Suplementos de flúor oral, sólo en situaciones de riesgo, en función del agua de consumo.

Cepillado dental: Aconsejar a los progenitores que se cepillen los dientes por la noche en presencia del menor. Este se los “cepillará” también para ir adquiriendo el hábito y posteriormente, el padre o la madre repasará el cepillado limpiando cuidadosamente los restos de la comida (anexo 4).

Recomendar el cepillado de dientes, al menos 2 veces al día y de forma especial al acostarse, con pasta dentífrica que contenga un máximo de 500 ppm de flúor y de cantidad el tamaño de un guisante.

Antes de los 6 años, aconsejar sobre la necesidad de revisiones periódicas por especialista en odontología y anticipar información sobre la existencia del talón de asistencia dental andaluz (TADA) (anexo 5)

Informar sobre programas de promoción de la salud bucodental existentes en Andalucía (anexo 6).

• De 6 a 15 años

Exploración bucodental. Vigilar la presencia de sarro, caries, flemones, gingivitis, maloclusiones o apiñamientos. Derivar al especialista en odontología o Unidad de Salud Bucodental de referencia si se detectan piezas cariadas, hipoplasia de esmalte y maloclusiones.

Profilaxis de la caries y de la enfermedad periodontal:

- Informar a las familias sobre los alimentos cariogénicos. No abusar de dulces y golosinas. Promover cumpleaños saludables.
- Aconsejar cepillado dental después de las comidas y al acostarse, con pasta dentífrica que contenga entre 1000 y 1450 ppm de flúor. El nivel máximo de flúor recomendado en Europa es de 1500 ppm.
- Suplementar con flúor, solo pacientes de riesgo de caries, que no usan dentífrico fluorado y en función del contenido de flúor en el agua de consumo.
- Pueden utilizarse colutorios fluorados diarios (0,05% fluoruro sódico) o semanales (0,2 fluoruro sódico). Hay que asegurarse que el niño o la niña realiza bien los enjuagues durante 1 minuto y que no se traga el líquido. No se debe ingerir nada en los siguientes minutos.

Informar sobre el TADA (anexo 5) y programas de promoción de la salud bucodental existentes en Andalucía (anexo 6).

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 1

CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTAL

La dentición humana se compone de dos series de dientes:

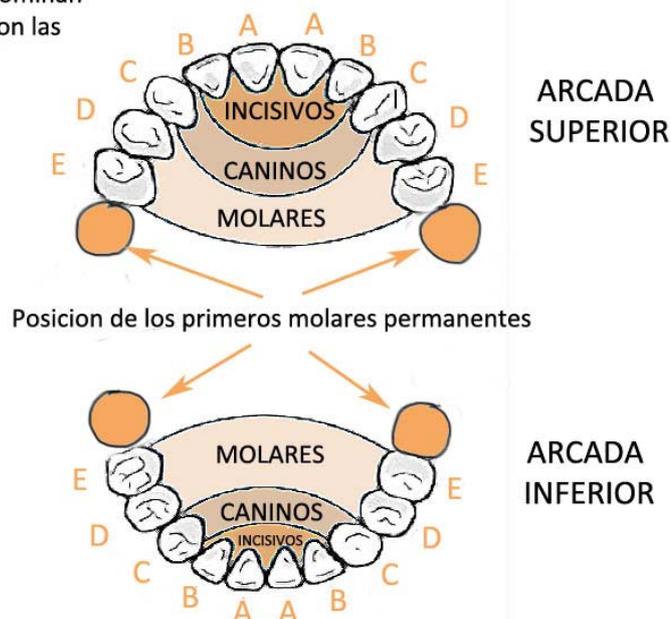
- Una formada por 20 dientes primarios, también llamados “de leche”, temporales o deciduos, que se pierden en su totalidad.
- Otra constituida por los 32 dientes permanentes, incluidos los terceros molares, cordales o muelas del juicio (estas últimas no se desarrollan en todas las personas).

Dentición primaria (dientes de leche, temporales o deciduos)

- El primer diente suele erupcionar hacia los 6 meses y hacia los 2-3 años ya ha salido toda la dentición temporal, compuesta por 20 piezas.
- Los dientes primarios tienen el mismo valor y funciones que los permanentes.
- Su pérdida precoz puede ocasionar dificultades cuando salen los dientes permanentes.
- El mantenimiento de una dentición temporal sana es fundamental para la salud.
- Es por ello necesaria la revisión odontológica anual desde los 3 años de edad.

Dientes Primarios

Estos dientes se denominan en cada cuadrante con las letras A,B,C,D y E



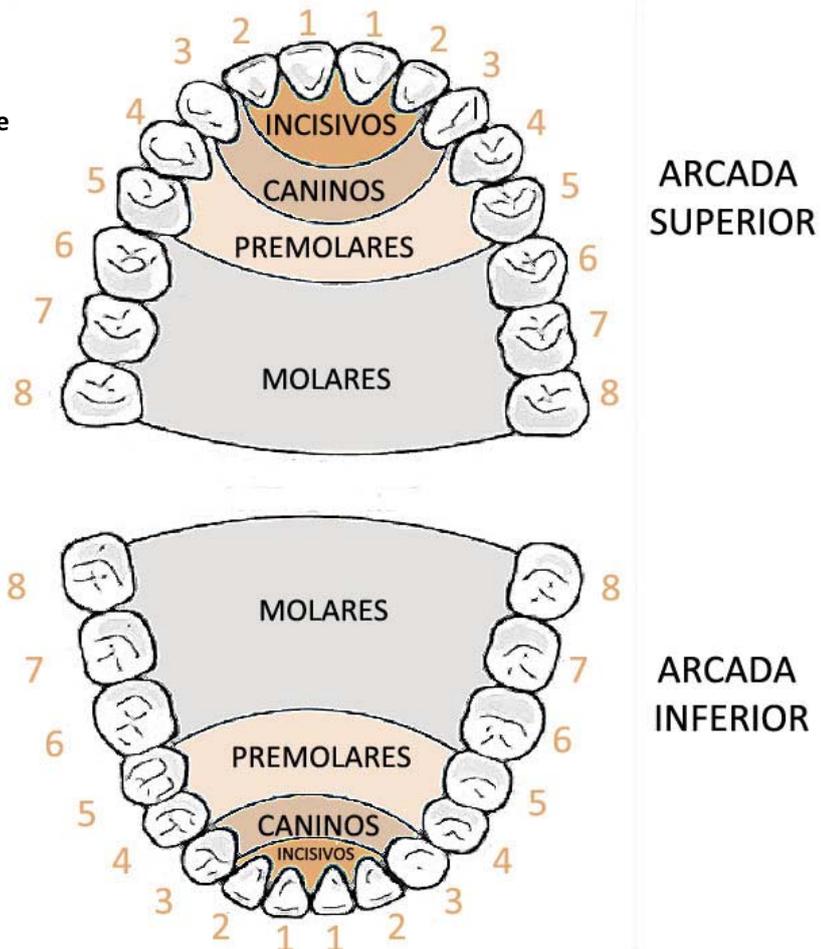
Dientes permanentes.

- El primer diente permanente es el molar de los 6 años, erupciona detrás del último molar de leche y no reemplaza a ningún diente primario.
- El primer diente que se pierde es, por lo general, el incisivo central inferior.
- Hacia los 12-13 años toda la dentición primaria ha sido sustituida por la permanente.

Dientes Permanentes

Los dientes de cada cuadrante se enumeran del 1 al 8.

1. 6-8 años
2. 7-9 años
3. 10-11 años
4. 9-11 años
5. 11-12 años
6. 6-7 años
7. 12-13 años
8. 17-21 años



SALUD BUCODENTAL

ANEXO 2

SUPLEMENTOS DE FLÚOR

Suplementos diarios de flúor en función de la concentración de flúor en el agua de consumo habitual, según la academia europea de dentistas pediátricos y el consenso de la asociación dental canadiense sobre empleo de flúor en la prevención de la caries dental.

Edad	Flúor agua $\leq 0,3$ ppm	Flúor agua 0,3-0,6 ppm	Flúor agua $\geq 0,6$ ppm
6m-3 años	0,25 mg	0	0
3-6 años	0,50 mg	0	0
6-16 años	1 mg	0	0

Suplementos diarios de flúor en función de su concentración en el agua de bebida, según la academia europea de dentistas pediátricos

Edad	Flúor agua menor 0,3 ppm	Flúor agua 0,3-0,6 ppm	Flúor agua mayor 0,6 ppm
6m-2 años	0	0	0
2-6 años	0,25 mg	0	0
6-16 años	0,50 mg	0	0

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 3

FACTORES DE RIESGO DE CARIES DENTAL EN LA INFANCIA (tomado de Previnfad)

Hábitos alimentarios inadecuados:

- Chupetes o tetinas endulzados.
- Biberón endulzado para dormir.
- Ingestión frecuente de azúcares.

Factores relacionados con la higiene dental:

- Alteraciones morfológicas de la cavidad oral.
 - Malformaciones orofaciales.
 - Uso de ortodoncias.
- Deficiente higiene oral.
 - Mala higiene oral, personal, o de otras personas de la familia
 - Minusvalías psíquicas importantes (dificultad para la colaboración)

Factores asociados con xerostomía:

- Síndrome de Sjogren.
- Displasia ectodérmica.

Enfermedades en las que hay un alto riesgo en la manipulación dental:

- Cardiopatías
- Inmunosupresión(incluido VIH)
- Hemofilia y otros trastornos de la coagulación

Factores socioeconómicos:

- Bajo nivel socioeconómico (sobre todo si se asocia a malos hábitos dietéticos e higiénicos).

Otros:

- Historia familiar de caries y caries activas independientemente a la edad.

La placa bacteriana vuelve a establecerse en la superficie de los dientes antes de 24 horas, de ahí que deba realizarse un correcto cepillado con dentífrico fluorado antes de acostarse por la noche, ya que durante el sueño disminuye la secreción de saliva y los dientes se encuentran más expuestos al ataque ácido.

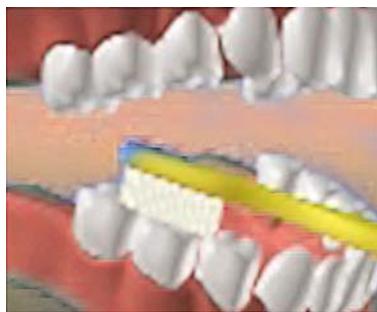
SALUD BUCODENTAL

ANEXO 4

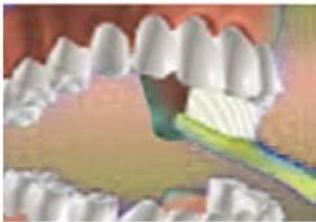
TÉCNICAS DE CEPILLADO

La técnica más sencilla es la de barrido horizontal o la de barrido con movimientos circulares. No es necesario un cepillado demasiado enérgico. También es importante que la técnica sea sistemática, de manera que no se deje ninguna superficie sin limpiar.

El cepillado puede comenzarse por las caras oclusales o masticatorias de los molares (muelas), realizando movimientos de delante hacia atrás (figura).



Se continúa por las superficies externas de los dientes, colocando el cepillo en un ángulo de 45º en contacto con la encía y el diente, y se realizan cortos desplazamientos en sentido anteroposterior con pequeños movimientos circulares para limpiar las zonas interdentes (figuras)



Se procede del mismo modo en las superficies internas, teniendo en cuenta que en el grupo anterior (incisivos y caninos) el cepillo debe colocarse en posición vertical (figuras).



Los desplazamientos del cepillo deben ser cortos, y repetirlos unas 10 veces.

Debemos también cepillar la lengua, el paladar y la cara interna de las mejillas.

Hasta los 10 años son los progenitores los encargados de repasar el cepillado de los dientes a sus hijos e hijas, sobre todo por la noche antes de acostarse, ya que los menores aún no tienen plenamente desarrollada la destreza manual para realizarlo bien.

Dependiendo de la habilidad de cada persona, el cepillado debe durar unos 3-5 minutos en cada sesión.

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 5

TALÓN DE ASISTENCIA DENTAL DE ANDALUCÍA (TADA)

El TADA es un Programa de Salud Bucodental destinado a los menores de la Comunidad Autónoma de Andalucía, regulado en el Decreto 281/2001, de 6 de diciembre, publicado en BOJA 31 diciembre del 2001.

Contiene el conjunto de medidas preventivas y asistenciales que garanticen una asistencia sanitaria de calidad, en materia de salud bucodental para la población infantil.

Se dirige a todos los niños y niñas residentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que tengan derecho a asistencia sanitaria con cargo al SAS y cuya edad está comprendida entre 6 y 14 años ambos inclusive.

A tal efecto, el menor será incluido en el Programa desde el 1 de enero del año en el que cumple 6 años de edad, permaneciendo en él hasta el 31 de diciembre del año en que cumpla los 15 años, estando prevista la ampliación de cobertura hasta los 18 años.

Las prestaciones que incluye son:

- Revisión anual del estado de salud bucodental.
- Recomendaciones higiénico-dietéticas para prevenir enfermedades orales.
- Asistencia dental para tratamiento de urgencias bucodentales.
- Tratamientos asistenciales básicos:
- Procedimientos preventivos con sellado de fisuras y fluoración tópica si precisa, para evitar caries.
- Obturación de molares permanentes (en caso de lesiones irreversibles, “empastes” y extracción de piezas temporales o permanentes).
- Tartrectomías (“limpiezas”) en dentición definitiva, si hubiera cálculos o pigmentaciones extrínsecas.
- Extracción de supernumerarios erupcionados.
- Seguimiento de caries, enfermedad periodontal, malaoclusión y pacientes de riesgo.
- Tratamiento pulpar de piezas permanentes, que incluye: apicoformación, recubrimiento pulpar directo y endodoncias (“matar el nervio”).

Tratamientos asistenciales especiales:

Relacionados con los dientes incisivos y caninos definitivos, en los supuestos de lesión traumática o malformaciones debiendo ser autorizados por la Delegación Provincial, previa solicitud del dentista. Al cumplir los 6 años, podrá acudir a la consulta del especialista en odontología, elegido de entre los ofertados en la dirección web de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, donde será atendido presentando la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual).

www.juntadeandalucia.es/salud/dentistas

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 6

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EXISTENTES EN ANDALUCÍA

“Aprende a sonreír”

- Programa de Educación para la Salud, promovido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.
- Población Diana: Escolares (de 3 a 12 años), de los centros públicos y concertados de Infantil y Primaria de Andalucía.
- Objetivo: Promoción de la salud bucodental en el ámbito escolar.

www.juntadeandalucia.es/averroes

“Sonrisitas”

- Programa de Educación para la salud, promovido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.
- Población Diana: niños y niñas menores de 3 años, de los centros que imparten el primer ciclo de la educación infantil.
- Objetivo: Promoción de la salud bucodental en la etapa de educación infantil (de 0 a 3 años)

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PC/infantil/sonrisitas>

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

Población diana:

El cribado de displasia va dirigido a toda la población, aunque la actuación difiere según sea o no población de riesgo.

Población de riesgo:

- Antecedentes familiares de displasia evolutiva de caderas (DEC).
- Parto en presentación de nalgas.
- Sexo femenino.

Los factores de riesgo mayores se asocian, con evidencia suficiente, al riesgo de luxación, pero la mayoría de las DEC no tienen factores de riesgo: sólo el 10-27% de los bebés con DEC tienen factores de riesgo y sólo el 1-10% de niños o niñas con factores de riesgo tienen DEC (excluyendo el sexo).

Periodicidad:

- En todos los controles de salud hasta que la deambulación esté perfectamente definida.
- En consultas a demanda específicas.
- En población de riesgo (presencia de dos factores de riesgo) ecografía alrededor de las 6 semanas de vida.

Actividades:

- Exploración sistemática para cribado de DEC desde el nacimiento hasta la correcta deambulación:
- Maniobras de Ortolani y Barlow en periodo neonatal precoz (anexo 1). Se recomienda que ante una maniobra clínica positiva, el bebé sea remitido a especialista en ortopedia. El clic de cadera debe ser considerado como un hallazgo normal.
- Exploración de caderas, abducción y asimetrías (anexo 2), en todas las revisiones de salud, hasta que esté correctamente establecida la deambulación.
- Se realizará ecografía de caderas tras el primer mes de vida (entre las 4 y las 8 semanas) o radiografía si es mayor de 4-6 meses, ante una exploración clínica dudosa o anormal o ante la presencia de dos o más marcadores de riesgo.

Comentario

La displasia evolutiva de la cadera incluye desde la luxación (dislocación franca), la subluxación (dislocación parcial) y la inestabilidad o luxabilidad (la cabeza entra y sale del cotilo), hasta una serie de anomalías radiológicas que indican displasia acetabular. Cuanto antes se detecte una cadera luxada, el tratamiento resulta más sencillo y eficaz, mejorando el pronóstico. A pesar de los programas de cribado sistemático neonatal, se siguen diagnosticando luxaciones de cadera en etapas avanzadas de la lactancia y la infancia. Estos hallazgos pueden, realmente, no estar presentes al nacer e ir apareciendo a lo largo del desarrollo, por lo que el término *evolutiva* (en inglés "*developmental*") tiene mayor exactitud que el de *congénita*.

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

ANEXO 1

MANIOBRAS DE ORTOLANI Y BARLOW

- **La maniobra de Ortolani** pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se explorará cada cadera de forma independiente. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole nosotros las caderas y rodillas 90° a base de pinzarle el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y el 2º y 3er dedo que apretarán por la cara externa el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira, con nuestros dedos 2º y 3º presionando el trocánter hacia dentro y arriba, hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce (la cabeza del fémur “entra”) oiremos un clic fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga. La percepción de un chasquido, crepitación o clic es normal y no debe inducir a sospecha clínica de DEC.

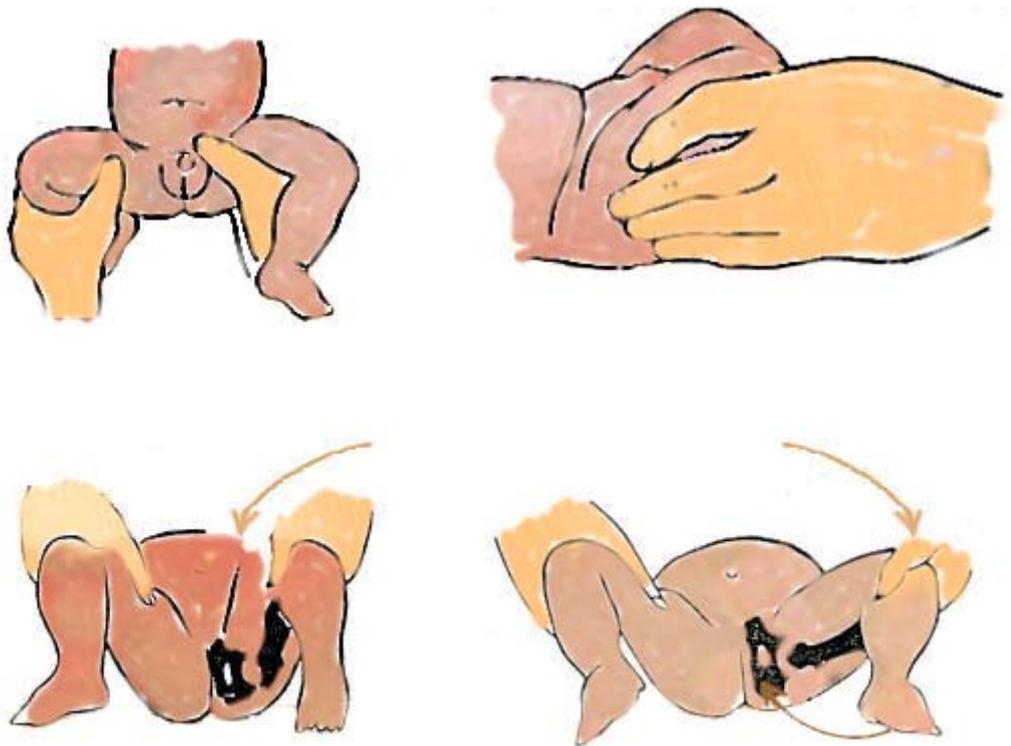


Figura 1. **Maniobra de Ortolani**

- **La maniobra de Barlow** busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas en abducción de 45 grados: mientras una cadera fija la pelvis, la otra se movilizará suavemente en adducción y abducción intentando deslizarla sobre el borde acetabular, intentando luxarla al adducir, empujando con el pulgar el cuello del fémur hacia afuera y hacia atrás mediante una presión axial sobre la diáfisis, y luego reduciéndola en abducción.

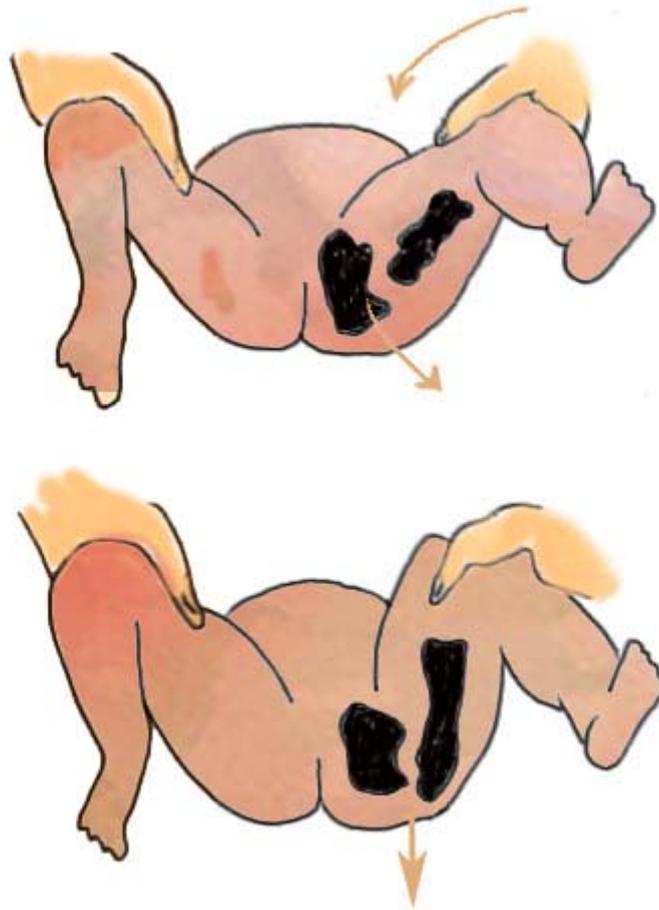


Figura 2. Maniobra de Barlow

La prueba de Ortolani traduce una luxación, y la de Barlow una cadera luxable o displásica.

Tras el período neonatal precoz las maniobras de Ortolani y Barlow ya no están indicadas por bajar su sensibilidad. Hay pobre evidencia de riesgos propios del cribado, como podría ser la luxación secundaria o la necrosis de la cabeza femoral.

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

ANEXO 2

EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DE CADERAS

Búsqueda sistemática de signos directos e indirectos de DEC

La abducción forzada de los muslos (limitación de la abducción): resultará imposible a más de 60 grados en caso de que exista luxación. En la cadera normal la abducción al menos será de 75 grados. Se aconseja explorar cada lado por separado.

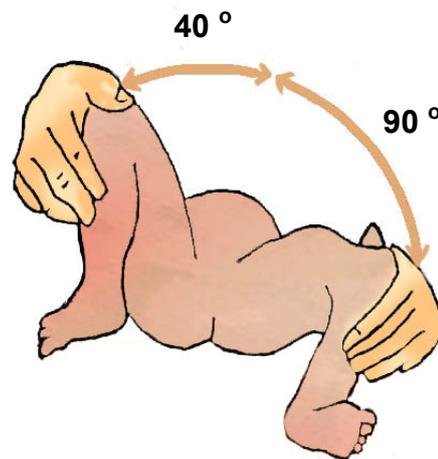


Figura 3. Asimetría en la amplitud de la abducción.

Asimetrías de pliegues:

Pueden ser signos de DEC la desviación de la vulva en las niñas, o la actitud asimétrica de los pliegues inguino-vulvares (debe explorarse en decúbito supino) o el ascenso del pliegue poplíteo.

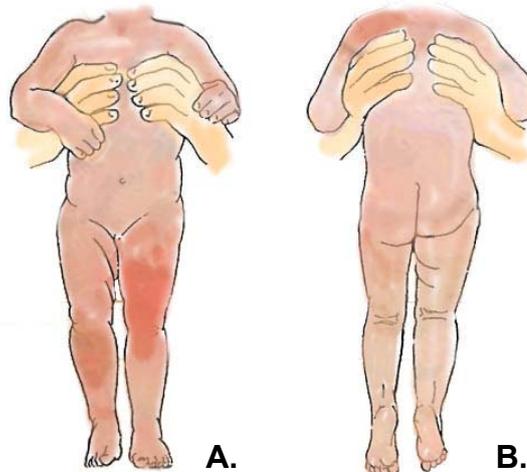


Figura 4. Asimetría de pliegues.

Asimetría longitud de miembros o acortamiento de un muslo (signo de Galeazzi):

Se exploran mejor en flexión de caderas y rodillas, apreciándose la menor longitud del muslo en caso de luxación de cadera.

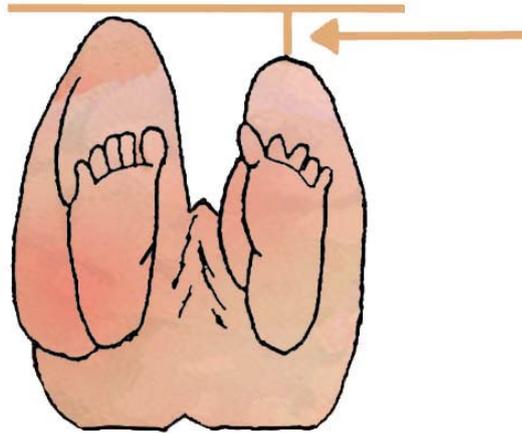


Figura 5. Acortamiento de muslo (mejor explorar en flexión).

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

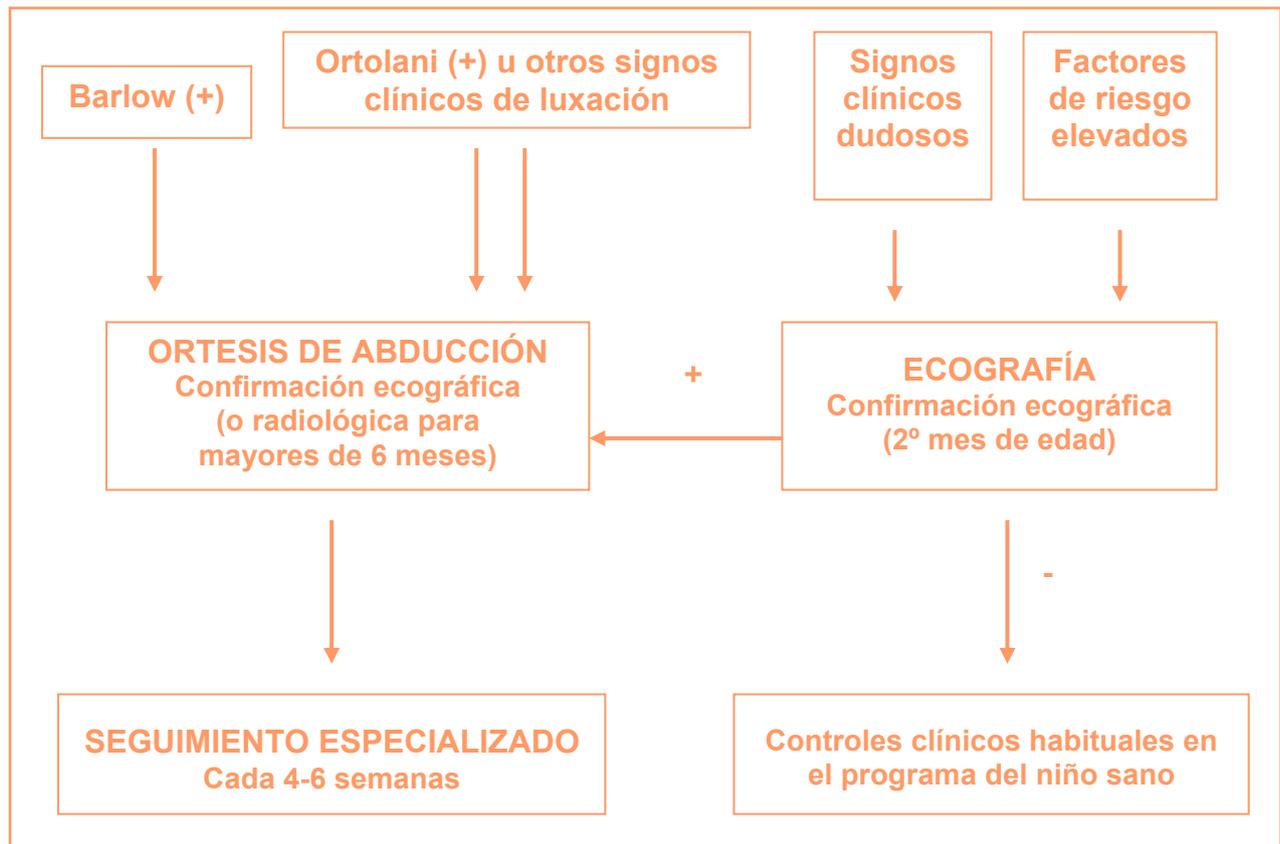
ANEXO 3

TRATAMIENTO

El tratamiento ortopédico se basa en mantener las caderas en flexión y abducción permanente durante 2 ó 3 meses mediante una férula que permita cierta movilidad. Ante la positividad de la maniobra de Ortolani se derivará el paciente sin dilación a especialista en ortopedia.

Ante la positividad de la maniobra de Barlow se deberá obtener una confirmación ecográfica a las 6 semanas de vida. La aplicación de doble o triple pañal no es recomendable, ya que nunca se ha podido demostrar su eficacia.

En los casos de diagnóstico tardío (sobre todo a partir del sexto mes) o en aquellos casos que no responden bien al tratamiento ortopédico puede ser necesaria la cirugía correctora.



DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

Población diana:

- Toda la población infantil.

Periodicidad:

- Detección de anomalías del cuello y plexo braquial: tortícolis muscular congénito en lactantes hasta los 6 meses, fractura de clavícula congénita y parálisis del plexo braquial en las visitas del **periodo neonatal**.
- Detección de anomalías del pie: deformidades congénitas en las visitas del periodo neonatal, anomalías del arco plantar en los exámenes de salud **a partir de los 4 años**.
- Deformidades torsionales y angulares de extremidades inferiores, motivo frecuente de consulta **desde el inicio de la deambulación**. La mayoría de las alteraciones son temporales y mejoran espontáneamente.
- Cribado de escoliosis y otras deformidades de la espalda. Actualmente existe recomendación en contra del cribado sistemático en menores asintomáticos para detectar escoliosis ideopática. Se realizará **en menores sintomáticos a partir de los 6 años**.
- Cribado de displasia evolutiva de cadera (ver tema específico)

Actividades:

- Detección de anomalías del cuello y plexo braquial
- Detección de anomalías del pie
- Deformidades torsionales y angulares de extremidades inferiores
- Cribado de escoliosis
- **DETECCIÓN DE ANOMALÍAS DEL CUELLO Y PLEXO BRAQUIAL**

Inspección de la longitud del cuello, movilidad y actitud espontánea, lateralización de la cabeza, presencia de limitación a la movilidad pasiva, palpar los relieves musculares en ambos lados del cuello, la integridad de las clavículas, actitud y movilidad espontánea de extremidades superiores.

Remitir precozmente a rehabilitación las parálisis braquiales y la tortícolis que se presentan desde el momento del nacimiento sin antecedentes de parto laborioso y sin evidencia de masa en ECM.

Informar a la familia del hallazgo de fractura obstétrica de clavícula y su evolución a resolución sin tratamiento; aconsejar respecto a evitar las manipulaciones bruscas del brazo y no acostar de ese lado.

Vigilar la aparición de tortícolis congénito hacia las 2-4 semanas de vida; aconsejar manipulaciones suaves, ejercicios de estiramiento y colocar al bebé de forma tal que para mirar a las personas de su entorno o a la luz tenga que girar la cabeza en posición de corrección. Revisar y si no mejora derivar para rehabilitación.

• DETECCIÓN DE ANOMALÍAS DEL PIE

Etapa neonatal:

- Explorar el pie en posición neutra para ver si existen deformidades. Si es así, explorar si éstas son reductibles o no mediante manipulación.
- Derivar para tratamiento ortopédico precoz el pie equino-varo o zambo, el metatarso aducto y el pie talo-valgo (éstas dos cuando no son reductibles con manipulación).
- En las deformidades reductibles aconsejar a la familia la realización de ejercicios de estiramiento pasivo durante unos segundos varias veces al día (asociarlos a los cambios de pañal). Comprobar la corrección en las siguientes visitas.
- El pie cavo al nacimiento obliga a buscar alteración neurológica subyacente. Remitir siempre a ortopedia infantil.

El menor que camina:

- Explorar la huella plantar en el podoscopio, el rango de movilidad del tobillo y la marcha.
- El pie plano esencial, laxo o flexible no precisa tratamiento y ninguna medida será efectiva, por lo que basta con informar a la familia para evitar tratamientos innecesarios.
- El pie plano rígido, se debe a fusión de huesos del retropié, generalmente aparece sobre los 8-10 años y provoca dolor en la cara externa del pie que se agrava con el deporte y la marcha por terreno irregular. Remitir para tratamiento.
- Es frecuente la marcha de puntillas hasta los 3 años y suele desaparecer hacia esa edad, explorar si está limitado el movimiento de flexo-extensión del pie para descartar acortamiento del tendón de Aquiles que requiere tratamiento en traumatología infantil y si están exaltados los reflejos osteotendinosos, estudio en neuropediatría.

• DEFORMIDADES TORSIONALES Y ANGULARES DE EXTREMIDADES INFERIORES

Valoración completa en bipedestación desde la cadera hasta los pies: ver si las rodillas están giradas hacia la línea media, si existe torsión tibial, medir la distancia intermaleolar y entre los

cóndilos femorales internos; evaluación visual de la marcha y establecer el perfil rotacional: ángulo de progresión del pie (diferencia entre el eje longitudinal del pie y la línea de progresión de la marcha), en decúbito prono medir el ángulo muslo-pie y el ángulo de rotación femoral interna y externa.

Deformidades angulares de extremidades inferiores.

Los menores de un año presentan un varo fisiológico que se va corrigiendo progresivamente pasando a valgo fisiológico. A los 2-3 años de vida este progresa, suele ser máximo hacia los 6-7 años y posteriormente disminuye hasta los valores normales de la edad adulta (valgo menor de 4-10 grados)

- Genu valgo (piernas en "x"):

Las rodillas se juntan en la línea media y aumenta la distancia entre los maleolos tibiales. Frecuente entre los 2 y los 10 años, se debe derivar si la distancia intermaleolar es mayor de 10 cm, si es asimétrico o aparece en edades no fisiológicas. Si no es así explicar a la familia que no precisa tratamiento.

- Genu varo (piernas en "paréntesis"):

Las rodillas se alejan en la línea media lo que conlleva aumento de la distancia entre los cóndilos femorales. Es fisiológico y se resuelve de forma espontánea hasta los 2 años. Derivar si empeora a partir de esta edad, es unilateral o si la distancia entre los cóndilos femorales internos es superior a 5 cm (descartar raquitismo, enfermedad de Blount).

Deformidades torsionales o rotacionales de extremidades inferiores

Son alteraciones que causan una desviación del pie hacia dentro (rotaciones internas) o hacia fuera (rotaciones externas), a veces se aprecian mejor al observar la marcha. Se pueden originar en el fémur o en la tibia.

Se puede diferenciar el origen (fémur o tibia) con una sencilla maniobra, sentando al menor. Si la deformación esta originada en el fémur en posición sentada desaparece la torsión, ya no presenta la desviación del pie, mientras que si se origina en la tibia se mantendrá la misma.

Rotación	Femoral interna	Femoral externa	Tibial interna	Tibial externa
Pie (marcha)	Desviación interna	Desviación externa	Desviación interna	Desviación externa
Sentado	Normal	Normal	Desviación interna	Desviación externa

- Anteversión femoral o rotación femoral interna:

Es la causa más frecuente de marcha en rotación interna de los 3-12 años. Su aparición se favorece al sentarse en "W". Se presenta el doble de veces en niñas que en niños. La marcha es torpe (carrera en batidora), los muslos están rotados internamente y las rótulas miran hacia dentro (estrabismo de rodillas). El ángulo de rotación externa de las caderas está limitado y el de rotación interna aumentado hasta los 90°. Se debe informar a la familia de la alta probabilidad de

resolución espontánea al final del crecimiento. Sólo un 1% de los casos precisa osteotomía desrotatoria, nunca antes de los 9 años. Desaconsejar sentarse con las piernas en "W". Hay discrepancias entre especialistas respecto a si las medidas posturales (sentarse con las piernas cruzadas "como los indios") y ejercicios de rotación externa como el ballet o patinaje, ayudan a la corrección.

- Rotación femoral externa:

Es rara. Si se observa marcha en rotación externa se debe descartar epifisiolisis de cadera, sobretudo si es unilateral y/o afecta a adolescente con sobrepeso. Solicitar en estos casos radiografía anteroposterior y lateral de Lauenstein de caderas.

- Torsión tibial interna:

Es la causa más frecuente de marcha en rotación interna en menores de 2 años. En este caso las rótulas miran al frente pero los pies están girados adentro. Medir el ángulo muslo-pie en decúbito prono con las rodillas en flexión de 90°. Informar de su resolución espontánea en la mayoría de los casos alrededor del año después de conseguir la deambulación. Derivar si persiste a los 5 años de vida o si el ángulo muslo-pie es inferior a -10°.

- Torsión tibial externa:

El ángulo muslo-pie es mayor de +30°, suele resolverse espontáneamente aunque es más frecuente la persistencia en la adolescencia.

• CRIBADO DE ESCOLIOSIS

Actualmente existe evidencia en contra del cribado universal para detectar escoliosis en menores asintomáticos. Sólo se debe realizar si existe sintomatología y parece prudente realizar la inspección visual de la espalda en las visitas de seguimiento de salud, si existen antecedentes familiares de este problema.

Existe acuerdo en desaconsejar la práctica de cribado dentro de los reconocimientos de Salud Escolar, no resulta eficiente pues aumenta el número de derivaciones sin disminuir el número de casos que precisan tratamiento quirúrgico.

El examen físico de la espalda se realiza en decúbito prono en la etapa de recién nacido y lactante; a partir de la edad preescolar, en bipedestación con los brazos alineados a lo largo del cuerpo. Se observan las apófisis espinosas, las escápulas y el nivel de las crestas ilíacas, buscando asimetrías, en cuyo caso se realiza la maniobra de Adams: se explora al paciente desde atrás, con el observador en posición sentada, a una distancia de un metro y medio. Se le pide que flexione el tronco hacia delante con las piernas juntas en extensión y la cabeza y los brazos colgando de forma simétrica. La maniobra es positiva si se observa una prominencia en el lado de la convexidad y si es negativa se descarta escoliosis.

Se debe diferenciar la escoliosis estructurada de la actitud escoliótica y de la postural. En ambos casos, la curva del raquis desaparece en decúbito o al inclinar el tronco al lado contrario a la curva.

En algunos casos es antiálgica o por disimetría de extremidades inferiores (no se tratan si son menores de 1cm). La telerradiografía de columna de una escoliosis estructurada evidencia la rotación de los cuerpos vertebrales mientras que en la actitud escoliótica no aparece este signo.

Si la maniobra de Adams es positiva se debe solicitar telerradiografía de columna en bipedestación en proyección postero-anterior. Se determina el ángulo de escoliosis mediante el método de Cobb (trazar una línea siguiendo el borde superior de la vértebra más alta inclinada hacia la concavidad y otra línea siguiendo el borde inferior de la vértebra más baja. La intersección de ambas líneas forma el ángulo de la curvatura con un margen de error de $\pm 5-7^\circ$).

Se deben derivar para estudio las curvas con ángulo superior a 10° . Si el ángulo es inferior a esta cifra se revisará la espalda anualmente hasta el final del desarrollo. Curvas entre 10 y 20° deben ser seguidas por especialista cada 4-6 meses hasta el final del desarrollo, curvas de $20-40^\circ$ precisan tratamiento conservador con órtesis rígida (corsé). Se realiza tratamiento quirúrgico en las curvas de más de 60° , escoliosis de más de 40° en período de crecimiento o si la progresión de la curva es rápida a pesar del tratamiento con corsé.

Aunque es imposible predecir qué curvas van a progresar rápidamente y a requerir tratamiento, esto se ha relacionado con los siguientes factores: curvas dobles, edad de presentación temprana, detección cuando aún no se ha producido la menarquia, menor estadio de maduración (se utiliza el test de Risser de osificación de la pala ilíaca o los estadios de Tanner), mayor magnitud de la curva en el momento de la detección y sexo femenino. Menor riesgo si la curva es lumbar.

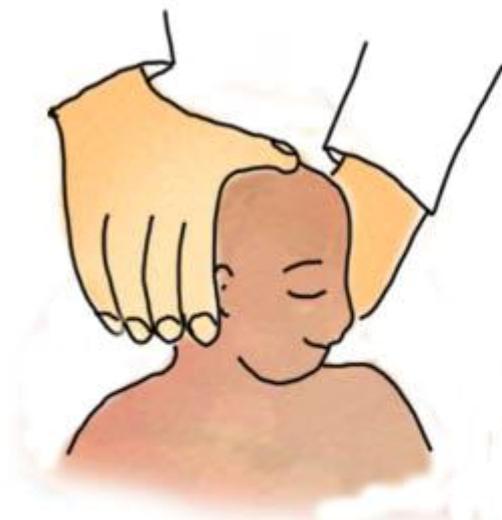
Recursos:

- Podoscopio
- Plomada/escoliómetro

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 1

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN DEL CUELLO



Llevar el mentón hacia el
hombro del lado afecto



Inclinar la cabeza hacia
el lado contrario

Realizar varias veces al día con el niño relajado

**DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR**

ANEXO 2

DEFORMIDADES DEL PIE



Pie equino-varo o zambo

Pie talo-valgo

Metatarso aducto

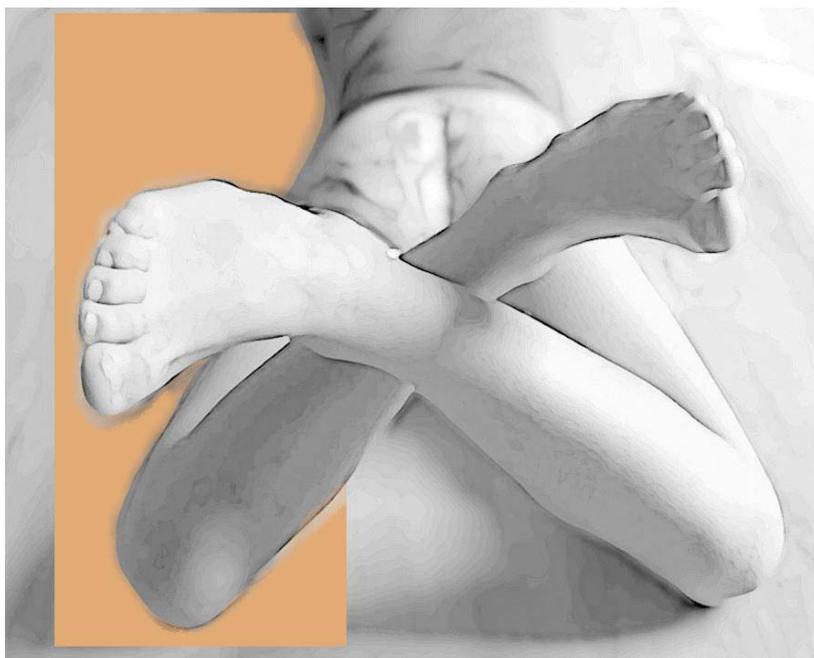
DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 3

EXPLORACIÓN DEL ÁNGULO DE ROTACIÓN DE LA CADERA



Ángulo de rotación interna



Ángulo de rotación externa

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 3

ANOMALÍAS ANGULARES DE EXTREMIDADES INFERIORES



Alineación normal

Genu valgo

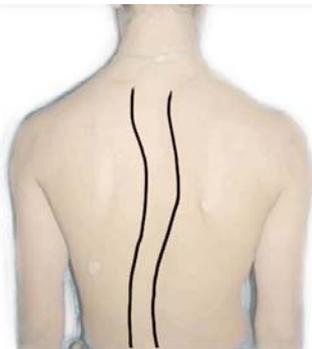
Genu varo

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 5

ESCOLIOSIS

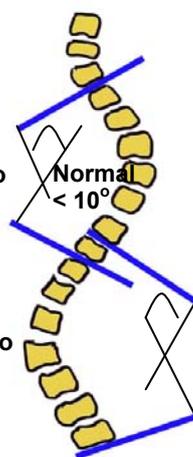
Inspección buscando asimetrías en los relieves óseos



Adams positivo



Adams negativo



Maniobra de Adams: flexión del tronco con piernas extendidas y brazos colgando en actitud simétrica. Positiva: giba en el lado de la convexidad.

Telerradiografía de columna: medir el ángulo de escoliosis por el método de Cobb. Ángulo entre las líneas que delimitan el borde superior e inferior de la convavidad.

CRIBADO DE CRIPTORQUIDIA

Población diana:

- Todos los varones.

Periodicidad:

- La exploración de testículos para cribado de criptorquidia debe realizarse en la visitas del programa de salud infantil desde el mes hasta el año de vida.
- Se realizará en vistas posteriores si no se ha realizado previamente o no hay constancia del mismo.
- En el caso de presentar testículo retráctil o en ascensor realizar revisiones anuales hasta los 8 años de edad (riesgo de reascenso).

Actividades:

- Exploración de los genitales externos (anexo 1) para comprobar la presencia de los testículos dentro de las bolsas escrotales. Registrar ante situación de normalidad.
- Ante la presencia de criptorquidia unilateral se realizará registro y seguimiento, si se mantiene a los 6 meses de vida se derivará a cirugía o urología infantil para que planifiquen tratamiento idóneo.
- En prematuros podemos esperar hasta el año porque pueden presentar un descenso más tardío.
- Si la criptorquidia es bilateral o si asocia hipospadias la derivación será inmediata.
- En los casos en los que el diagnóstico se realice después de los 6 meses de vida derivación al diagnóstico.
- La presencia de testículo retráctil no requiere tratamiento pero sí supervisión en Las visitas de salud, ante la posibilidad teórica de reascenso.

Definiciones:

Criptorquidia: A efectos prácticos y de actuación la definiremos como cualquiera de las siguientes situaciones:

- Testículo no palpable (comprende la ausencia de testículo o anorquia y la presencia de testículos en cualquier localización que no es palpable)
- Testículo que se palpa pero no se consigue descender hasta el escroto.
- Testículo que se palpa, se logra descender a escroto pero reasciende nada más soltarlo.
- Testículo en ascensor o retráctil: el testículo se encuentra localizado fuera de bolsa escrotal pero se introduce perfectamente en el escroto y permanece en el (aunque ascienda por reflejo cremastérico)

CRIBADO DE CRIPTORQUIDIA

ANEXO 1

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

La exploración se realizará en un ambiente cálido, y con las manos calientes, con el niño en decúbito supino y con las piernas abiertas.

En primer lugar se debe observar el aspecto de los genitales externos tamaño, color, simetría, también se valorarán posibles alteraciones en el pene (hipospadias, micropene,...) que pueden ser indicativas de endocrinopatía o alteraciones cromosómicas.

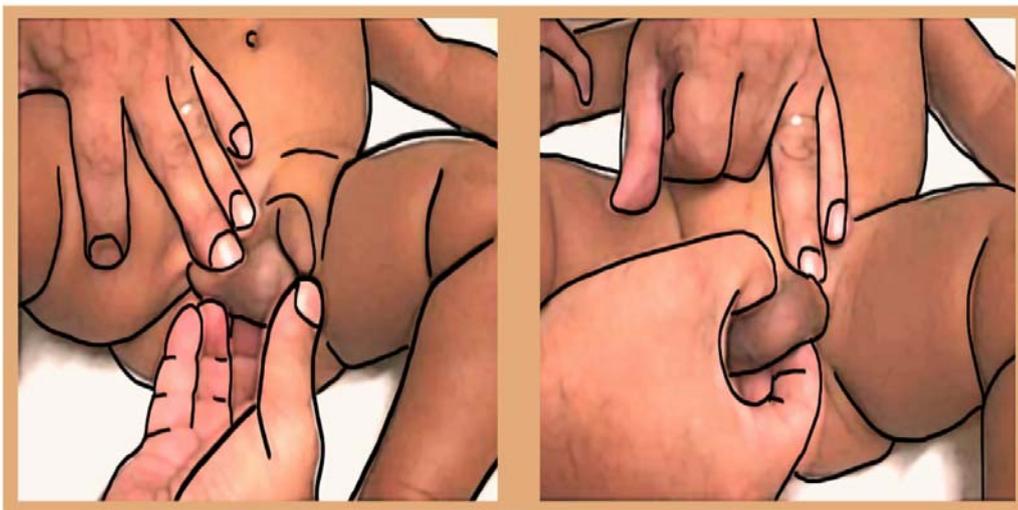
Para la palpación del testículo se comienza empujando con suavidad con la punta de los dedos de una de las manos, siguiendo el trayecto del canal inguinal hacia la bolsa escrotal tratando de localizar el testículo.

Si se localiza el testículo se pinzará con los dedos de la mano contraria. Hay que valorar su tamaño, consistencia y localización. Es importante comprobar, en el caso de que el testículo no se encuentre directamente en bolsa escrotal, que descienda con facilidad o si por el contrario presenta resistencia o reasciende fuera de la bolsa nada más soltarlo.

Si no se localiza el testículo es aconsejable repetir la exploración para no cometer errores diagnósticos.

Los testículos se exploran individualmente.

En ocasiones, para disminuir el reflejo cremastérico y facilitar la exploración, se puede realizar con el niño sentado con las piernas cruzadas o bien en cuclillas, especialmente en niños mayores.



Imágenes adaptadas de Previnfad.

REFRACCIÓN

Población diana:

- Toda la población infantil de 0 a 14 años.

Periodicidad:

- En las visitas del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.

Procedimientos según edad:

Periodo neonatal hasta revisión de los 4 meses:

- Antecedentes familiares personales.
- Preguntas y observación comportamiento visual.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo rojo.
- Test de Bruckner
- Reflejo corneal a la luz (test de Hirschberg).

Revisión 6 meses hasta los tres años:

- Antecedentes familiares personales.
- Preguntas y observación comportamiento visual.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo rojo.
- Test de Bruckner
- Reflejo corneal a la luz (test de Hirschberg).

- Test de ojo cubierto descubierto (cover test).

Revisiones desde 4 a 6 años:

- Antecedentes familiares personales.
- Preguntas y observación comportamiento visual.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo corneal a la luz (Test de Hirschberg).
- Test de ojo cubierto descubierto (cover test).
- Test de visión esteroscópica.
- Agudeza visual de cada ojo (cerca y lejos).

Revisiones mayores 6 años:

- Antecedentes personales.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Agudeza visual de cada ojo (cerca y lejos).

Actividades:

- Detectar ambliopía, causa más común de pérdida de visión en países desarrollados, y sus factores de riesgo asociados:
 - Estrabismo.
 - Anisometropía (diferencia de agudeza visual entre ambos ojos).
 - Catarata.
 - Ptosis palpebral.
- Detectar errores de refracción no asociados a ambliopía, generalmente miopía e hipermetropía, mediante utilización de optotipos.
- Valorar Antecedentes Familiares y personales de problemas oculares o que puedan asociarse a ellos. (Anexo 1)
- Preguntar a la familia sobre posibles problemas visuales y sobre el desarrollo del comportamiento visual. (Anexos 2 y 3)
- Realizar inspección externa: párpados, globos oculares, reflejos pupilares, motilidad ocular y comportamiento visual.
- Descartar estrabismo mediante test de Bruckner, test de Hirschberg para el estrabismo fijo (tropías) y test de ojo cubierto-descubierto (Cover-test) para el estrabismo latente (forias).

Herramientas:

- **Reflejo rojo:** Evalúa la transparencia ocular y de la retina. Se explora observando a través del oftalmoscopio, a 30-45 cm. enfocando la pupila. El espacio pupilar aparecerá de un color homogéneo rojizo-naranja brillante y simétrico en ambas pupilas.
- **Test de Bruckner:** Valora cualitativamente la posible existencia de estrabismo. Consiste en observar el reflejo rojo del fondo de ambos ojos simultáneamente a través del oftalmoscopio. Si los ojos están centrados y no existe gran anisometropía (más de 2 dioptrías de diferencia entre los 2 ojos) el reflejo será simétrico en forma y color.
- **Test de Hirschberg:** Valora la alineación ocular y se utiliza para detectar tropías o estrabismos fijos. Se basa en la observación del reflejo luminoso corneal procedente de una luz situada a unos 40 cm de los ojos. Si el menor presenta estrabismo los reflejos no serán simétricos ni centrados (estrabismo de unos 15º si el reflejo coincide sobre el borde pupilar, si está entre borde pupilar y corneal unos 30º y si es sobre limbo corneal de unos 45º). En ortotropía (los ejes visuales coinciden sobre el objeto que fijamos) los reflejos serán simétricos y centrados. Puede resultar imposible de realizar en lactantes poco colaboradores y no detecta estrabismos intermitentes o forias.

- **Test de ojo cubierto-descubierto (Cover test):** Detecta forias o estrabismo latente u oculto. Técnica (anexo 4): El menor fija la mirada en un objeto situado a unos 40 cm. Le tapamos un ojo, si este presenta un estrabismo latente o foria al dejar de enfocar (al taparlo) perderá la alineación (se desvía) y al destaparlo observaremos el movimiento de corrección que hace para enfocar nuevamente el objeto. Si el ojo no presenta estrabismo latente al taparlo se mantendrá alineado con el ojo descubierto y al destaparlo no se evidenciará ningún movimiento. Esta prueba requiere cierta colaboración y puede ser difícil de realizar en menores de 2-3 años. Existen ocluidores comerciales traslúcidos (no transparentes) que permiten ver el comportamiento durante el test del ojo ocluido facilitando la interpretación de la prueba.
- **Test de visión estereoscópica o de exploración de la visión binocular:** Constituyen pruebas muy útiles para detectar posibles ambliopías, se pueden utilizar sistemáticamente a partir de los 3 años y en algunos menores colaboradores desde los 2 años. Algunos ejemplos son el TNO, el Titmus Stereo Test o el Lang estereotest.
- **Exploración de la agudeza visual mediante optotipos:** Debemos utilizar optotipos ajustados a la edad del menor a explorar (ejemplos Allen o Pigassou en preescolares, E de Snellen o signos alfabéticos en escolares). La prueba se realizará a la distancia correcta del optotipo. Se valorará la agudeza visual de cada ojo por separado, tapando el ojo que no estamos explorando, a ser posible con ocluidores oculares. La agudeza visual normal varía con la edad y va aumentando de forma progresiva llegando a la unidad a los 6-8 años de vida. A los 4 años al menos debe ser de $\frac{1}{2}$. Debe sospecharse ambliopía si la agudeza visual difiere entre ambos ojos en más de una línea.
- **Exploración de la agudeza visual cercana:** Se explorará cada ojo por separado, debemos emplear test homologados para la valoración de la agudeza visual cercana como el de Rossano Weiss.
- **Agujero estenopeico:** Se trata de una herramienta que nos ayuda a establecer el diagnóstico de sospecha de defectos de refracción durante la exploración de la agudeza visual. Consiste en una pantalla opaca con uno o varios agujeros pequeños que colocaremos delante del ojo a explorar. Cuando tenemos una disminución de la agudeza visual exploraremos nuevamente la misma empleando el agujero estenopeico, si esta mejora (incluso es posible que se normalice) podemos sospechar que presenta un defecto de refracción por el contrario si la agudeza visual no mejora con el agujero estenopeico debemos sospechar otras causas como enfermedades de la retina, cataratas o enfermedades del nervio óptico.

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 1

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A AMBLIOPÍA, TRASTORNOS DE REFRACCIÓN Y OTRAS ANOMALÍAS DE VISIÓN

Factores personales:

- RN de menos de 1.500 g. o menos de 30 semanas de gestación.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Retinopatía de la prematuridad.
- Desórdenes neurológicos o retraso del crecimiento madurativo.
- Artritis idiopática juvenil.
- Anormalidades craneofaciales.
- Enfermedades tiroideas.
- Diabetes Mellitus de más de 5 años de diagnóstico.
- Síndromes generales asociados a anomalías oculares.
- Enfermedades sistémicas que precisan tratamiento de larga duración con corticoides o fármacos con efectos oculares.

Factores familiares:

- Retinoblastoma.
- Cataratas en la infancia.
- Glaucoma infantil.
- Degeneración retiniana.
- Estrabismo.
- Ambliopía.
- Miopía maligna.
- Historia de ceguera no asociada a traumatismo.

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 2

PREGUNTAS A LOS PROGENITORES PARA DETECTAR PRECOZMENTE PROBLEMAS VISUALES EN LA INFANCIA

- ¿Ha observado si su hijo o hija desvíá un ojo?
- ¿Ha notado si guiña siempre el mismo ojo cuando está en la calle?
- ¿Gira la cabeza para fijarse en algo?
- ¿Le lagrimea algún ojo frecuentemente?
- ¿Parpadea frecuentemente?
- Si le tapa un ojo y luego el otro, ¿nota alguna diferencia de comportamiento?
- ¿Entorna los ojos cuando se fija en objetos lejanos?
- ¿Se queja de dolor de cabeza por las tardes?
- ¿Tiene los ojos enrojecidos a menudo?
- ¿Presenta descamación de la piel entre las pestañas o le salen orzuelos con frecuencia?
- ¿Se acerca mucho para ver la TV o cuando dibuja o hace los deberes del colegio?

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 3

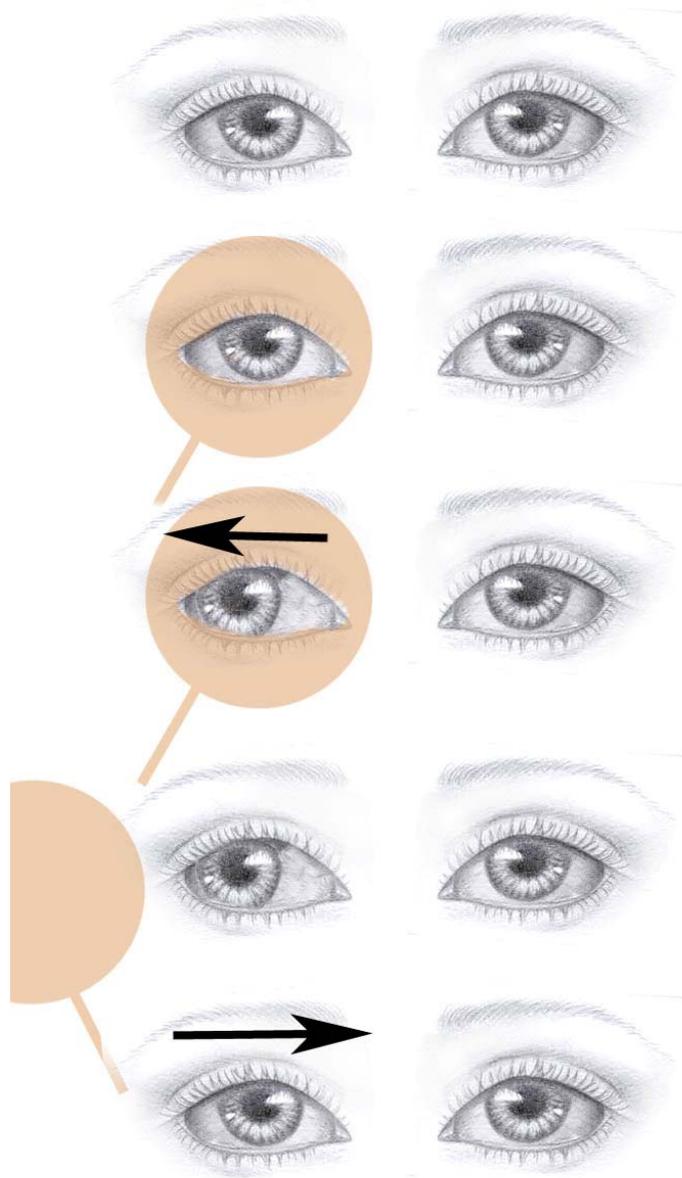
DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO VISUAL NORMAL

1 MES	Observa la cara de su madre. Mira un objeto oscilante 90º.
2 MES	Sigue a una persona que se mueve. Sigue un objeto móvil 90º.
3 MES	Fija-converge-enfoca. Sigue un objeto móvil 180º.
3-6 MES	Se mira la mano.
4 MES	Sonríe a su imagen en el espejo.
>7 MES	Toca su imagen en el espejo.
>9 MES	Se asoma para ver un objeto.

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 4

COVER TEST



Realización de cover test en paciente con exoforia derecha.

Esquema adaptado de Previnfad.

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 4

MOTIVOS DE REMISIÓN AL ESPECIALISTA

- Todo RN y lactante con alteraciones oculares, estrabismo fijo a cualquier edad, cualquier tipo de estrabismo a partir de los 6 meses y anomalías en el comportamiento visual normal.
- Escolares a partir de 4 años en quienes no se objetive visión estereoscópica.
- Todo estrabismo fijo o latente observado o intermitente referido por la familia aunque no podamos reproducirlo.
- Disminución de la agudeza visual, explorada en cada ojo por separado:
 - De 3-5 años: AV menor de 1/2 (0.5) ó 0.3 logMAR.
 - De 6-7 años: AV menor de 2/3 (0.66) ó 0.2 logMAR.
 - De 8 años en adelante: AV menor de 1 ó 0 logMAR.
- Diferencia de agudeza visual entre ambos ojos superior al 10% (mas de una línea del optotipo), aún dentro del rango aceptable.
- Disminución de la agudeza visual que no mejora con el estenopeico.
- Ante la presencia de factores de riesgo de ambliopía y otras anomalías visuales (anexo1)

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

Población diana:

- Toda la población infantil, al menos hasta completar la adquisición completa de lenguaje oral.
- Especial atención a menores con factores de riesgo de hipoacusia (anexo1).

Periodicidad:

- Cribado universal mediante realización de otoemisiones acústicas a todos los recién nacidos.
- Los menores con factores de riesgo de hipoacusia repetir prueba de cribado objetivo de hipoacusia (preferentemente potenciales evocados auditivos) antes de los 3 meses de vida.
- Explorar la audición en todas las vistas de seguimiento de salud infantil hasta los 6 años de vida (anexo 2)
- En la consulta a demanda si se identifican situaciones de riesgo (anexo1).

Actividades:

- En la primera visita comprobar que se han realizado otoemisiones acústicas antes del alta de la maternidad, registrar. Si no es así remitir al centro de referencia para su realización antes del mes o al menos antes de los 3 meses. Si la prueba fue positiva comprobar que ha sido citado para su repetición antes de los 3 meses de vida.
- Valorar la presencia de factores de riesgo de hipoacusia (anexo 1). Los menores con factores de riesgo que hayan pasado el cribado neonatal deben ser revaluados audiológicamente antes de los 24-30 meses mediante realización de potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.
- Vigilar el desarrollo evolutivo de la audición en todas las visitas al programa de salud infantil hasta los 6 años: recabar la opinión de la familia sobre la audición del bebé, explorar la reacción al sonido y supervisar el desarrollo del lenguaje verbal (anexos 2 y 3).
- Coordinar el seguimiento de los menores con diagnóstico confirmado de hipoacusia: comprobar que se ha iniciado tratamiento por ORL; realizar derivación para atención temprana, preferentemente antes de los seis meses de vida. Se recomienda realización de estudio oftalmológico al menos una vez para descartar déficit visual. Coordinación con trabajo social para el acceso de la familia a los recursos de ayuda y orientación.

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 1

FACTORES DE RIESGO DE HIPOACUSIA INFANTIL (adaptación de la actualización realizada por el Joint Committee of Infant Hearing 2007)

- Sospecha por parte de la persona cuidadora acerca de retrasos en el habla, desarrollo y audición normal.
- Historia familiar de hipoacusia permanente en la infancia.
- Estancia en Cuidados Intensivos Neonatales durante más de 5 días, incluidos los reingresos dentro del primer mes de vida.
- Haber sido sometido a oxigenación por membrana extra-corpórea, ventilación asistida, antibióticos ototóxicos, diuréticos del asa (furosemida), hiperbilirrubinemia que precisó exanguinotransfusión.
- Infecciones intrauterinas del grupo TORCH (citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis y toxoplasmosis).
- Anomalías craneofaciales incluyendo las del pabellón auricular, conducto auditivo, apéndices o fositas preauriculares, labio leporino o paladar hendido y anomalías del hueso temporal y asimetría o hipoplasia de las estructuras faciales.
- Hallazgos físicos relacionados con síndromes asociados a pérdida auditiva neurosensorial o de conducción como un mechón de pelo blanco, heterocromía del iris, hipertelorismo, telecantus o pigmentación anormal de la piel.
- Síndromes asociados con pérdida auditiva o pérdida auditiva progresiva o de comienzo tardío como neurofibromatosis, osteopetrosis y los síndromes de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson entre otros.
- Enfermedades neurodegenerativas como el síndrome de Hunter y neuropatías sensorio-motrices como la ataxia de Friedrich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth.
- Infecciones postnatales asociadas a pérdida auditiva, entre las que se incluyen las meningitis víricas (especialmente varicela y herpes) y bacterianas (especialmente hemófilus y neumococo).
- Traumatismo craneoencefálico, especialmente fracturas del hueso temporal y base de cráneo que requiera hospitalización.
- Quimioterapia.
- Enfermedades endocrinas. Hipotiroidismo.

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 2

HITOS ESPERADOS DEL HABLA-LENGUAJE-AUDICIÓN
(adaptado de Northem JL, Downs MP. "Hearing in children"
5ª ed. Lippincott Williams and Wilkins; Baltimore, 2002)

Nacimiento-3 meses

- Sobresalto ante ruidos fuertes.
- Despierta ante sonidos.
- Parpadeo o apertura de ojos ante ruidos.

3-4 meses

- Se tranquiliza con la voz de la madre.
- Deja de jugar al escuchar nuevos ruidos.
- Busca la fuente de sonidos nueva que no está a la vista.

6-9 meses

- Disfruta con juguetes musicales.
- Arrulla y gorjea con inflexiones.
- Dice bisilabos "mamá".

12-18 meses

- Responde a su nombre y al "no".
- Cumple pedidos simples.
- Cuenta con un vocabulario expresivo de 3-5 palabras.
- Imita algunos sonidos.

18-24 meses

- Conoce las partes del cuerpo.
- Cuenta con un vocabulario expresivo mínimo de 20-50 palabras (Usa frases de dos palabras).
- Un 50% del habla es inteligible para las personas extrañas.

36 meses

- Cuenta con un vocabulario expresivo de 500 palabras (usa frases de 4-5 palabras).
- Un 80 % del habla es inteligible para las personas extrañas.
- Comprende algunos verbos.

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA PROGENITORES Y PERSONAS CUIDADORAS SOBRE LA AUDICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

6 meses

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Se despierta ante ruidos fuertes?
- ¿Siente su bebé aproximarse a personas que no ve, o reacciona al oír hablar a personas conocidas sin verlas?
- ¿Intenta localizar ruidos que le llaman la atención?
- ¿Balbucea?

12-18 meses

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Responde de alguna manera a preguntas sencillas sin gestos?
- ¿Responde de alguna manera a un timbre o teléfono?
- ¿Responde de alguna manera cuando se le grita desde otra habitación?
- ¿Emite sonidos articulados o melódicos?
- ¿Ha comenzado a hablar?

2 años

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Responde de alguna manera a preguntas sencillas sin gestos y sin mirar a los labios?
- ¿Responde de alguna manera a un timbre o teléfono?
- ¿Responde de alguna manera cuando se le grita desde otra habitación?
- ¿Emite sonidos articulados o melódicos?
- ¿Dice palabras sencillas habituales?
- ¿Construye frases de dos palabras?

3-6 años

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Tiene un lenguaje adecuado a su edad?
- ¿Grita excesivamente al hablar?
- ¿Contesta frecuente o sistemáticamente con un "qué"?
- ¿Sube muy alto el volumen del televisor?
- ¿Tiene problemas de relación o integración en la escuela?
- ¿Es introvertido, distraído o agresivo?

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 4

CUESTIONARIO A PARTIR DE 10 AÑOS

(Modificado de National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Ten Ways to Recognize Hearing Loss. Bethesda, MD: National Institute of health, 2006)

- ¿Tienes problemas para escuchar una conversación al teléfono?
- ¿Tienes problemas para seguir una conversación cuando dos personas hablan al mismo tiempo?
- ¿Se quejan otras personas de que subes mucho el volumen del TV?
- ¿Debes esforzarte para entender una conversación?
- ¿Tienes problemas para escuchar en un ambiente ruidoso?
- ¿Le pides a otras personas que repitan con frecuencia lo que acaba de decir?
- ¿Te parece que muchas de las personas con las que hablas murmuran o no hablan con claridad?
- ¿Entiendes mal lo que te dicen o contestas de manera incorrecta con frecuencia?
- ¿Tienes problemas para entender el habla de mujeres o niños?
- ¿Se enojan las personas porque no comprendes bien lo que dicen?

NIH Publication No 01,4913 Disponible en <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/10ways.asp>

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

Población diana

- Todos los menores entre 0 y 14 años.
- Desarrollo psicomotor (DPM): especialmente en menores de 3 años.
- Grupos de especial vulnerabilidad o riesgo:

POR CAUSAS ORGÁNICAS:

RN de <1500 g o EG <32 S.

- Convulsiones neonatales.
- Apgar <3 a los 5 minutos o pH cordón <7,00.
- Necesidad de Ventilación mecánica.
- Hiperbilirrubinemia >25 mg/dl que precise exanguinotransfusión.
- Infección congénita pre o postnatal del SNC.
- Hijo de madre VIH, ADVP y/o Alcohol.
- Neuroimagen patológica.

- Trastornos genéticos dismórficos o metabólicos.

- SD Malformativos.

CAUSAS PSICOSOCIALES:

- Carencias afectivas-emocionales.
- Malos tratos.
- Separación o conflictos abiertos.
- Familia monoparental. Muerte de uno de los padres.
- Padres adolescentes.
- Falta de recursos económicos.
- Enfermedades crónicas de los padres (especialmente depresión, adicciones...)

Periodicidad

- En Todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Para lograr que estos niños y niñas desarrollen el máximo de sus capacidades y alcancen un óptimo desarrollo biopsicosocial, es necesario que exista implicación y coordinación entre las familias y los profesionales que se relacionan con los menores en sus distintos entornos: sanitario, familiar escolar y servicios sociales

- **Entorno Sanitario:** Observación directa del menor en la consulta. Revisiones en las visitas del programa de salud infantil en su centro de salud. Revisiones en consulta a demanda o de urgencias.
- **Entorno familiar:** conociendo las necesidades básicas de sus hijos e hijas en cada momento de su desarrollo, construyendo vínculos afectivos y observando sus adquisiciones.
- **Entorno escolar** (maestros y equipos orientación): observando la evolución de los menores en la escuela y sus adquisiciones cognitivas y sociales.

ACTIVIDADES:

1. Evaluación del desarrollo psicomotor (dpm)
2. Evaluación del desarrollo afectivo
3. Promover actividades de coordinación

• EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DPM)

El desarrollo psicomotor es el proceso de incremento de capacidades neuromotoras, cognitivas y psicosociales, que tiene lugar en la vida del niño durante sus primeros años. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas como al aprendizaje que el niño hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea. La evaluación del desarrollo psicomotor de un menor es un proceso complejo, que precisa un seguimiento a lo largo del tiempo. Los controles de salud infantil permiten una detección precoz de problemas y una intervención temprana, de ahí la importancia de conocer en las distintas edades, los principales hitos evolutivos indicativos de un desarrollo saludable y ajustado a la norma. Hay que precisar previamente que estos cambios evolutivos no tienen por qué seguir un orden estricto ni ser rígidos ni homogéneos en sus características puesto que dependerán en gran medida de las demandas socio-educativas y socio-culturales del entorno del menor.

Además de explorar las diferentes áreas, no olvidar preguntar a los padres, independientemente de la edad del niño, si tienen alguna preocupación con respecto al desarrollo de su hijo o hija.

Los puntos claves en la valoración del desarrollo psicomotor son:

- Conocer el desarrollo normal de un lactante.
- Conocer las variantes de la normalidad. (¿retraso o inmadurez?)
- Detectar signos de alarma. (Anexo III)
- Disponer de instrumentos sencillos de diagnóstico y detección precoz.
- Si hay una sospecha ¿informar o esperar?

En general:

- Durante el primer año se podrán diagnosticar la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo: formas severas y medias de parálisis cerebral, de retraso mental y déficits sensoriales.
- A lo largo del segundo año, pueden detectarse las formas moderadas o leves de los trastornos anteriores, así como los correspondientes al espectro autista.
- Entre los dos y los cuatro años se van a poner de manifiesto los trastornos y retrasos del lenguaje. Los trastornos motrices menores y los de conducta, a menudo ya presentes en etapas previas, se hacen más evidentes y se constituyen en motivo de consulta.
- A partir de los 5 años se detectan en las escuelas dificultades de aprendizaje, que ponen de manifiesto otros trastornos como deficiencia mental leve, disfunciones motoras finas, dispraxias, etc. que previamente han podido pasar desapercibidos.

Herramientas o recursos:

- Historia clínica detallada
- Exploración y valoración neuroevolutiva (Anexo I, Anexo VIII)
- Preguntar a los padres acerca de la evolución del menor y prestar atención a sus preocupaciones respecto al desarrollo de sus hijos/as. Las preocupaciones de los padres deben ser siempre tenidas en cuenta, ya que suelen ser los primeros en darse cuenta de que algo no marcha como era de esperar.
- Test de evaluación (Test de Denver II, el Haizea-Llevant, Chat, M-Chat,...) son herramientas muy utilizadas y orientativas aunque con limitaciones derivadas de su interpretación, por tanto no deben ser concluyentes a la hora de establecer un diagnóstico. (Anexo II)

- Signos de alerta. Los signos de alerta nos obligan a ser exhaustivos en la exploración y la historia clínica, valorando en su conjunto el desarrollo del niño, ya que un signo aislado es poco valorable. (Anexo III)

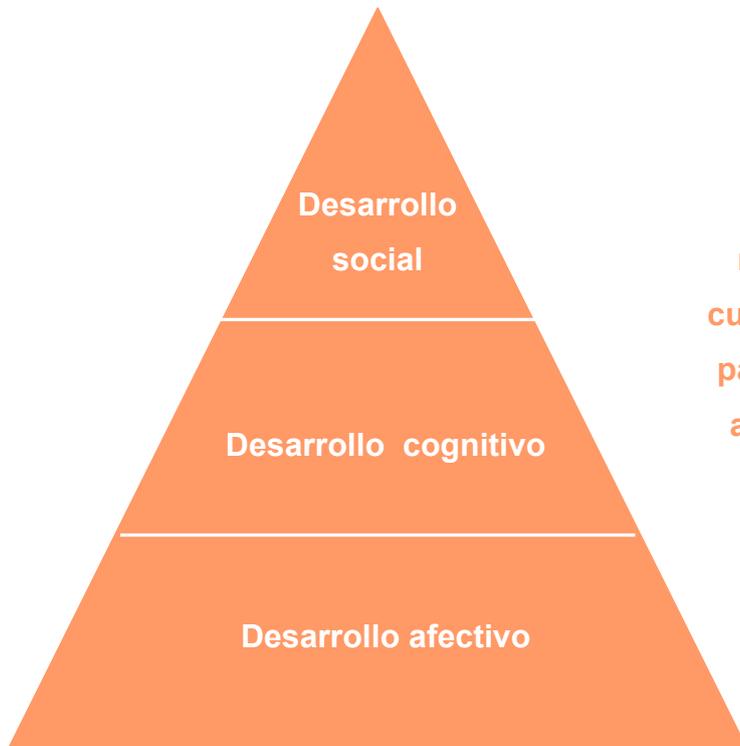
• EVALUACIÓN DEL DESARROLLO AFECTIVO

El desarrollo evolutivo es una construcción narrativa que el menor lleva a cabo incorporando elementos del mundo externo (realidad física, estímulos...) a su mundo interno, esta incorporación es posible gracias a una vinculación afectiva positiva o segura con sus figuras vinculares, por tanto el desarrollo afectivo está en la base de la pirámide del desarrollo evolutivo. (figura 1)

El desarrollo afectivo del menor permite crear modelos de referencia a través de los cuales se incorpora la información necesaria para su desarrollo cognitivo y a partir de ambos (desarrollo afectivo y cognitivo) se posibilita el desarrollo social.

Los vínculos afectivos juegan un papel esencial en la construcción de la identidad de la persona y de sus relaciones futuras, es la base de su seguridad y lleva a la persona a la exploración, al desarrollo de relaciones sociales y de su autonomía.

Una de las habilidades básicas de los padres o madres será saber vincularse afectivamente con sus hijos/as y transmitir modelos de referencia, incluidos los de género, que permitan en ellos un desarrollo integral, adquirir experiencia, desenvolverse y adaptarse al mundo exterior. (figura 1)



El desarrollo afectivo permite crear modelos de referencia a través de los cuales incorpora la información necesaria para el desarrollo cognitivo y a través de ambos se posibilita el desarrollo social

Figura 1. Pirámide del desarrollo evolutivo.

Puntos clave sobre el desarrollo afectivo:

- **Diferenciar interacción, vínculo y relación de dependencia.**
 - Interacción es una relación temporal, intercambiable, sin implicación afectiva ni compromiso.
 - Vínculo es una relación de dos única e insustituible (no es una característica de la persona sino de la relación), en la que ha habido implicación afectiva, permanencia en el tiempo y en la que se ha generado un proyecto de vida. Es la base de la seguridad y la autonomía.
 - Relación de dependencia: está basada en un vínculo afectivo inseguro o negativo e impide el desarrollo integral del menor.
- **Estimular conductas de apego (ver temas correspondientes)**
 - Promoción lactancia materna
 - Buen trato
 - Expresar el afecto
 - Compartir tiempo
 - Generar sentimientos de pertenencia
 - Compromiso y cuidado del otro
 - Observar aspectos positivos de los hijos
- **Fomentar la autonomía, y potencialidad de los menores.**
- **Atención a edades críticas, acontecimientos vitales estresantes** (adquisición de los hábitos de alimentación y sueño. Control esfínteres, rabietas, celos, adolescentes)
- **Seguimiento cercano de las situaciones de riesgo.**

Herramientas o recursos:

- Historia clínica detallada.
- Exploración y valoración de la construcción de vínculos afectivos entre los menores y sus padres. (Anexo IV)
- Conocimiento de las etapas evolutivas, adquisiciones, “momentos críticos” e indicadores y señales de alarma en el desarrollo psicológico. (Anexo I, III, VII, VIII)
- Detección de Factores de riesgo y Factores de protección en el desarrollo psicológico del menor. (Anexo V y VI)

- Facilitar un óptimo desarrollo psicosocial y afectivo mediante la derivación a consulta especializada de menores con señales de alarma.
- Guías anticipatorias que orienten a los padres sobre las necesidades básicas, parentalidad positiva, construcción de vínculo seguro y momentos críticos.
- Grupos Psicoeducativos de Padres, Escuela de Padres, Educación para la salud.

• PROMOVER ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN

En aquellos menores en los que se detecten signos de alerta o se sospeche que hay alteración del desarrollo se hará:

- Consulta con el trabajador/a social sanitario para que realice la valoración sociofamiliar.
- Derivación a los servicios especializados (neuropediatría, ORL, Oftalmología, Salud mental, según el caso), y a los servicios de atención temprana.
- Seguimiento en consulta programada de AP en programas específicos (ej: menores de 1500 g; Síndrome de Down, etc... (ver temas específicos)

Herramientas o recursos:

- Proceso de Atención Temprana: (Atención temprana: proceso asistencial integrado. Procesos específicos. Sevilla: Consejería de Salud)
- Asociaciones de discapacitados presentes en la comunidad.
- Consultas específicas de seguimiento en coordinación con atención especializada.
- Creación de Equipos de trabajo multidisciplinares con Unidad de Trabajo social para facilitar calendario de visitas a consulta especializada, derivación a otros servicios o asociaciones y asegurar la atención integral de estos menores.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 1

HITOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO

PERÍODO DE EDAD	DESARROLLO COGNITIVO
0-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio simple de reflejos innatos - Repetición, combinación y diversificación de reflejos
6-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Repetición de conductas que tienen consecuencias interesantes - Conducta intencional sensoriomotora (p.e. coger un objeto). - Inicio de la permanencia del objeto (conoce la existencia de un objeto que se esconde en su presencia) - Primeras muestras de imitación gestual
12-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Repetición de conductas con consecuencias interesantes pero con variaciones - Imitación gestual y conservación del objeto ya establecida - Imitación diferida - Conoce miembros de categorías - Representa situaciones vividas a través del juego - Reconoce su imagen en el espejo
2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor controlabilidad y adaptabilidad de la atención, pero requieren apoyo para atención sostenida y selectiva - Pensamiento <i>egocéntrico</i> o ceñido a su perspectiva y experiencias vitales. P.e. la creencia de que los objetos inanimados están vivos y dotados de intenciones - Deriva conocimientos nuevos de otros aprendidos previamente - Memoria autobiográfica
3-4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos categoriales complejos, en tres niveles: categorías básicas, supraordenadas y subordinadas - Recuerda una historia o cuento - Conocimiento del significado arbitrario de símbolos (números)
4-6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad progresiva de discriminar perspectivas diferentes a la suya (p.e. que un niño no sabe donde otro escondió un caramelo, a pesar de que él lo sepa) - Mayor capacidad de atención sostenida y selectiva, aunque en determinadas circunstancias precisan ayudas externas - Autoconcepto basado en el aquí y ahora y ceñido a características físicas, posesiones y preferencias (“tengo pecas; me gusta jugar al fútbol”).

PERÍODO DE EDAD	DESARROLLO COGNITIVO Y LENGUAJE COMPLEJO
6– 8 años	<ul style="list-style-type: none">- Mayor control y selección de la atención, adaptándose de manera más eficaz a las exigencias de cada situación- Uso de estrategias de memoria, principalmente repetir el material a aprender.- Habilidades en tareas de series de razonamiento (p.e. nieto-hijo-padre y...? abuelo)- Realizan exitosamente distintas tareas de reversibilidad, es decir, volver las cosas a un estado inicial de partida ya conocido por él para solucionar un problema.- Adquisición de repertorios básicos de lectoescritura y cálculo
8 -12 años	<ul style="list-style-type: none">- Uso más frecuente de la repetición como estrategia de memoria pero combinado con estrategias de organización comprensiva del material- Habilidades de razonamiento a través de analogías- Autoconcepto basado en rasgos de conducta y capacidades, enfatizando la pertenencia a una categoría (“soy un buen futbolista”) y las interacciones interpersonales.
>12 años	<ul style="list-style-type: none">- Capacidad para informar sobre razonamientos del tipo “creo que tu estás pensando que yo estoy pensando pedirte algo” y del tipo “el médico esta pensando qué pensará mi madre de lo que le ha dicho de la alimentación”- Habilidades de razonamiento hipotético-deductivo- Autoconcepto basado en actitudes y rasgos de personalidad abstractos (“soy muy solidario”) y expresado en términos relativos.- Establecimiento de preferencias profesionales, gustos u otros valores, así como estrategias de afrontamiento para su consecución.

PERÍODO DE EDAD	DESARROLLO DEL LENGUAJE Y COMUNICACIÓN
0-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación basada en señales cinéticas (gestos, sonrisas, llantos) - Arrullos - Protoconversaciones adulto/bebé
6-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Laleo o balbuceo reduplicativo (“ba-ba-ba-ba”) - Protoimperativos (usa al adulto para obtener un objeto) - Protodeclarativos (usa un objeto para llamar la atención del adulto) - Comprensión de las primeras palabras - Responde a su nombre - Parloteo: combinación de diferentes sonidos (“da-du”) - Expresión de la primera palabra
12-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Emite alrededor de 10 palabras - Imitación vocal - Sobre-extensiones (misma palabra para distintos referentes) - A los 18 meses: 50 palabras a nivel expresivo y 100 a nivel comprensivo. - Comprende órdenes sencillas - Explosión léxica a partir de los 20 meses - Holofrases: uso de una palabra para expresar una idea completa - Primeras combinaciones de palabras (“papá agua”)
2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> - Combinaciones de tres palabras - Pregunta por el nombre de las cosas - Habla “telegráfica” - Hiperregularizaciones: (“he ponido”, “no cabo”) - Incorporación progresiva al repertorio morfosintáctico: preposiciones, conjunciones, artículos, tiempos verbales, etc.
3-4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Aprende entre 5-9 palabras nuevas al día - Amplio repertorio fonológico de articulación vocal, pero son frecuentes los errores - Usa frecuentemente el lenguaje para comunicarse con adultos o jugando solo - Realiza preguntas sobre el funcionamiento de diversos eventos - Uso sistemático de morfosintaxis adecuada
4-6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Léxico de 8000 palabras - Dominio completo de la articulación fonológica. - Dominio de errores de hiperregularización

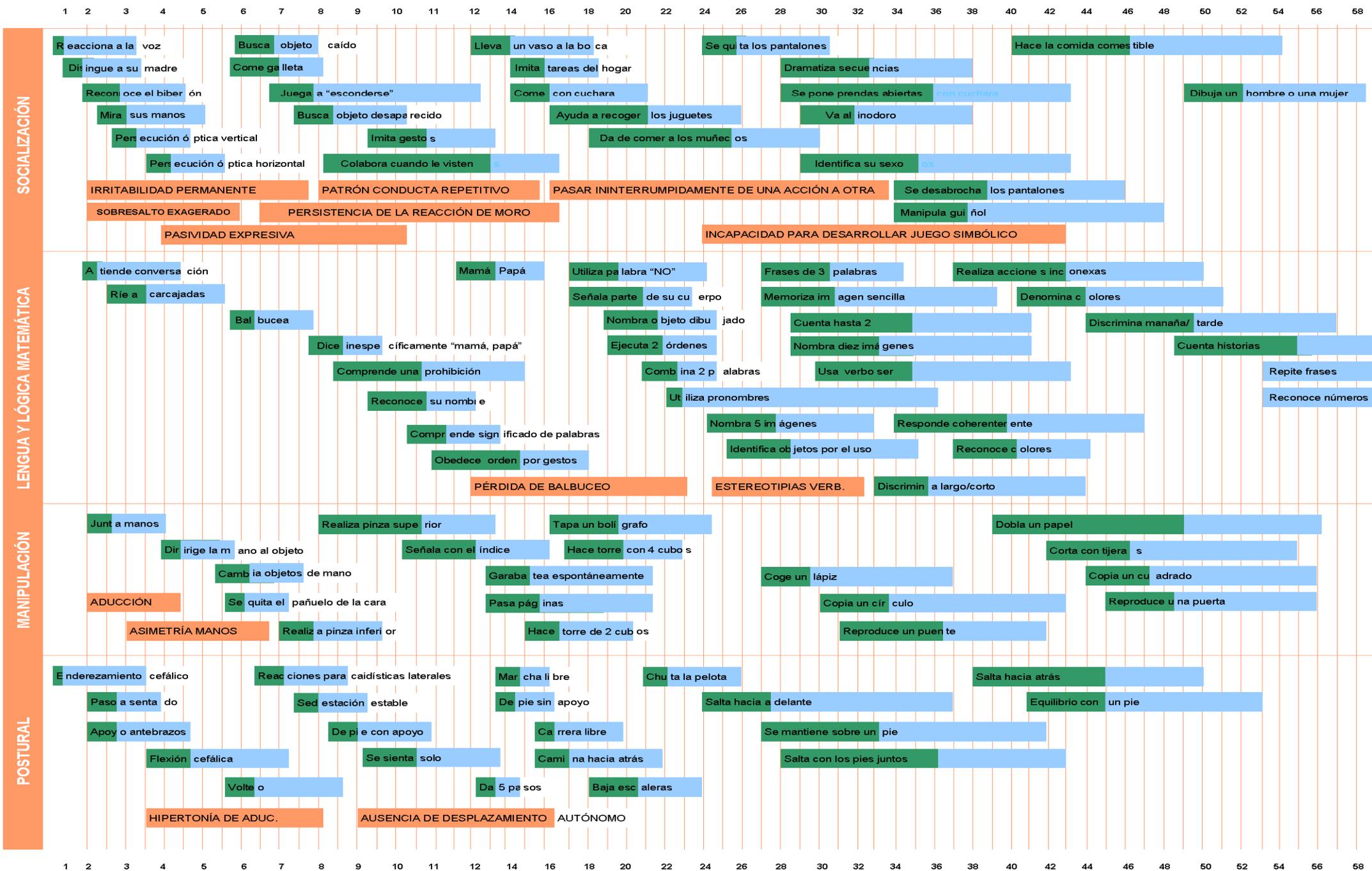
PERÍODO DE EDAD	DESARROLLO SOCIOAFECTIVO
0-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión facial de interés, asco, desagrado o enfado - Sonrisa social - Sensibilidad diferenciada hacia figuras familiares - Total dependencia de su figura de apego, construcción de la confianza que se recibe a través de los cuidados físicos, la higiene y las caricias. - Intercambio de miradas, gestos y vocalizaciones. - A través del llanto, balbuceos el bebé comunica sus deseos y necesidades. El hecho de que sus padres interpreten y satisfagan estas demandas brinda seguridad y fortaleza al niño. - Aceptan a desconocidos
6-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Apego establecido: precaución ante los desconocidos y protestas por la separación del cuidador . Llanto y/o timidez ante extraños (8 meses) - A través del llanto, los gestos, balbuceos y primeras palabras el bebé comunica sus deseos y necesidades. El hecho de que sus padres interpreten y satisfagan estas demandas brinda seguridad y fortaleza al niño. - La comprensión de las expresiones emocionales de otros guía su conducta a niveles básicos. - Juego en paralelo con iguales.
12-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Acepta mejor las separaciones de las figuras de apego - Juego simbólico o de ficción con personas u objetos (p.e. usar un palo como un teléfono o un cuchillo) - Ausencia de preferencias de género en los compañeros de juego. - Sigue ordenes o peticiones sencillas. - Aprenden a tolerar y afrontar sus reacciones emocionales. - A través del llanto, los gestos, y palabras el bebé comunica sus deseos y necesidades. El hecho de que sus padres interpreten y satisfagan estas demandas brinda seguridad y fortaleza al niño.
2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla la autonomía a través del movimiento y del lenguaje. - Cumple secuencia de órdenes. - Sigue normas sencillas en el juego. - Diferenciación del propio yo del de los demás. - Se interesa por los estados afectivos de los demás. - Experimenta emociones como vergüenza, culpa y orgullo. - Comparten con amigos. - Juego cooperativo y socio-dramático (p.e. jugar a los médicos) - Adoptan estados emocionales diferentes a los propios a través del juego simbólico. - Preferencias por jugar con niños del mismo sexo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión emocional flexible y adaptada a las circunstancias. - Adquiere hábitos de auto cuidado: vestirse, limpiarse y ducharse. - Etapa de un gran egocentrismo y dificultad para ponerse en el lugar del otro (hasta los 4 años) - Surgen pataletas y berrinches pues quiere separarse de sus figuras vinculares pero desea que ella siga a su servicio.
<p>3-4 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adquiere hábitos de auto cuidado: vestirse, limpiarse y ducharse - Comportamientos oposicionistas reconducibles - Etapa de un gran egocentrismo y dificultad para ponerse en el lugar del otro (hasta los 4 años) - Relaciones de jerarquía establecidas (p.e. padres/hijo) - Construye un ideal basado en sus principales figuras de apego. - Conocimiento de normas sociales - Se amplían gustos y preferencias así como el contacto con diversos agentes de socialización (profesores, compañeros..)
<p>4-6 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de los roles sociales y de género - Curiosidad por el cuerpo y la sexualidad. Se preocupan por el nacimiento de los niños y las niñas, por las relaciones de pareja. - Construye un ideal basado en sus principales figuras de apego. - Gran desarrollo de las fantasías sobre las que basan su juego o ideales. - Comprensión de las normas sociales y morales básicas - Habilidades de empatía en situaciones concretas y emociones básicas (p. e. alegría) - A partir de los 5 años bajan las pataletas y descubre que puede integrarse a su medio y busca ser reconocido y aceptado por su ambiente. - Aparece el deseo de apoyar en las labores de casa, ayudar a su profesora. - Aparecen los miedos nocturnos, temen a monstruos, animales, etc.
<p>6 – 8 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amistad como ayuda y apoyo unidireccional - Autoridad como mayor poder físico y social. Aprende el funcionamiento social, sus normas y exigencias - Obediencia basada en la reciprocidad (“si lo hago, jugará conmigo”) - Habilidades de empatía generalizadas a distintas situaciones y con emociones más complejas (p.e. culpabilidad) - Capacidad de comprender que una situación puede producir dos emociones diferentes, siempre que una suceda a la otra (p.e. que está contento por dormir en casa de un amigo, pero luego añorará a sus padres) - Comprende y además utiliza razonamientos referidos al reparto equitativo (p.e. los mismos caramelos a cada uno) - Tolerancia a la frustración y un estilo de afrontamiento adecuado a las situaciones en las que ocurren experiencias de fracaso y decepción. - Mayor necesidad de convivir con gente de su edad. Los niños conviven con los niños y las niñas

	<p>con las niñas, encontrando poco agradables a los del sexo opuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desea adquirir un lugar en su núcleo social, tanto en casa como con los amigos, el reconocimiento de los otros (especialmente de sus padres) es fundamental para su autoestima. - Suele tener sentimientos de inferioridad en la escuela, el apoyo del núcleo familiar es muy importante para contener sus crisis.
<p>8 -12 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es una etapa en la que canaliza su energía y sus impulsos en actividades creativas y complejas, esto le ayuda a sentir seguridad sobre su identidad. - La productividad y la competencia cobran mayor importancia y son sanas si son moderadas. - Amistad basada en la reciprocidad principalmente instrumental (“nos dejamos los juguetes”) pero con referencias a la similitud psicológica - Habilidades de comunicación con iguales y adultos - Autoridad ligada a otras cualidades, conocimientos (“el médico sabe de la salud”) o al desempeño de un rol. - Conciben las reglas como acordadas por consenso entre todos los implicados - Capacidad para discriminar la emoción de una persona a pesar de que su expresión facial no se corresponda (p.e. que alguien está triste aunque no lo “parezca”) - Capacidad de comprender que dos emociones diferentes se den a la vez siempre que tengan causas distintas (p.e. que está enfadado con un amigo porque le rompió el juguete pero triste porque tenga que irse castigado) - Posteriormente, admite que son posibles dos emociones diferentes simultáneamente y causadas por el mismo motivo (que está orgulloso de decirle la verdad a sus padres, pero triste por haberle castigado por los suspensos)
<p>>12 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amistad basada en la reciprocidad del apoyo y confianza mutua (“nos contamos nuestros secretos o problemas”) - Capacidad empática con situaciones de mayor nivel de abstracción (p.e. el hambre en el mundo) - Mayor tiempo de relación y temas de conversación propios con iguales. La pertenencia a un grupo de amigos de su misma edad es fundamental, ya que la identidad grupal apoya el sentimiento de pertenencia que le “asegura un lugar en el mundo”. - También hay quienes se vuelven muy tímidos y temerosos a las exigencias del medio, prefieren estar solos o con poca gente de su edad con quienes se sienten realmente identificados. - Amistades más íntimas y aumento de comportamientos prosociales - Transición desde la pandilla unisexual, a la interacción con otras pandillas unisexuales, hasta la pandilla mixta - Primeros vínculos y relaciones de pareja. Tiene ganas de experimentar cosas nuevas y de jugar distintos roles, con ello incluido el rol de pareja. Generalmente, esto ocurre primero en las mujeres que en los hombres. - Inicio de las conductas sexuales - Aumentan las expectativas de influencia en la toma de decisiones familiares - Cambios en las relaciones padres/hijos: mayor equilibrio entre afecto, comunicación y control; o desajustes afectivos. Presenta conductas rebeldes por una necesidad de diferenciarse de sus

padres aunque sigue dependiendo de ellos.

- Su tarea más importante es la búsqueda de identidad. Esto conlleva cierta confusión que se refleja en el culto al héroe o ídolo, impulsividad infantil e intolerancia hacia los demás.



DESCRIPCIÓN DE LA TABLA

Instrumento que permite a los profesionales de los servicios sanitarios, educativos y sociales	Comprobar nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de los niños y niñas de 0 a 5 años, detectar precozmente, en toda la población infantil, aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada.
Describe por colores la adquisición habitual de determinados hitos fundamentales del desarrollo infantil por edades en nuestro medio	<p>Inicio de la columna verde la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 50%</p> <p>Final de la columna verde la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 75%</p> <p>Final de la columna azul la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 95%</p>
Consta de 97 elementos, que valoran el desarrollo	<p>Área de socialización: 26 elementos</p> <p>Área de lenguaje y lógica-matemática: 31 elementos</p> <p>Área postural: 21 elementos</p> <p>Área de manipulación: 19 elementos</p>
VENTAJAS FUNDAMENTALES DE LA TABLA “HAIZEA-LLEVANT”	
Sus datos proceden de población infantil de nuestro medio (muestra aleatoria 2.510 niños y niñas)	Comunidades Autónomas de Cataluña y del País Vasco.
Ofrece todo el espectro de normalidad en la adquisición de una determinada competencia	Permite valorar grandes variaciones normales del desarrollo, eliminando ansiedades injustificadas y estructurando el marco en el que una falta de adquisición debe ser considerada “estadísticamente anómala
Los elementos son fácilmente administrables	no requieren una formación especializada ni un material costoso

Las escalas de valoración del desarrollo no son diagnósticas	1/3 de los niños con dificultades en su desarrollo puntúan de manera normal en los elementos de adquisición de ciertas habilidades fundamentales, por eso establece adicionalmente 13 signos de alerta, que a cualquier edad o a partir de edades concretas indican la necesidad de realizar una evaluación cuidadosa de la situación
La tabla se puede administrar en un corto espacio de tiempo	
La Tabla alerta sobre las posibilidades de	ceguera, autismo, sordera, parálisis cerebral y deficiencia mental
NORMAS DE INTERPRETACIÓN	
Se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño y atravesando dichas áreas.	Preguntar a la familia y comprobar si el niño realiza los elementos que quedan a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa la línea.
El examinador o examinadora valorará	La falta de adquisición de elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo la presencia de señales de alerta la necesidad de otros estudios diagnósticos
En niños nacidos prematuros.	Es preciso utilizar la edad corregida por debajo de los 18 meses de edad
CONSIDERACIONES	Crear un ambiente agradable, estando presente la familia; y con el niño tranquilo Comenzar por el área de socialización No es preciso mantener el orden estricto del test Para evaluar el desarrollo psicomotor considerar que el niño o niña no esté enfermo, hambriento o con sueño; y que ve y oye bien

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 3

SIGNOS DE ALERTA POR EDADES

2 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad permanente. - Sobresalto exagerado ante el ruido. - Llanto monótono o alto. - Aducciones pulgares. - Ausencia de contacto visual
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - No control cefálico. - Asimetría de la actividad de las manos. - No responde a los sonidos. - Ausencia de seguimiento visual. - Falta sonrisa social
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Pasividad excesiva. - Limitación en la abducción (ángulo a 90°). - No se orienta hacia la voz. - No responde con sonidos guturales a la voz ni emite sonidos para llamar la atención
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Persistencia del reflejo de Moro. - Ausencia de control del eje corporal. - No prensión voluntaria. - No seguimiento visual de 180°. - Falta de balbuceo. - Dificultad para la interacción con las personas de su entorno.
8 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de volteo. - Asimetría en la prensión. - No dirige las manos a los objetos (déficits en la prensión manipulación y/o prensión en la línea media). - No se coge los pies para jugar con ellos. - Patrón de conducta repetitivo

<p>9 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No sedestación sin apoyo. - Estereotipias verbales. - No hace frases de dos palabras. - Incapacidad para ejecutar órdenes sencillas, que no se acompañen de gestos. - No responde, ni parece reconocer a su nombre. - Incapacidad para desarrollar juego simbólico. Ausencia de participación en actos cotidianos: comer, vestirse...
<p>36 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Caídas frecuentes. - Dificultad para subir y bajar escaleras. - No puede copiar un círculo. - Inmadurez verbal (vocabulario escaso, no uso de verbos). - Lenguaje incomprensible. - Incapacidad de comunicarse con frases cortas (3-4 palabras). - Incapacidad de separarse de la madre
<p>4 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No adquisición de conductas básicas (alimentación, sueño, control de esfínteres). - Incapacidad de prestar atención cinco minutos mientras se le lee un cuento. - No copia un cuadrado. - No consigue realizar un puzzle de cuatro piezas. - No usa pronombre personales, artículos o nexos
<p>5 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No es capaz de pintar un "monigote" mínimamente reconocible - No es capaz de copiar un triángulo. - Insomnio, dificultad al dormirse, pesadillas. - Incapacidad de seguir juegos reglados, planificar, escuchar normas y respetar turnos.
<p>A cualquier edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de hitos conseguidos en etapas anteriores. - Macrocefalia. - Microcefalia. - Estacionamiento perímetro craneal. - Dismorfias.

- Arreflexia osteotendinosa.
- Asimetrías posturales o de la motricidad.
- Movimientos oculares anormales.
- Movimientos cefálicos anormales.
- Otros movimientos anormales:
- Actividades distónicas de manos y estereotipias.
- Hiperextensión cefálica y/o del eje corporal.
- Movimientos cefálicos repetitivos.
- Trastornos conductuales graves.

Modificado del Proceso de Atención Temprana. Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2006).
Atención temprana: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 4

INFLUENCIA DE VÍNCULO PADRE/MADRE- HIJO/HIJA EN EL DESARROLLO DE LOS MENORES

El vínculo es una necesidad innata del ser humano de relacionarse con otro por medio de conductas de intimidad (abrazar, sonreír) que desean ser correspondidas. Las principales figuras vinculares para los niños y niñas son aquellas que se hacen cargo de su cuidado y protección sean o no sus padres biológicos.

<p>VÍNCULO SEGURO</p>	<p>Características de los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra cómodo en sus relaciones afectivas. • Puede ser cercano e íntimo y autónomo a la vez. • Tiene una visión positiva tanto de sí mismo como de los otros. • Se siente fuerte para enfrentar diversas situaciones en casa y en el trabajo. <p>Actitud de los padres hacia los menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escucha y complace las demandas del niño. • Puede alejarse del él pero siempre vuelve a su lado cuando lo necesita, le da protección y apoyo en situaciones que el niño percibe como “peligrosas”. • No tiene expectativas concretas de las respuestas del niño sino que está flexible y receptivo/a frente a lo que el niño expresa. <p>Características de los menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña seguro llora cuando sus padres se alejan y se tranquiliza cuando llegan, más adelante. • Maneja bien la separación. • Es capaz de jugar libremente porque sabe que está protegido. • Tiene buenas relaciones con sus iguales y no se victimiza ni victimiza a los otros, de hecho, sus compañeros lo encuentran positivo y dispuesto. • No teme al fracaso ya que su madre o padre están seguros de que puede lograr las cosas que se propone.
<p>VINCULO INSEGURO EVITATIVO O</p>	<p>Características de los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoran más la independencia.

DESPREOCUPADO

- Rechazan la intimidad como modo de protección (aunque en el fondo tengan necesidad del cariño de los otros)
- Expresan poco sobre sí mismos y sus sentimientos.
- Suelen tener dificultades en las relaciones interpersonales.
- Tienden a sentirse mejor en el manejo de temas laborales que en las relaciones personales.
- Se sienten incapaces de contener sus propias ansiedades y temores, los evitan, los niegan y los depositan en otros, muchas veces en sus hijos o en sus parejas.

Actitud del padre o madre hacia el niño o niña

- Tienden a rechazar las conductas de apego del menor.
- Tienen aversión frente al contacto táctil.
- Se quejan de manera verbal y/o no verbal del fastidio que le produce haber tenido al bebé.

Características de los menores

- Se presentan con mayor frecuencia en hombres.
- No presentan reacciones afectivas e interés frente a las figuras de apego, incluso pueden mostrar más interés por un extraño que por sus madres.
- Tienden a poner una “barrera” entre ellos y sus emociones, se muestran apáticos, no son cariñosos, rechazan el contacto físico.
- Tienen dificultades sociales pues tienden a ser agresivos con sus compañeros.

**VINCULO
INSEGURO
AMBIVALENTE O
PREOCUPADO**

Características de los padres

- Presentan ansiedad constante
- Se implican demasiado en las cosas.
- Tienden a generar relaciones de dependencia.
- Gran dificultad para tener relaciones afectivas satisfactorias.
- Tienden a sentir soledad y tristeza con frecuencia.
- Les cuesta separarse de su hijo o hija.

Actitud del padre o madre hacia el niño o niña

- Tienden a ser confusos algunas veces manifiesta calidez y otras, enojo sin que

	<p>existan motivos lógicos para hacerlo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Respuesta inestable frente a las señales del niño o niña, no lo rechazan pero presentan incapacidad para consolarlo en su regazo.• Con frecuencia sus comentarios desaniman la autonomía de los hijos e hijas.• Les cuesta establecer buen contacto con el niño o niña y no saben “leer” lo que les ocurre <p>Características de los hijos</p> <ul style="list-style-type: none">• Se encuentran muy angustiados y preocupados por lo que la figura vincular hace o deja de hacer, esto les impide realizar sus propias actividades de exploración y juego.• La ausencia de su padre o madre les estresa pero su presencia también, no se sienten reconfortados y tranquilos en su cercanía.• Cuando hay conflictos entre la pareja el niño o niña tiende a involucrarse y a sentir culpa, genera conductas muy dependientes y toma partido.
<p>VINCULO DESORGANIZADO</p>	<p>Características de los padres</p> <ul style="list-style-type: none">• Es el tipo de apego que generan padres o cuidadores con psicopatologías más severas.• Pueden ser depresivos, excesivamente ansiosos, con trastorno bipolar, drogodependientes y otros trastornos graves.• Generalmente en sus relaciones están presentes el maltrato y/o la violencia.• Es muy posible que existan situaciones traumáticas previas. <p>Actitud del padre o madre hacia el niño o niña</p> <ul style="list-style-type: none">• Con frecuencia presentan conductas contradictorias (piden aproximación con el niño o niña pero luego ponen distancia)• No son capaces de tranquilizar al niño, se asustan con las demandas del niño o niña• Inversiones de rol, busca que el infante les de seguridad.

- A veces tienen conductas sexualizadas o demasiado íntimas con el niño de manera prolongada.
- Hay distancia afectiva y verbal.

Características de los hijos

- Patrones conductuales contradictorios, tales como una conducta de apego muy fuerte seguida repentinamente por la evitación, la congelación o conductas absortas.
- Indicadores de desorganización y desorientación, tales como deambulación desorientada, expresiones confusas o absortas o cambios rápidos y múltiples del afecto.
- Tienen expresiones de angustia pero no buscan acercarse a su figura vincular sino evitarla.
- Tienen a tener conductas agresivas, a ser hiperactivos y a presentar dificultades en el aprendizaje.

Tabla elaboración propia. FUENTE Save the Children (2008). Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 5

FACTORES DE RIESGO GENERALES EN EL DESARROLLO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Circunstancias de la concepción y del embarazo

- Madre adolescente (riesgo para la madre y el hijo)
- Hijo no aceptado al final del embarazo
- Hijo adoptado
- Embarazo de riesgo

Circunstancias perinatales

- Prematuridad
- Sufrimiento fetal
- Bebé con defectos o malformaciones
- Separación prolongada madre-hijo en este período
- Hospitalización prolongada

Características temperamentales

- Temperamento difícil, irritable, hiperestésico (ya observable en bebés).
 - Niños complicados/problemáticos en las primeras semanas (Factor de riesgo moderado, inespecífico, para diferentes trastornos. El riesgo aumenta cuando el niño “difícil” vive en un ambiente familiar patológico, conflictivo o incoherente desde el punto de vista educativo)
 - Humor negativo (colérico, triste, etc.)
 - Arrítmico (regulación de los ritmos de vigilia/sueño, alimentación, eliminación, etc.)
 - Reacciones intensas, desmesuradas, frecuentes
 - Adaptación muy lenta a situaciones nuevas (personas, objetos, alimentos, etc.)
 - Embotamiento o alejamiento social
- Inhibición conductual (valorable sobre todo después del primer año de edad):
 - Inhibición conductual en situaciones nuevas, especialmente delante de personas desconocidas que no le resulten familiares

- Tardanza extrema a la hora de responder
- Alejamiento de los desconocidos
- Paralización del juego y las vocalizaciones
- Se apega y se aferra, de forma continua y excesiva, a la madre o a la figura sustituta
- Activación vegetativa

Enfermedades crónicas

- Asma, obesidad, convulsiones, diabetes, déficits sensoriales, neoplasias, VIH+, etc.
- Secuelas de enfermedades agudas del SNC
- Enfermedades metabólicas que originan déficits en los niños que las sufren o que generan angustia en los padres
- Enfermedades que provocan trastornos cognitivos

Cambios ambientales o Momentos críticos agudos

- Muerte del padre, de la madre o de un hermano
- Separación de los padres
- Larga hospitalización personal o de familiares directos
- Larga temporada de ausencia del padre o la madre
- Nacimiento de hermanos en familias vulnerables
- Cambios escolares o ambientales
- Malos tratos físicos y/o sexuales
- Otras circunstancias que producen estrés

Características de los padres

- Antecedentes de trastornos psicopatológicos en los padres:
 - trastornos delirantes
 - esquizofrenia
 - trastornos depresivos mayores
 - episodios de manía
 - intento de suicidio
 - alteraciones graves de la personalidad

— alcoholismo y abuso de drogas

- Enfermedad crónica. Padres con déficits sensoriales graves
- Desestructuración familiar. Conflictos graves y crónicos de pareja
- Desvinculación y/o desconocimiento del papel de padres
- Abandono, negligencia, maltrato
- Padres de edades extremas (muy jóvenes o muy mayores)
- Padres con institucionalización prolongada durante la infancia
- Familias monoparentales con poco apoyo psicosocial

Estatus económico-social desfavorable

- Situación económica desfavorable (falta de vivienda, dificultades económicas, pobreza extrema, etc.)
- Familias aisladas socialmente
- Migraciones desprotegidas o con riesgo de marginación
- Falta de escolarización de un año de duración o más

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 6

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA EL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La OMS reconoce, entre otros, los siguientes factores protectores de la salud mental:

Estos factores de protección deben estar presentes y aprenderse en las primeras etapas de la vida de los niños y niñas dentro de su familia

- Estilos de vida saludables.
- Autoestima.
- Sentimientos de dominio y control.
- Sentimientos de seguridad.
- Destrezas sociales y de manejo de conflictos.
- Capacidad para afrontar el estrés.
- Capacidad para enfrentar la adversidad.
- Habilidades de resolución de problemas.
- Adaptabilidad.
- Apego positivo y lazos afectivos tempranos.
- Apoyo social de la familia y amistades.
- Roles igualitarios.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 7

MOMENTOS CRÍTICOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y SEÑALES DE ALARMA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO

	MOMENTOS CRÍTICOS	SEÑALES DE ALARMA
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> El niño o niña se puede despertar varias veces en la noche. Puede presentar llanto permanente cuando ya está alimentado y se le han cambiado los pañales. Llanto ante extraños y rechazo a ser alzado por personas que no son muy cercanas. Deseo de tocar todos los objetos a su alcance. Exigencia de permanente actividad o juego. Incremento de PATALETAS O RABIETAS Dificultades para el destete, quitar chupete, biberón Succión del pulgar Negativa a querer dormir solo o en su habitación Alimentación reducida y selectiva Celos entre hermanos 	<p>TRASTORNOS DEL SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> Miedo a dormir o pesadillas durante cuatro semanas, casi todas las noches. Insomnio: <ul style="list-style-type: none"> Expresado en forma de llantos y protestas (durante cuatro semanas casi todas las noches). Acompañado de actividades motoras elaboradas (balanceo, cabezadas) Gran insomnio (acompañado de rechazo sistemático del contacto, desvinculación, apatía y falta de relaciones sociales) Insomnio silencioso (bebés que pasan horas de noche y de día despiertos sin manifestar nada con los ojos abiertos) Hipersomnia (somnia prolongada con poca reactividad e indiferencia). <p>TRASTORNOS DE LA REGULACIÓN:</p> <p>Dificultades específicas para regular los procesos conductuales, fisiológicos, sensoriales, de la atención o motores (finos o gruesos), relacionales o afectivos. Dificultades claras para que el niño o bebé pueda organizarse en estados de tranquilidad y calma después de cambios, problemas y alteraciones. Pudiendo ser el niño clasificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipersensible (excesivamente asustadizo o, por el contrario, negativista y desafiante) Hiporeactivo (con dificultades para la relación, retraído o distraído) Desorganizado motóricamente e impulsivo

	MOMENTOS CRÍTICOS	SEÑALES DE ALARMA
		<p>TRASTORNOS DE LA RELACIÓN Y LA COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento en la relación, • Ausencia de contacto visual: No mira, evita sistemáticamente la mirada de personas, sólo mira objetos, no realiza seguimiento visual, mirada perdida... • Ausencia de sonrisa o sonrisa infrecuente pasados los 3-6 meses • Falta de respuesta a los estímulos relacionales procedentes de familiares y personas cercanas
2 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de terrores nocturnos que interrumpen el descanso de los padres • Poner a prueba al adulto para que complazca sus deseos a través de pataletas y rabietas, manipulación para conseguir lo que se propone • Alimentación reducida, selectiva o hábitos inadecuados • Problemas en la retirada del pañal • Celos entre hermanos • Negativa a querer ir al colegio • Desobediencias • Escasa implicación o motivación en actividades académicas o dificultades en las mismas • Escaso control de impulsos y emociones 	<p>ALTERACIONES DEL SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Expresado en forma de llantos y protestas (como mínimo durante cuatro semanas y prácticamente todas las noches) ○ Acompañado de actividades motoras elaboradas (balanceo, cabezadas...) ○ Gran insomnio (acompañado de rechazo sistemático del contacto, desvinculación, apatía y falta de relaciones sociales) ○ Insomnio silencioso (niños que pasan horas despiertos durante la noche o el día, con los ojos abiertos, sin manifestar nada) • Hipersomnia (somnia prolongada con poca reactividad e indiferencia) • Miedo a dormir, a partir de los 30 meses, o pesadillas durante 4 semanas prácticamente todas las noches.

MOMENTOS CRÍTICOS	SEÑALES DE ALARMA
	<p>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO: presentación con regularidad de intensidad fuerte o media y desborden las capacidades de tolerancia y contención de los padres o de los educadores)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de cólera • Oposicionismo-negativismo • Conductas agresivas • Tolerancia baja a la frustración (dificultad para calmarle) <p>MIEDOS Y TRASTORNOS DE LA RELACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedos con elusión sistemática de situaciones: noche, oscuridad, algunos animales, personas desconocidas, situaciones nuevas... • Timidez intensa con rechazo del contacto • Problemas importantes en la relación con sus semejantes (agresividad excesiva y/o aislamiento) <p>TRASTORNOS GRAVES DE LA RELACIÓN Y LA COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de contacto visual: el niño no mira, evita sistemáticamente la mirada de personas, sólo mira objetos, no realiza seguimiento visual, tiene la mirada perdida... • Ausencia de sonrisa o sonrisa infrecuente: niño absorto en sí mismo, con un estado de ánimo que se caracteriza por irritabilidad y depresión, más que por retraimiento • Conductas agresivas atípicas: automutilación, cabezazos, agresiones peligrosas a uno mismo o a los demás • Habla siguiendo un patrón peculiar: ecolalia, inversión de pronombres, hiperinterrogación, verborrea... • Falta de respuesta a estímulos sociales: afectos inapropiados al contexto de las situaciones, inclinación exagerada a las personas o, a la inversa, ausencia de contactos interpersonales e insociabilidad.

MOMENTOS CRÍTICOS	SEÑALES DE ALARMA
<p>7 a 12 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivación para hacer sus tareas escolares. • Los niños y niñas quisieran estar siempre fuera de casa jugando con sus amigos o amigas • Comienzan a rebelarse y luchan por mayor independencia • Desobediencias • Escaso control de impulsos y emociones • Celos entre hermanos 	<p>TRASTORNOS EN LA COMUNICACIÓN Y EN LA RELACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento o inhibición social importante: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alteración de la relación con sus semejantes, compañeros y amigos ○ Sobredependencia del adulto ○ No sabe jugar en grupo ○ Reacciones emocionales excesivas al perder ○ Dificultades para hacer amigos/amigas y para mantenerlos • Desconexión en los contextos cotidianos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Contestación fuera de lugar ○ No se da cuenta de lo que sucede a su alrededor ○ Verborrea ○ Habla incoherente • Mutismo total o selectivo • Disfemia <p>TRASTORNOS DE CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad, oposicionismo (activo o pasivo), rabieta y rebeldía excesivas • Mentiras reiteradas • Dificultades para incorporar y asumir normativas escolares y familiares • Robos y comportamientos destructivos • Agresiones a personas (autoagresiones y heteroagresiones) y a animales • Exceso de movimiento, sin ninguna finalidad (hiperactividad), en más de un ambiente (hogar y colegio, hogar y parque, etc.)

	MOMENTOS CRÍTICOS	SEÑALES DE ALARMA
		<p>TRASTORNOS POR ANSIEDAD EXCESIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones repetidas y sin sentido de las cuales no puede prescindir (rituales compulsivos) • Ansiedad excesiva al alejarse de los padres o al preverlo • Miedos desproporcionados y persistentes que limitan la vida cotidiana (fobias) <p>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza o irritabilidad mantenidas • Sentimiento de culpabilidad excesivo y/o repetitivo • Falta de ilusión, desmotivación • Pensamiento retardado • Astenia • Agitación o lentitud psicomotora • Ideas de suicidio o pensamientos persistentes sobre la muerte • Euforia y excitación excesiva (manía)
12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta actitudes críticas y confrontadoras ante figuras de autoridad como sus padres y profesores por una necesidad de diferenciarse • Cambios repentinos de humor • Preocupación excesiva por el aspecto físico. • Preocupación excesiva por adecuarse al grupo de iguales. • A veces exige ser tratado como adulto y a veces como niño. • Falta de motivación para hacer 	<p>ABUSOS DE SUSTANCIAS TÓXICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señales somáticas <ul style="list-style-type: none"> ○ Pérdida de peso importante ○ Fatiga crónica ○ Tos crónica, congestión respiratoria y ojos rojos ○ Deterioro de la higiene personal ○ Constipación • Apatía y malestar generales persistentes acompañados de otras señales anteriores. • Deterioro de la memoria, la atención y la concentración

MOMENTOS CRÍTICOS	SEÑALES DE ALARMA
<p>sus tareas escolares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escaso control de impulsos y emociones • Celos entre hermanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios muy frecuentes de humor (euforia-tristeza) • Autoestima baja, autoculpabilización excesiva, automenosprecio <p>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molestias gástricas y constipación persistentes acompañados de otras señales • Irritabilidad, tristeza, susceptibilidad persistentes • Pérdida de peso y restricción alimentaria grave • Vómitos y postprandiales reiterados • Retraimiento social progresivo • Amenorrea • Alteraciones electrolíticas (sodio, potasio, cloro, etc.) • Incremento compulsivo de la actividad física <p>TRASTORNOS AFECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal humor, irritabilidad, agresividad, tristeza, pesimismo, apatía, aburrimiento • Reducción de actividad de intereses • Descenso del rendimiento académico • Menosprecio personal, culpabilización • Ideas de muerte y/o suicidio • Quejas somáticas • Insomnio o somnolencia • Pérdida del apetito y adelgazamiento • Euforia, locuacidad y descontrol general excesivos

MOMENTOS CRÍTICOS	SEÑALES DE ALARMA
	<p>TRASTORNOS POR ANSIEDAD EXCESIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedos excesivos, irracionales, no justificados • Rechazo a situaciones no familiares y vinculación familiar excesiva • Resistencia a las relaciones sociales • Quejas somáticas • Perfeccionismo, preocupación excesiva por rendimientos, evaluaciones, resultados, etc. • Preocupación excesiva por la limpieza, el orden, la simetría, las enfermedades, las infecciones, etc. • Comprobaciones innecesarias y rituales absurdos • Trastornos conversivos <p>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rebeldía y/o desobediencia sistemática • Ausentismo escolar frecuente • Agresiones físicas frecuentes • Robos • Mentiras frecuentes • Conductas sexuales inadecuadas • Crueldad con los animales • Consumo de tóxicos

Tabla: Elaboración propia

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 7

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO POR EDADES

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

De 0 a 6 meses

- Observar el ejercicio adecuado de los reflejos.
- Observar si atiende tanto a un objeto como a un estímulo sonoro: ¿lo mira, lo sigue/busca con la mirada, hasta qué ángulo, intenta cogerlo, muestra alguna reacción hacia éste como alegría o desagrado?.
- ¿Le interesa su cuerpo? Por ejemplo, se busca las manos, las chupa o explora, etc.
- Observar si existen reacciones diferenciales ante los rostros de las personas en comparación con los objetos y entre personas familiares a él o desconocidos.
- Explorar la presencia de sonrisa social (p.e. pidiendo a la madre que lo estimule).
- Observar o preguntar a los familiares si el niño emite gorgojeos o arrullos.
- Explorar si coge los objetos y se los cambia de mano, preguntando además si cuando se le caen los busca (es posible que no los busque hasta la fase siguiente).
- Observar o preguntar si percibe contingencias del medio y las repite (p.e. cuando le da un golpe al sonajero y escucha que provoca un sonido intenta repetirlo).

Preguntar si muestra reacciones anticipatorias. Por ejemplo, ¿levanta los brazos cuando lo va a tomar una persona conocida?

De 6 a 12 meses

- Valorar la existencia de juego manipulativo: por ejemplo explora un objeto con las manos, lo gira, lo mira, lo chupa, lo tira, etc.
- Observar o preguntar si percibe contingencias básicas de su medio social y las busca (p.e. si al hacer un gorgojeo la madre le hace carantoñas, responde a sus “fiestas” buscando la interacción social). Valorar progresivamente durante este período los comportamientos del menor que puedan considerarse una muestra de su interés por las relaciones sociales (p.e. se interesa por los niños, hace “gracias” al entorno, etc).
- Valorar las muestras de apego ajustadas a esta edad.
- Comprobar si imita gestualmente, considerando que imitará a personas familiares previamente a imitar a desconocidos.
- Explorar si juega con el lenguaje: por ejemplo repite los mismos sonidos o incluso combina sonidos diferentes en cadenas silábicas

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- Preguntar a los familiares si utiliza a las personas para alcanzar un objeto y si incluso solicita la atención de un adulto hacia un objeto (p.e. ¿señala o muestra algo que le es llamativo para que el adulto lo mire?)
- Valorar el lenguaje comprensivo del menor a través de sus padres, preguntándoles por ejemplo cómo responde cuando lo llaman por su nombre, si se detiene ante un “no”, si mira a papa ante la pregunta ¿dónde está papá? u otros ejemplos similares.
- Preguntar a los familiares si articula alguna palabra y en que situaciones (p.e. dice mamá cuando se despierta y quiere que vaya a cogerlo).
- Valorar a través de la familia por los logros de autonomía del menor (p.e. coge el biberón solo y se lo lleva a la boca).
- Valorar la transición al juego exploratorio, preguntando si utiliza nuevas formas de juego para explorar el mundo y su entorno social (meter y sacar objetos, hacer palmitas con adultos ...)

De 12 a 24 mese

- Valorar nuevas y variadas formas de interrelación con el entorno a través del juego (p.e. hacer torres de cubos, patear un balón, que mamá le lea un cuento, etc).
- Preguntar por el desarrollo del juego simbólico (p.e. tapa a la muñeca para dormir).
- Preguntar a los padres si imita gestos variados y ante múltiples modelos (familiares, no familiares, dibujos de la tele, etc), para comprobar si se ha logrado que dicha habilidad se generalice a múltiples circunstancias.
- Explorar si muestra imitación gestual de manera diferida. Por ejemplo, tras mostrarle “como se peina mamá”, lo imita aunque se le pida pasado un tiempo.
- Valorar si el menor imita vocalmente, a través de la información de los familiares y a ser posible, a través de la observación directa en la consulta.
- Valorar el desarrollo del lenguaje a través de los padres. Es recomendable que junto a la estimación informal de dicho repertorio, se realicen valoraciones estandarizadas periódicas para un seguimiento más fiable, realizando como mínimo una evaluación estandarizada inicial alrededor de los 18 meses y un seguimiento al año (alrededor de los 30 meses). Para ello pueden utilizarse instrumentos como el Inventario de Desarrollo Comunicativo de MacArthur – MCDI - (López-Ornat, S., Gallego, C., Gallo, P., Karousou, A., Mariscal, S. y Martínez, M., 2005), validado en población española desde los 8 hasta los 30 meses de edad.
- Para completar la valoración del repertorio lingüístico habría que considerar:
 - 1) Comprensión de frases: p.e. el seguimiento de órdenes sencillas.
 - 2) Elaboración progresiva de la expresión lingüística, desde palabras aisladas a holofrases, frases de dos palabras, así como otros logros ajustados a la norma.
 - 3) Variedad de usos del lenguaje: para pedir cosas, para nombrar objetos o eventos de su entorno, en canciones, rimas u otras secuencias aprendidas.

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- 4) **Habilidades de adquisición lingüística:** si las nuevas formas lingüísticas las está aprendiendo a través de situaciones de enseñanza más o menos formales con otras personas (p.e. di “pan”... ¿qué quieres?, dilo tu...”pan”) o si incluso observan que cuando el menor escucha que alguien usa una palabra es capaz de comprenderla o expresarla sin que nadie se lo haya enseñado directamente.
 - 5) **Adquisición progresiva de la articulación vocal,** atendiendo al uso progresivo de nuevos fonemas y en posiciones de articulación distintas (p.e. “pla”, “pal”).
- Valorar la adquisición progresiva de tolerancia a la frustración o situaciones desagradables (separaciones de los padres, no comprarle algo que quiere, etc).
 - Valorar la adquisición progresiva de rutinas y habilidades básicas en relación a la alimentación, sueño, juego, relaciones sociales, etc.
 - Explorar a través de los padres nuevos logros en la autonomía del menor ajustados a su edad (se quita prendas sencillas, uso de la cuchara,...).

De 2 a 3 años

- Evaluar si participa en juegos colaborativos con otras personas y si además tienen un carácter sociodramático (p.e. jugar a los médicos).
- Valorar si obedece secuencias de órdenes (p. e. coge tu juguete y guárdalo en su cesto) y cumple normas sencillas en un juego (p. e. “ahora me toca a mí”).
- Valorar si se involucra en un juego durante un tiempo más largo progresivamente.
- Explorar si el niño participa en actividades pre-académicas en casa o en el centro de educación infantil (usa lápices, sigue indicaciones en una tarea de papel, etc).
- Realizar una nueva valoración del lenguaje tal y como se detalló anteriormente, atendiendo principalmente a la adquisición de formas lingüísticas más complejas (p. e. conoce ciertas categorías, comprende y/o expresa frases más largas, mejor articulación vocal, usa preposiciones, conjunciones, etc) y con nuevas funciones (para conversar con otros niños y adultos, para contar cosas que hizo en otro momento, lugar o persona, para conocer el nombre o la utilidad de los objetos u otros eventos, etc..)
- Explorar la adquisición y/o estabilidad de rutinas básicas en relación a la alimentación, sueño, control de esfínteres, juego, sociabilidad, etc.
- Valorar si persisten hábitos como el uso del chupete u otras autoestimulatorias (succión del pulgar, “tocar la mantita preferida” para dormir, etc).
- Valorar nuevos logros de la autonomía del menor ajustados a su edad (beber solo de un vaso, se lava las manos, se interesa por quitar botones y cremalleras, etc.).

De 3 a 4 años

- Explorar el abanico de gustos e intereses del menor, considerando si son variados, de múltiples fuentes (distintas personas, actividades académicas, de juego,..) y constructivos en su desarrollo.

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- Valorar la adaptación y participación del menor en nuevas rutinas y actividades (p.e. asistencia al colegio), así como nuevas relaciones sociales (compañeros de colegio, profesores, hermanos u otros).
- Valorar el establecimiento de relaciones de jerarquía con otras personas (padre-niño, profesor-niño,...) preguntando a los padres por el cumplimiento de peticiones y el seguimiento de rutinas por parte del niño, quien define estas rutinas o normas de funcionamiento cotidiano (p.e. donde se sienta a comer), como intentan sus hijos cambiar estas normas y hasta qué punto lo consiguen, como reconducen las situaciones de conflicto, etc.
- Evaluar el establecimiento de responsabilidades y obligaciones básicas (p.e. recoger sus juguetes).
- Valorar el cumplimiento progresivo de normas de funcionamiento social (p.e. dar las gracias, decir buenos días, etc).
- Valorar el repertorio lingüístico atendiendo a la adquisición de nuevos logros (p.e. uso de adverbios, corrección parcial de hiperregularizaciones,...).
- Explorar nuevos logros de autonomía del menor (p.e. colaborar en la ducha).
- Valorar la capacidad del niño de discriminar sus estados internos y emocionales (p.e. si le duele la barriguita, si tiene sueño, etc)

De 4 a 6 años

- Preguntar a los padres sobre la capacidad del menor de comprender las reacciones y estados emocionales de otras personas y de adoptar distintas perspectivas a la suya (p.e. ¿cuándo va a hacer un regalo a un amigo, puede anticipar si le gustará o no le gustará?; si el niño tiene guardado un juguete en un sitio, ¿sabe si una persona que no lo vio guardarlo desconoce que está ahí?).
- Valorar el establecimiento de nuevas formas de comunicación y de relación con el menor, gracias a la mayor perspectiva autobiográfica (p.e. el niño cuenta a sus amigos lo que hizo en verano, cuenta a sus padres a qué ha jugado en el cole, etc).
- Si tiene hermanos, explorar la relación entre ellos y factores protectores o claves en la prevención de conflictos (habilidades para compartir, respetar lo que tiene el otro, gustos y habilidades tanto compartidas como independientes de cada uno,...)
- Los logros relativos a la discriminación de estados internos propios y ajenos, unidos a las mayores habilidades lingüísticas y de memoria autobiográfica nos permitirá que los menores sean mejores informantes a estas edades. En este punto es preciso implicar más aún al menor en las sucesivas exploraciones clínicas y valorarlo por estos nuevos logros en autonomía y comunicación con profesionales sanitarios (p.e. conocer sus hábitos de salud e informar sobre ellos).
- Valorar el seguimiento generalizado de hábitos, normas y responsabilidades en casa y en el colegio (p.e., no coger lo ajeno, hablar adecuadamente a los padres, etc) y si se han interiorizado, es decir, si ya existe un seguimiento autónomo por parte del niño (p.e. se puede observar en frases de los padres tales como “es decirle vamos a cenar y ya no le recuerdo que se lave las manos”, “el ya sabe que no se lo voy a comprar y no me lo pide”, “ya no le tengo que recordar que recoja los juguetes”).
- Explorar a través de los padres si existen logros en relación a las habilidades de atención sostenida y

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

selectiva del menor, preguntando si pasa cada vez más tiempo realizando una misma actividad o juego, si atiende a las cuestiones importantes para hacer una actividad correctamente, etc.

- Observar las descripciones que los padres realizan sobre el menor y si realizan calificativos a comportamiento concretos o al niño en su conjunto (p.e. en lugar de decir “estuvo mal que desobedeciera a su padre”, dicen, “es un niño malo y desobediente”). Valorar las repercusiones que estas u otras descripciones tienen en el autoconcepto del menor (p.e. “yo soy muy malo”) y el concepto que otros tienen de él (profesores, familia extensa, etc).

De 6 a 8 años

- Preguntar a los padres sobre la adaptación escolar (cambio de profesores, nuevas actividades extraescolares u horarios, etc).
- Valorar la existencia de relaciones sociales significativas con compañeros u otros niños de su edad y los logros o afianzamiento de habilidades para relacionarse con su entorno social (p.e. preguntar en una tienda algo que busca, e incluso pagar).
- Valorar a través de los padres el desarrollo de habilidades académicas básicas y el cumplimiento y consolidación de hábitos de estudio.
- Explorar el cumplimiento de normas de convivencia y morales básicas (p.e. respetar el mobiliario urbano, guardar el respeto a adultos u otros compañeros,...)
- Valorar la tolerancia a situaciones de frustración y habilidades de afrontamiento ante estas (p.e. respeta las decisiones adultas).
- Valorar la autonomía en hábitos saludables adecuados (p.e. higiene dental).

De 8 a 12 años

- Valorar su implicación en nuevas preferencias y gustos (videojuegos, ordenador,...).
- Preguntar por la adaptación y relación del menor en su grupo de iguales y con otras personas significativas de su entorno (hermanos, familia extensa, etc.).
- Explorar su adaptación a los cambios corporales propios de la edad (p.e. menstruación).
- Preguntar a los padres sobre las implicaciones del menor en la toma de decisiones familiares y sus habilidades para mediar y dar el peso adecuado su punto de vista.

De 12 a 18 años

- Explorar la relaciones interpersonales significativas del menor, su papel protector o de riesgo y las habilidades de los padres en el manejo de los contactos sociales (horas de salida y llegada, lugares de contacto, momentos adecuados, etc.).
- Valorar el posible consumo de tóxicos y alcohol, así como actuaciones de educación que ha recibido el menor en su entorno familiar y social.
- Valorar el inicio de prácticas sexuales de riesgo, así como actuaciones educativas de su entorno familiar y social.

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- Explorar el mantenimiento de hábitos de salud básicos, sobre todos los relativos a la alimentación y al cuidado de la imagen personal de manera adecuada.
- Explorar estrategias de afrontamiento ante situaciones conflictivas (p.e. pérdida de un abuelo, separación de compañeros de clase, discrepancias familiares,...).

Tablas: Elaboración propia

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

Población diana:

- Menores de 2 a 14 años

Periodicidad:

- En Todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil desde los 2 años de vida.
- En consultas a demanda específicas.

Actividades

- Detección precoz de trastornos del lenguaje y del aprendizaje

Los trastornos del aprendizaje (TA) y del lenguaje (TL) afectan a niños, niñas y adolescentes que manifiestan limitaciones específicas en diferentes áreas en relación a su rendimiento académico y al uso del lenguaje, y que no se corresponden con su capacidad intelectual. La identificación de los TA en edades preescolares continúa siendo extremadamente difícil y, por lo general, estos pacientes no se diagnostican hasta el tercer año de educación primaria con 8-9 años.

Con frecuencia la familia no expresa abiertamente su preocupación en estos aspectos, a no ser que se pregunte específicamente. Es necesario por tanto, preguntar por el rendimiento escolar incluso a edades muy tempranas con objeto de detectar TA y TL y solicitar una evaluación psicopedagógica en quienes se sospechen dificultades.

La identificación temprana de los TA y TL es esencial para iniciar un tratamiento precoz que permita una buena adaptación al medio escolar e impida alteraciones en el rendimiento académico y/o secuelas emocionales que condicionan el pronóstico y la efectividad del tratamiento.

Clasificación de los TA según el DSM-IV-TR

- Trastorno de la lectura.
- Trastorno del cálculo.
- Trastorno de la escritura.
- Trastorno de aprendizaje no especificado.

Los TA hacen referencia a déficits específicos y significativos del aprendizaje escolar y tienen unos criterios diagnósticos propios que pueden resumirse en:

- Las capacidades de lectura, escritura o cálculo, se sitúan por debajo de lo esperado para la edad cronológica, el cociente de inteligencia y la escolaridad propia de la edad. Estas capacidades son medidas mediante pruebas normalizadas y administradas individualmente.
- Estas alteraciones han de interferir significativamente en el rendimiento académico o en las habilidades de la vida cotidiana que exigen lectura, cálculo o escritura.
- Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura, cálculo y escritura exceden de las asociadas habitualmente a él.

También deben de cumplir la premisa de no ser consecuencia directa de otros trastornos como retraso mental, enfermedades neurológicas, problemas sensoriales o trastornos emocionales.

Clasificación de los trastornos del lenguaje según el DSM-IV-TR

- Trastornos específicos del lenguaje (TEL): disfasias receptivas, mixtas y expresivas; retraso simple, retraso fonológico.
- Trastornos del habla: dislalias, disfemias y disfonías.
- Trastornos de base orgánica (TBO): parálisis cerebral, déficit auditivo; disartrias; disglosias; deficiencia mental.
- Trastornos generalizados del desarrollo y la comunicación (TGD)
- Trastornos del lenguaje escrito: dislexias y disgrafías.

Herramientas:

1. Anamnesis:

Aspectos claves en la anamnesis:

- Antecedentes obstétricos: prematuridad, bajo peso, infecciones, etc
- Primeros hitos del desarrollo psicomotor: edad de sedestación y deambulación autónoma, primeros bisílabos propositivos, primeras palabras y frases.
- Enfermedades intercurrentes: cualquier enfermedad crónica que pudiese justificar absentismo escolar, etc.
- Antecedentes familiares, ya que hay un componente genético en la etiología de la dislexia, del déficit de atención/hiperactividad y de la discalculia.
- Comorbilidad: descartar trastornos comórbidos como ansiedad, depresión, problemas de conducta, problemas de autoestima y trastorno por déficit de atención.

- Considerar enfermedades como ferropenia, anemia, hipotiroidismo o intoxicación por plomo como posibles causas de TA
- La anamnesis sobre el rendimiento escolar la haremos periódicamente en cada revisión del niño, pues muchos TA no se hacen evidentes hasta que aumenta la exigencia académica en educación secundaria. Los profesionales de la salud deben conocer de forma general los objetivos curriculares de cada ciclo educativo.
- Los progenitores y el profesorado son con frecuencia los primeros en detectar las dificultades del menor. Sus preocupaciones al respecto deben valorarse tanto como la presencia de signos anormales.

2. Exploración física y neuropsicológicas:

Aspectos claves en la exploración:

- Descartar problemas sensoriales visuales y/o auditivos y malformaciones en los órganos fonatorios.
- Signos de alarma de los trastornos del aprendizaje según la edad (anexo 1)
- Signos de alarma en el desarrollo del lenguaje (anexo 2).
- Explorar ligeras alteraciones del tono muscular y descartar la presencia de los llamados “signos neurológicos menores” (soft signs):
 - **Praxias** (capacidad para ejecutar acciones motrices por imitación o ante una orden verbal): pedir al paciente que saque la lengua y la mueva a los lados, que atornille y desatornille el martillo de reflejos, etc.
 - **Gnosias** (proceso de percepción, reconocimiento y denominación de estímulos): reconocimiento digital con los ojos cerrados, al tacto, etc.
 - **Sincinesias** (presencia de movimientos superfluos, no propositivos, que aparecen en un movimiento propositivo). Son fenómenos fisiológicos que pueden ser patológicos en caso de exageración o ausencia (por ejemplo la ausencia del balanceo de brazos propio de la marcha bípeda) y si persisten fuera de la edad habitual. Las sincinesias se consideran normales hasta la edad de 8-9 años.

3. Exploración neuropsicológica en la consulta de pediatría:

Aunque la valoración neuropsicológica y psicopédagógica la realizará un profesional experto en la materia, el pediatra de atención primaria debe saber explorar “a grandes rasgos” algunas funciones cognitivas para detectar posibles trastornos del desarrollo o dificultades específicas de aprendizaje.

Exploración funciones cognitivas (Anexo 3)

Esta somera exploración, añadida a la exploración pediátrica general, puede suponer un coste adicional de 15 minutos. Precisa de recursos sencillos, perfectamente disponibles en las consultas. Con ese diagnóstico de sospecha y evitando a toda costa adoptar la postura de “esperar a ver si madura” o aceptar la etiqueta de “vago” que a veces ya trae adjudicada, el pediatra debe remitir al menor, según su edad, a los equipos de Atención Temprana y/o de Orientación Educativa (EOE) de su centro escolar para establecer o descartar el diagnóstico de TA, así como a atención especializada si se sospecha patología asociada.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

ANEXO 1 SIGNOS DE ALARMA DE LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Educación infantil (0-6 años)

Lenguaje:

- Problemas de pronunciación, habla ininteligible.
- Dificultad para entender órdenes sencillas.
- Dificultad para entender preguntas.
- Desarrollo lento en la adquisición de palabras y/o frases.
- Dificultad para expresar deseos o necesidades a través del lenguaje oral.
- Dificultad para rimar palabras.
- Falta de interés en relatos o cuentos.

Motricidad:

- Torpeza en motricidad gruesa (como correr, saltar)
- Equilibrio pobre.
- Torpeza en la manipulación fina (como atarse cordones, abrocharse botones o ponerse los zapatos)
- Evitación de actividades como dibujar, hacer trazos, etc.

Desarrollo cognitivo:

- Problemas en memorizar los días de la semana, el alfabeto, etc.
- Problemas para recordar las actividades rutinarias.
- Dificultades en la noción causa-efecto, en contar y secuenciar.
- Dificultades en conceptos básicos (como tamaño, forma, color)

Atención:

- Alta distraibilidad, dificultades para permanecer en una tarea.
- Hiperactividad y/o impulsividad excesiva.

Habilidad social:

- Problemas de interacción, juega solo.
- Cambios de humor bruscos.
- Fácilmente frustrable.
- Rabieta frecuentes.
- Repetición constante de ideas, dificultad para cambiar de idea o de actividad.

Educación primaria

Lenguaje:

- Dificultad para aprender la correspondencia entre sonido/letra
- Errores al leer.
- Dificultades para recordar palabras básicas
- Inhabilidad para contar una historia en una secuencia.

Matemáticas:

- Problemas para aprender la hora o contar dinero.
- Confusión de los signos matemáticos.
- Transposición en la escritura de cifras.
- Problemas para memorizar conceptos matemáticos.
- Problemas para entender la posición de los números.
- Dificultades para recordar los pasos de las operaciones matemáticas.

Motricidad:

- Torpeza, pobre coordinación motora.
- Dificultad para copiar en la pizarra.
- Dificultad para alinear las cifras en una operación matemática.
- Escritura pobre.

Atención:

- Dificultades para concentrarse en una tarea.
- Dificultades para terminar un trabajo a tiempo.
- Falta de habilidad para seguir múltiples instrucciones.
- Descuidado, despreocupado.
- Rechazo ante los cambios de la rutina o ante conceptos nuevos.

Habilidad social:

- Dificultad para entender gestos o expresiones faciales
- Dificultad para entender situaciones sociales
- Tendencia a malinterpretar comportamientos de compañeros o adultos
- Aparente falta de «sentido común».

Educación secundaria

Lenguaje:

- Evita leer o escribir.
- Tendencia a perder información cuando lee un texto.
- Comprensión lectora pobre, dificultad para entender los temas leídos.
- Pobreza en las redacciones orales y/o escritas.
- Dificultad para aprender idiomas extranjeros.

Matemáticas:

- Dificultades para entender conceptos abstractos.
- Pobre habilidad para aplicar destrezas matemáticas.

Atención/Organización:

- Dificultades para organizarse.
- Problemas en tareas de elección múltiple.
- Trabajo lento en clase y en exámenes.
- Pobreza al tomar notas.
- Pobre capacidad para corregir su trabajo.

Habilidad social:

- Dificultad para aceptar críticas.
- Problemas para negociar.
- Dificultades para entender el punto de vista de otras personas.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

ANEXO 2 HITOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE. SIGNOS DE ALERTA

Edad	Hito del desarrollo	Signo de alerta
RN	Demuestra interés por las voces Llora	No responde a sonidos. Sin interés por contacto social
2-4 meses	Vocaliza	Falta de interés por comunicarse (4 m)
6 meses	Responde a su nombre. Balbucea	No vocaliza ni balbucea
9 meses	Apunta/señala lo que desea Hace "adiós" con su mano Dice "Ma-ma" o "pa-pa"	No dice "mamá" o "papá" Pierde habilidades ya desarrolladas
12 meses	Obedece ordenes simples Dice algunas palabras ("mamá, agua")	
18-24 meses	Entiende frases Es capaz de decir frases de 2 palabras	15 a 18 m: - No dice palabras. Balbuceo sin entonación expresiva. - Dificultades en la comprensión de palabras, gestos y conductas comunicativas: respuesta al nombre, respuesta a la sonrisa social, respuesta a la atención conjunta (juguete), imitación funcional y simbólica (coche, vaso).
24-36 meses	Obedece órdenes de 2 pasos ("ven y come") Inteligibilidad 50% Es capaz de decir frases de 3 palabras	24 meses: - No dice frases de 2 palabras - Maneja menos de 50 palabras - Se le entiende menos del 50%
36-48 meses	La mayoría de las personas le entiende Inteligibilidad 75%	36 meses: -Se le entiende menos del 75% -Repite sistemáticamente -No juego interactivo conjunto -No seguimiento de un cuento -No descripción de una imagen y acciones -No conversación
48-60 meses	Inteligibilidad 100% Logra contar historias	48 meses: Tartamudea
Toda edad	Se sobresalta con ruidos intensos	No responde a sonidos Sin interés por contacto social

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

ANEXO 3

EXPLORACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS

LENGUAJE	
<p>Seleccionar cuatro o cinco preguntas, y hacer siempre las mismas a todos los pacientes, lo que permitiría establecer comparaciones.</p> <p>Evaluar Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumental: buco-facio-lingual. - Formal: fonología, morfología y sintaxis. - Cognitivo: léxico y semántica; el conocimiento de objetos, de la relación entre los objetos y de la relación entre acontecimientos <p>Interactivo: uso del lenguaje o funciones sociales; función intrapersonal-matética e interpersonal-pragmática</p>	<p>Breve diálogo informal:</p> <p>¿Qué ves en la tele?,</p> <p>¿A qué te gusta jugar?</p> <p>¿Qué comida te gusta?</p> <p>Si son de corta edad, mediante juego informal (con una casita con muñecos, un coche, un teléfono de juguete), utilizando también preguntas abiertas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar: - Disfasia. - Retraso del lenguaje. - Alteración del lenguaje expresivo/comprendido. - Asociación con otros trastornos neurológicos.
MOTRICIDAD FINA	
<p>La pobre habilidad manipulativa, aceptable a los 3 años, ya no lo es a partir de los 5-6 años.</p>	<p>Abrochar botones y atar cordones de los zapatos</p>
HABILIDAD GRAFOMOTRIZ	
<p>A partir de los 3 - 3,5 años</p> <p>4 años</p> <p>6 años</p>	<p>Dibujar una persona</p> <p>Representa monigotes</p> <p>Calidad de representación muy buena</p> <p>Pensar en retraso de la elaboración del esquema corporal si al final del ciclo infantil el menor no reconoce en sí mismo los elementos que componen su cuerpo o no los representa con cierta fidelidad</p>

LATERALIDAD	
Se relaciona con el aprendizaje de lectura y la escritura	Explorar en la consulta
CAPACIDAD DE ATENCION	
3 a 5 años y Educación Primaria	Atención ante un pequeño relato
MEMORIA	
	A través de la repetición de números ó historia corta
LECTURA	
Hacer leer el mismo texto a todos los pacientes para establecer comparaciones	Lectura y comprensión de la misma
Valorar la exactitud lectora	<p>Velocidad lectora</p> <p>Errores cualitativos (silabeo, prosodia, acentuación, etc.)</p> <p>Errores cuantitativos: de inversión, sustitución, omisiones o adiciones. Dislexia</p> <p>Derivar para estudio si a los 7 años no lectura automatizada y comprensiva</p>
ESCRITURA	
	<p>Valorar confusión de grafismos iguales que se diferencian en su orientación en el espacio (b-d-p-a)</p> <p>Errores de ortografía arbitraria (acentuación, reglas ortográficas). Ortografía natural (sustituciones, uniones, inversiones.)</p> <p>Valoración descriptiva: sintaxis; contenido expresivo</p> <p>Conductas implicadas en el acto gráfico: tamaño de las letras, irregularidad, interlineación...)</p> <p>Al finalizar educación primaria el niño debe haber conseguido la escritura conoce reglas básicas de ortografía</p>

SALUD MENTAL

Objetivos

El concepto de salud mental es más amplio que “la ausencia de enfermedad psíquica”, y hace referencia a un estado de bienestar subjetivo en el que se reconoce la propia autonomía, competencia y habilidades para el desempeño de las funciones propias del lugar que se ocupa en la sociedad. Por ello, la **promoción y prevención** en salud mental infantil es más que la detección de enfermedades, y concierne directamente al profesional de atención primaria, quien, en su quehacer diario, debe saber dar respuesta a las dificultades de tipo emocional y a los obstáculos para el desarrollo biopsicosocial de los niños/as y adolescentes, conocer los factores de riesgo y los protectores que puedan estar implicados en dicho desarrollo, reconocer los signos y síntomas de alarma de los trastornos psíquicos prevalentes en cada edad y debe contribuir asimismo de forma activa a eliminar el estigma y discriminación que sigue lastrando la enfermedad mental, especialmente en la infancia.

Población diana

De 0 a 14 años, teniendo en cuenta que existen unas peculiaridades del enfermar psíquico en la infancia y adolescencia:

- **Carácter dinámico y evolutivo** del psiquismo del niño, niña y adolescente, lo que obliga a una valoración “longitudinal” de las manifestaciones, y siempre en relación con la edad y el estado madurativo.
- **Continua interacción** entre el **contexto** sociofamiliar y educativo y las experiencias cognitivas, emocionales, motivacionales, psicomotoras y sociales a las que se va enfrentando. Así, sobre la base psicobiológica con la que cada individuo nace (genética y factores perinatales) la sucesión de experiencias van modelando su entramado psíquico, en ocasiones facilitando y en otras dificultando los procesos adaptativos y de desarrollo. El equilibrio entre factores de riesgo/factores protectores, por un lado, y vulnerabilidad / resistencia individual por otro, determina la susceptibilidad hacia el enfermar psíquico.
- **Vaguedad expresiva** en la manifestación de los problemas en la etapa infantil: los síntomas aislados con frecuencia no guardan relación con síndromes o alteraciones concretas, más bien la relación se establece con conjuntos de síntomas mantenidos en el tiempo.
- **Continuidad** entre las enfermedades mentales de la infancia con las de la vida adulta, lo cual refuerza la importancia de la detección e intervención precoz. El diagnóstico tardío o inexistente conlleva serias consecuencias para el desarrollo y limita las posibilidades educativas, vocacionales y profesionales, empeorando el pronóstico de los trastornos en la vida adulta.

- **Fragilidad:** no sólo el retraso en la detección, también la etiqueta precipitada o una intervención desafortunada puede tener efectos muy negativos a corto y largo plazo. De nuevo señalar la importancia de una visión de conjunto del niño y su entorno, evitando focalizar el problema en datos puntuales.

Periodicidad

En Todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.

- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades

Las actividades, encaminadas a la detección precoz de los problemas de salud mental, dependen de la naturaleza de los mismos, por lo que se describen brevemente los índices de sospecha y la actitud a tomar en cada caso.

1) TRASTORNO DE ANSIEDAD (DSM-IV-TR)

Incluye:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Fobia social. Mutismo selectivo
- Fobia escolar
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Síntomas de alarma:

- No hay una línea divisoria clara entra la ansiedad adaptativa y la que dificulta la adaptación: se considera patológica la que interfiere el normal desarrollo de las actividades cotidianas, afecta al rendimiento escolar o provoca un sufrimiento manifiesto.
- En la edad preescolar y escolar: quejas somáticas repetidas y cambiantes, referidas a cualquier órgano o sistema (palpitaciones, insomnio, polaquiuria, mareos, dificultad respiratoria, prurito, cefalea...)
- En los adolescentes, además de estos síntomas: irritabilidad, exigencias, accesos de cólera.
- Rituales y manías absurdas, preocupaciones excesivas o injustificadas. Evitación reiterada de determinadas situaciones (escuela, salidas, relaciones sociales...)

Actitud:

- Orientaciones para el establecimiento de un vínculo saludable con las figuras de apego (ver tema específico).
- Diferenciar los miedos evolutivos propios de la infancia
- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Derivación a salud mental si estas medidas son insuficientes, se sospecha TOC o existen circunstancias familiares desfavorables.

2) TRASTORNOS DEL ÁNIMO (DSM-IV-TR)

Incluyen:

- Distimia
- Depresión
- Trastorno bipolar

Síntomas de alarma:

- En niños y niñas de 2 a 6 años: inhibición, irritabilidad, alteraciones del sueño y/o apetito, fallo de medro, pérdida del control de esfínteres, llanto inexplicable, falta de interés en los juegos.
- En edad escolar: tristeza, irritabilidad-agresividad, astenia, apatía, baja autoestima, disminución del rendimiento escolar, estancamiento del peso, alteraciones del sueño, quejas somáticas.
- Adolescentes: a los síntomas anteriores, se suman las conductas de oposición, el consumo de sustancias tóxicas, las ideas sobre la muerte y el suicidio.

Actitud:

- Es muy importante su detección por el riesgo de conductas suicidas (tercera causa de muerte en jóvenes) y de abuso de sustancias en adolescentes.
- Ante la sospecha por la intensidad y /o duración de los síntomas, por el deterioro de la vida familiar, social o académica, o por la presencia de factores sociofamiliares desfavorables: derivar a USMI.

3) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA–TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (DSM-IV-TR):

Incluyen:

- Trastorno negativista–desafiante
- Trastorno disocial.

Signos de alarma:

- Hostilidad, desobediencia y enfrentamiento a las figuras de autoridad, de forma mantenida en el tiempo y más allá de las consideradas propias de las etapas evolutivas (3-4 años y adolescencia).
- Indiferencia ante los sentimientos de los demás y ante las consecuencias de sus actos; falta de sentimientos de culpa y de arrepentimiento; crueldad con los animales.
- Accesos de cólera o pataletas impropios de la edad y circunstancias. Agresividad oral y/o física. Conductas destructivas
- En adolescentes: robo, mentiras, conductas sexuales de riesgo, absentismo escolar, abuso de sustancias, indiferencia ante el daño que provoca.

Actitud:

- Reforzar habilidades educativas parentales: evitar cualquier beneficio tras las conductas indeseables; establecer límites claros y firmes, concretando las consecuencias de la transgresión de los mismos; elegir la negociación antes que el castigo; descalificar las acciones, no al niño/a.
- Prevención de riesgos: educación sexual; educación sobre riesgos del consumo de drogas.
- Si por la intensidad de las manifestaciones o por el fracaso de las medidas anteriores, existe un grado importante de afectación de la convivencia familiar y/ o escolar, o bien se planteen situaciones que pongan en riesgo al propio menor o a sus familiares, profesores o compañeros: derivar a USMI.

4) TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Incluye:

- TDAH con predominio de la hiperactividad-impulsividad
- TDAH con predominio de la inatención
- TDAH combinado

Síntomas de alarma:

- Movimiento y actividad excesiva, con frecuencia sin ningún objetivo. Dificultad para permanecer sentado. Locuacidad, cambiando de un tema a otro. Cambios continuos de juego. Dificultad para esperar su turno.
- Interrumpe las conversaciones, interfiere en el trabajo de los demás. Habla y actúa sin reflexionar. No mide el peligro.
- Se distrae con frecuencia, olvida el material escolar, los deberes... De varias órdenes, solo es capaz de retener una. Le cuesta terminar lo que empieza.
- Estos comportamientos deben aparecer en más de un contexto, prolongarse al menos 6 meses y comportar un grado suficiente de afectación de la vida familiar y escolar.
- Es importante constatar que estas quejas de los padres y profesores no se deban a un nivel bajo de tolerancia de los adultos o a reacciones ante conflictos intrafamiliares.

Actitud:

- Descartar defectos de audición y de visión.
- Solicitar informe psicopedagógico al equipo de orientación educativa
- Si cumple los criterios del DSM-IV (ver anexo), derivar a atención especializada, ya que:
 - 1) El correcto diagnóstico implica además de cumplir dichos criterios una evaluación cognitiva (de la atención, la impulsividad, el control inhibitorio), psicoeducativa y una observación directa de la conducta.
 - 2) Es importante el estudio y tratamiento de posibles patologías comórbidas, muy frecuentes en el TDAH: trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, trastorno del ánimo, de ansiedad y de aprendizaje, abuso de sustancias tóxicas.
 - 3) El tratamiento debe ser multimodal: farmacológico, terapia conductual, reeducación psicopedagógica, apoyo al paciente y orientación a los padres y maestros.

La aplicación de escalas específicas para el TDAH es solo una herramienta más para completar el diagnóstico, éste no debe basarse exclusivamente en el resultado de las mismas.

5) TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Incluyen:

- Trastorno autista
- Trastorno de Asperger

- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Síntomas de alarma:

- Alteración del contacto visual: mirada periférica, mirada “a través” de los otros.
- Retraso o ausencia de lenguaje verbal, o bien un lenguaje peculiar, en su contenido y en las expresiones, rígido, monotemático, sin capacidad para el diálogo.
- Alteración de la comunicación gestual, de las expresiones faciales y las posturas.
- No responde ni mira cuando se le llama, sensación de “sordera”.
- No hay conductas prosociales espontáneas: no busca la expresión de su madre o su protección, no muestra o señala objetos, no pide, con frecuencia se aísla, no hay relación con los iguales.
- Movimientos repetitivos sin una finalidad, especialmente balanceo o aleteo de manos.
- Intereses restringidos, con apego inusual a algunos objetos o estímulos concretos.
- Uso peculiar de los juguetes y objetos: los ordena repetidamente, los manosea, los gira...sin utilizarlos realmente.
- Se contraría ante los cambios ambientales, con rabietas desproporcionadas.
- Para consultar los signos de alarma de TEA según edad: ver anexo 4.
- Ante la sospecha de Síndrome de Asperger: es útil la “Escala autónoma para la detección de Síndrome de Asperger y autismo de alto nivel de funcionamiento” (ver ANEXO)

Actitud:

Además de todo menor que presente algún síntoma de alarma, se vigilarán estrechamente los niños y niñas en las siguientes **situaciones de riesgo**:

- Existencia de algún familiar directo diagnosticado de TEA
- Síndrome genético relacionado con autismo: síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fenilcetonuria.
- Patología pre y perinatal: toxemia gravídica, exposición a drogas y fármacos, infección vírica en el 1º trimestre, sufrimiento fetal, parto distócico.

- Niños y niñas adoptados con antecedentes obstétricos y familiares desconocidos.

En todo estos casos de mayor riesgo, y a partir de los 18 meses, se aplicará el cuestionario CHAT-M (ver anexo) que aunque no es diagnóstico, ayuda a corroborar o descartar la sospecha. Con un cuestionario claramente patológico debe derivarse a USMI y al Equipo de Atención Temprana. Con un resultado parcialmente anómalo, se recomienda estimulación, derivación a Atención Temprana, vigilancia estrecha y repetición del CHAT-M al mes. Si vuelve a resultar dudoso o es patológico, derivar a USMI.

Es importante descartar deficiencias sensoriales (auditivas y visuales) que pueden provocar síntomas similares, así como realizar una completa exploración neurológica, iniciando estudio neuropediátrico si se detectan anomalías.

No se recomienda el cribado sistemático del TEA en todos los niños en la supervisión general del desarrollo.

La intervención terapéutica en los niños con TEA es obligadamente multidisciplinar, el pediatra de atención primaria, junto con los profesionales de la USMI y de los Equipos de Atención Temprana, debe coordinar las distintas intervenciones.

6) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Incluyen:

- Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia
- Anorexia y bulimia nerviosas.
- Pica
- Rumiación o mericismo

Signos de alarma:

- Estancamiento ponderal o pérdida de peso sin causa orgánica evidente.
- Selectividad exagerada de los alimentos, rechazo alimentario, rechazo a la masticación. Preocupación excesiva de los padres respecto a la alimentación.
- Ingesta de sustancias no alimenticias
- Regurgitaciones frecuentes fuera de la edad de lactancia.
- En adolescentes: disgusto con el propio cuerpo y decisión de adelgazar (suele se el comienzo de la anorexia nerviosa); dieta restrictiva; esconder o tirar comida y mentir respecto a la propia ingesta; aumento de la actividad física, sobre todo si lo oculta; amenorrea; vómitos frecuentes sin causa aparente; disforia y retraimiento social.

Actitud:

- En el trastorno de la alimentación en la infancia: intervención desde AP, tras descartar patología orgánica, tranquilizar a los padres, modificar hábitos, limitar el tiempo de las comidas, no forzar ni amenazar, a veces es recomendable que otras personas se encarguen de la alimentación de forma transitoria (comedores en guardería o escolares, por ejemplo), dieta variada e igual para toda la familia...
- En la pica y la rumiación: derivar a USMI
- En la anorexia-bulimia nerviosa: en casos de dietas restrictivas, sin afectación significativa del peso, sin otras alteraciones asociadas y con una familia colaboradora, se realizará intervención psicoeducativa en AP, asesorando e informando de los riesgos. En los demás casos: derivar a USMI. La derivación será urgente en casos de negativa rotunda a toda ingesta, deshidratación/desnutrición severa y síntomas depresivos con riesgo de autolesión-autólisis.
- Existen cuestionarios de autoinforme para el despistaje en atención primaria , como el SCOFF (a partir de 11 años) ,el EAT26 (a partir de 12 años) y el ChEAT, adaptado para edades inferiores (8 a 12 años)(VER ANEXOS)

7) TRASTORNOS DEL CONTROL DE ESFINTERES Y DE LA ELIMINACION

Incluyen:

- Enuresis primaria y enuresis secundaria
- Encopresis

Signos de alarma:

- Micciones involuntarias nocturnas y/o diurnas con más de 5 años de edad.
- Pérdida del control de esfínteres tras al menos un año de control adquirido.
- Evacuar heces repetidamente en superficies inadecuadas, pasados los 4 años de edad.
- Jugar o manipular los excrementos.

Actitud:

- Descartar patología orgánica

- Analizar las pautas educativas para el control de esfínteres, modificando actitudes excesivamente rígidas.
- En la enuresis primaria monosintomática: abordaje en atención primaria, informando y tranquilizando a la familia (hay un alto porcentaje de resolución espontánea) y realizando intervenciones conductuales o si fuera preciso utilizando fármacos y/o sistemas de alarma.
- En la enuresis secundaria y la encopresis sin patología orgánica que no responden a la intervención en AP: derivar a USMI.

8) TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Incluyen:

- Reacciones psicológicas derivadas de enfermedades orgánicas.
- Empeoramiento de la enfermedad somática por causa de una disfunción psicológica (Ej: crisis de asma desencadenada por estrés)
- Manifestaciones somáticas por conversión. Quejas somáticas sin causa médica detectada. (Ej: cefalea; dolor abdominal recurrente, tos psicógena).

Signos de alarma y actitud:

Todo paciente con enfermedad crónica se considera de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicológicas, por lo que son candidatos de intervenciones de prevención como pueden ser: favorecer un vínculo saludable padres-hijo/a, evitando tanto la sobreprotección como el rechazo, ayudar a la aceptación del problema por parte del propio menor y por su familia, crear un ambiente de confianza con el adolescente realizando parte de la consulta sin la presencia de los padres (ver capítulo "Entrevista con el adolescente")

Las quejas somáticas repetidas sin hallazgo de patología orgánica obligan a analizar la situación familiar y social de menor, detectando otros miembros familiares con cuadros parecidos, la ganancia secundaria que pueda obtener por la enfermedad, la reacción que el síntoma provoca en los padres... El abordaje adecuado, con especial cuidado a la hora de comunicar el origen psíquico del problema, tiene una **función preventiva** de futuras patologías tan importante o más que la curación del problema actual. Debemos evitar restar importancia con frases como "no le pasa nada", "son cosas normales", "no le hagan tanto caso"...y ayudar a la familia a plantear el problema desde otra perspectiva. Si la evolución no es adecuada o se detectan problemas familiares graves concomitantes: derivar a USMI.

CRITERIOS DE DERIVACION A UNIDADES DE SALUD MENTAL

- Los trastornos psicopatológicos como son: trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de espectro autista, trastorno de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria.
- Los síntomas evolutivos que persisten en el tiempo o se presentan con una intensidad inapropiada.
- Los trastornos de la conducta y de hábitos que no mejoran tras la intervención psicopedagógica desde atención primaria y/o equipos de orientación escolar (EOE).
- Los trastornos que aun sin alcanzar las situaciones anteriores aparecen en un contexto sociofamiliar desfavorable, especialmente si hay patología psiquiátrica parental.

La derivación (sería más adecuado el término interconsulta) a salud mental no debe ser un “final” del problema para el pediatra de atención primaria sino una redefinición y contextualización del mismo, que implique una colaboración con el equipo de salud mental a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico, en la búsqueda de una atención integral del paciente y su familia.

Esta relación con la unidad de salud mental es bidireccional, ya que entre las funciones asistenciales de estas unidades se encuentra la de apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria.

En algunos casos es recomendable aportar al equipo de salud mental, además del informe clínico, un informe social, puesto que es necesario establecer espacios de atención social interniveles que garanticen la continuidad en dicha atención social al menor y a su familia durante el tratamiento.

SALUD MENTAL

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TDAH DEL DSM-IV-TR

El DSM-IV-TR define el TDAH de una forma amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de síntomas de inatención (al menos seis síntomas) o de hiperactividad/impulsividad (al menos seis síntomas). Los síntomas deben estar presente antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño o niña, y durar como mínimo seis meses.

DIAGNÓSTICO DE TDAH (DSM-IV)

- Cumplir TODOS los criterios esenciales.
- + 6 o más de los 9 ítems de déficit de atención.
- + 6 o más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad.

CRITERIOS ESENCIALES

- Duración: los criterios sintomatológicos deben haber persistido al menos los últimos 6 meses.
- Edad de comienzo: algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 6 años.
- Ubicuidad: algún grado de disfunción debida a los síntomas debe haber estado presente en dos situaciones o más (escuela, trabajo, casa, etc).
- Disfunción: los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica, familiar...). Un niño o niña puede cumplir los 18 criterios del TDAH pero si no le afectan su vida diaria no es hiperactivo/a.
- Discrepancia: los síntomas son excesivos comparando con otros niños o niñas de la misma edad y CI.
- Exclusión: los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones).

5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas).
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

1. A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.
6. A menudo habla excesivamente.
7. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
8. A menudo tiene dificultades para guardar su turno.
9. A menudo interrumpe o estorba a otros.

SALUD MENTAL

ANEXO 2

CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL

EN LA INFANCIA (M-CHAT/ES)

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa **NORMALMENTE**. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña **NO** lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándose en sus rodillas, etc?	SI	NO
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?	SI	NO
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque, etc?	SI	NO
4. Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras”? (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)	SI	NO
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo, haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	SI	NO
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	SI	NO
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	SI	NO
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo, cochecitos, muñequitas o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	SI	NO
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	SI	NO
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	SI	NO
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc)	SI	NO
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonrío?	SI	NO
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)	SI	NO
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?	SI	NO
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación...¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?	SI	NO
16. ¿Ha aprendido ya a nadar?	SI	NO
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?	SI	NO
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos?	SI	NO
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?	SI	NO
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	SI	NO
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente le dice?	SI	NO
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado a otro sin propósito?	SI	NO
23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	SI	NO

SALUD MENTAL

ANEXO 3

SIGNOS DE ALERTA DE TEA SEGÚN EDAD

A cualquier edad:

- Mayor interés por los objetos que por las personas.
- Si mira a la cara lo hace por poco tiempo y con más atención a la boca que a los ojos

De 0 a 3 años:

En cualquier caso, se debe valorar como señales de alerta para los TEA, con indicación absoluta de proceder a una evaluación diagnóstica más detallada y amplia, si:

- No balbucea ni señala ni hace gestos a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social.

Signos de alerta a los 12 meses:

- Menor contacto ocular.
- No reconoce su nombre.
- No señala para pedir.
- No muestra objetos.

Detección específica a los 18 meses:

- No señala para pedir ni para mantener atención compartida (ausencia de protoimperativos y protodeclarativos). Detectable con test de M-CHAT.
- No dice palabras sencillas.

Signos de alerta a partir de los 2 años:

- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas)
- No presencia de juegos de ficción)

Detección específica a partir de los 36 meses:

- Déficit en el desarrollo del lenguaje, especialmente de comprensión, deficiente comunicación no verbal y fracaso en la sonrisa social para expresar placer y responder a la sonrisa de otros.
- Alteraciones sociales: Imitación limitada o ausente de accionares (ej. Aplaudir) con juguetes u objetos, no muestra objetos a los demás, falta de interés o acercamiento a extraños o niños de su edad. Escasa respuesta a emociones: felicidad o tristexa, no realiza juegos.

SALUD MENTAL

ANEXO 4

ESCALA AUTÓNOMA PARA DETECCIÓN DE SD ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Extraído de Guía de Práctica Clínica del SNS

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Cada uno de los enunciados que va a leer a continuación describe formas de ser y comportarse que podrían ser indicativos de Síndrome de Asperger o autismo. Estas personas suelen presentar, de un modo u otro, características como las que aquí se recogen, especialmente **a partir de los 6 años**.

Le rogamos que lea detenidamente cada enunciado, y que estime en qué medida ha observado los siguientes comportamientos en la persona sobre la que va a informar marcando la respuesta apropiada con los criterios siguientes:

- 1) Si el comportamiento descrito en el enunciado no corresponde en absoluto con las características de la persona sobre la que informa, conteste marcando el espacio dedicado a la categoría **"Nunca"**.
- 2) Si algunas veces ha observado esas características, aunque no sea lo habitual, marque en el espacio correspondiente a **"Algunas veces"**.
- 3) Si el comportamiento descrito es habitual, conteste **"Frecuentemente"**.
- 4) Si generalmente se comporta como se describe en el enunciado, hasta el punto de que cualquiera esperaría que se comporte así, conteste **"Siempre"**.
- 5) Puede ocurrir que algunas descripciones se refieran a comportamientos que se producen en situaciones en las que usted no ha estado presente nunca; por ejemplo: "Come sin ayuda de nadie", es un comportamiento que sólo ha podido observar si ha tenido la oportunidad de estar presente a la hora de comer. Si se encuentra ante este caso, conteste **"No observado"**.

INSTRUCCIONES PARA LA CORRECCIÓN

1. Puntúe las respuestas a cada ítem observado del siguiente modo:
 - "Nunca": 1 punto
 - "Algunas veces": 2 puntos
 - "Frecuentemente": 3 puntos
 - "Siempre": 4 puntos
2. Compruebe si se cumplen las dos condiciones siguientes:
 - Se han contestado los 18 ítems
 - No hay más de 2 ítems con la respuesta "No Observado"
3. Si se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación directa* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas (la puntuación mínima que podrá obtener en dicha suma será 18 y la máxima 72).
4. Si no se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación promedio* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas y dividiendo el resultado por el número de ítems respondidos (la puntuación mínima que podrá obtener será 1 y la máxima 4).
5. Se recomienda consultar a un especialista si la *puntuación directa* obtenida es de 36 (o se acerca a este valor), y si la *puntuación promedio* es de 2 (o se acerca a este valor) –ver Nota.

NOTA: Nada impide iniciar la consulta al profesional si la puntuación directa no llega a 36 pero se sitúa por encima de los 30 puntos (o si la puntuación promedio no llega a 2 pero se sitúa por encima del 1,7); tampoco hay razones psicométricas que impidan adoptar un criterio más exigente (por ejemplo, tomar como punto de corte una puntuación directa de 40, o una puntuación promedio de 2,22). Esta *Escala no es un instrumento diagnóstico por sí mismo*, sino una herramienta dirigida a facilitar la detección de personas que *pueden tener* Síndrome de Asperger o Autismo de no asociado a discapacidad intelectual y sobre las cuales interesaría determinar *cuanto antes* su diagnóstico clínico y sus necesidades de apoyo.

ESCALA AUTÓNOMA PARA DETECCIÓN DE SD ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Siempre	No observado
1. Tiene dificultades para realizar tareas en las que es especialmente importante extraer las ideas principales del contenido y obviar detalles irrelevantes (p.ej., al contar una película, al describir a una persona...).					
2. Muestra dificultades para entender el sentido final de expresiones no literales tales como bromas, frases hechas, peticiones mediante preguntas, metáforas, etc.					
3. Prefiere hacer cosas solo antes que con otros (p.ej, juega solo o se limita a observar cómo juegan otros, prefiere hacer solo los trabajos escolares o las tareas laborales).					
4. Su forma de iniciar y mantener las interacciones con los demás resulta extraña.					
5. Manifiesta dificultades para comprender expresiones faciales sutiles que no sean muy exageradas.					
6. Tiene problemas para interpretar el sentido adecuado de palabras o expresiones cuyo significado depende del contexto en que se usan.					
7. Carece de iniciativa y creatividad en las actividades en que participa.					
8. Hace un uso estereotipado o peculiar de fórmulas sociales en la conversación (p.ej., saluda o se despide de un modo especial o ritualizado, usa fórmulas de cortesía infrecuentes o impropias...)					
9. Le resulta difícil hacer amigos.					
10. La conversación con él/ella resulta laboriosa y poco fluida (p.ej., sus temas de conversación son muy limitados, tarda mucho en responder o no responde a comentarios y preguntas que se le hacen, dice cosas que no guardan relación con lo que se acaba de decir...).					
11. Ofrece la impresión de no compartir con el grupo de iguales intereses, gustos, aficiones, etc.					
12. Tiene dificultades para cooperar eficazmente con otros.					
13. Su comportamiento resulta ingenuo (no se da cuenta de que le engañan ni de las burlas, no sabe mentir ni ocultar información, no sabe disimular u ocultar sus intenciones...)					
14. Hace un uso idiosincrásico de las palabras (p.ej., utiliza palabras poco habituales o con acepciones poco frecuentes, asigna significados muy concretos a algunas palabras).					
15. Los demás tienen dificultades para interpretar sus expresiones emocionales y sus muestras de empatía.					
16. Tiene dificultades para entender situaciones ficticias (películas, narraciones, teatro, cuentos, juegos de rol...).					
17. Realiza o trata de imponer rutinas o rituales complejos que dificultan la realización de actividades cotidianas.					
18. En los juegos, se adhiere de forma rígida e inflexible a las reglas (p.ej., no admite variaciones en el juego, nunca hace trampas y es intolerante con las de los demás).					
PUNTUACIÓN PROMEDIO:	PUNTUACIÓN DIRECTA TOTAL:				

FECHA DE APLICACIÓN:

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

DATOS DE LA PERSONA QUE INFORMA

NOMBRE:

VINCULACIÓN CON LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA:

SALUD MENTAL

ANEXO 5

CUESTIONARIO SCOFF PARA LA DETECCIÓN DE TCA



Servicio Andaluz de Salud
EXCMO. CONSEJO DE SALUD

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO –SCOFF-

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones: Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se ajusta a su situación

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SALUD MENTAL

ANEXO 6

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL EAT-26

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

Categorías de respuesta:

Siempre / Muy a menudo / A menudo / A veces / Raramente / Nunca.

Los 26 ítems que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral. Se valora mediante una escala de Likert de 6 puntos.

El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Es un cuestionario Autoadministrado para pacientes mayores de 12 años. El punto de corte está en 22 puntos o más.

SALUD MENTAL

ANEXO 7

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL ChEAT

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.
3. Pienso en comida continuamente.
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto la comida en trozos pequeños.
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.
9. Vomito después de haber comido.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
15. Tardo en comer más que las otras personas.
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.
17. Noto que los demás me presionan para que coma.
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
20. Me comprometo a hacer régimen.
21. Me gusta sentir el estómago vacío.
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.
24. Como alimentos de régimen.
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.
26. Me controlo en las comidas.

Categorías de respuesta:

Siempre / Casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Casi nunca / Nunca

Interpretación de resultados del ChEAT (Versión infantil del EAT-26; Children Eating Attitudes Test)

El ChEAT es un cuestionario autoaplicable a partir de los 8 años (requiere de un nivel de lectura para responder de cuarto-quinto año de primaria), que puede ayudar en la valoración de la preocupación por la comida, modelos de alimentación y actitudes ante la comida en estas edades. Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de TCA, puntuando cada respuesta de 0 a 6 puntos.

VALORACIÓN SOCIAL Y PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD

En la atención a la infancia desde los Servicios de Salud, el profesional de Trabajo Social Sanitario realiza la Valoración Sociofamiliar del menor, su familia y su entorno, con el objetivo de adquirir conocimiento y comprensión de la situación vital del niño-a, adolescente y familia, identificar factores de riesgo y planificar la Intervención Sociofamiliar (Plan de Atención Social), operando en los aspectos sociales, familiares y del entorno a través de técnicas propias del trabajo social sanitario.

Población diana:

- Menores con sospecha de estar en situaciones de riesgo social o con factores de riesgo social (anexo 1)

Periodicidad

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En el contexto de cualquier intervención desde el espacio sanitario.

Para ello es imprescindible tener en cuenta en la anamnesis los aspectos sociales del binomio menor-familia. La presencia de alguno de ellos debe plantear la valoración sociofamiliar y del entorno de forma pormenorizada, con el fin de articular intervenciones que protejan al menor y que los servicios de salud se conviertan en fuente de apoyo directa.

ACTIVIDADES

- Identificación de menores con riesgo social
- Identificación de factores de protección
- Actividades de prevención primaria en la población general. Sin presencia de factores de riesgo social
- Actividades de prevención primaria orientadas a la población con presencia de factores de riesgo social
- Valoración social
- Intervención social

- **IDENTIFICACIÓN DE MENORES CON RIESGO SOCIAL (ANEXO2)**

El profesional del centro sanitario que atiende al menor y detecte criterios de riesgo social de derivación al trabajador social (anexo1), solicitará la intervención de este profesional.

Los profesionales sanitarios incluirán sistemáticamente en la anamnesis del menor la identificación de los factores de riesgo social que motivarán la interconsulta con el/ la trabajador/a social del servicio de salud, para que este profesional realice la valoración sociofamiliar y la puesta en marcha del plan de intervención social si procede:

- La no existencia de factores de riesgo social, se recogerá en la historia de salud.
- Ante la sospecha de factores de riesgo social, o a criterio del profesional, se realizará interconsulta/ derivación con el/la trabajador/a social del servicio sanitario.
- El/la trabajador/a social del servicio sanitario realizará la valoración social de forma sistemática a toda familia que sea derivada o que acuda por iniciativa propia explorando tanto los factores de riesgo como los de protección.
- Una vez realizada la valoración sociofamiliar se define el plan de intervención social, si procede.

- **IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE PROTECCIÓN**

En todas las intervenciones con los menores desde el centro sanitario es importante la identificación de factores de protección: activos en salud.

En cuidadores:

- Apego y vinculación emocional.
- Habilidades de comunicación en los padres.
- Maternidad/paternidad deseada.
- Pautas educativas de control positivo.
- Disciplina coherente.
- Recursos para afrontar situaciones conflictivas.
- Buen seguimiento de las indicaciones de los profesionales sanitarios.
- Existencia de redes sociales y familiares.

En el menor:

- Buena salud.
- Buen temperamento.
- Autonomía e independencia.
- Adecuada autoestima.
- Buena inteligencia.
- Habilidades para solución de problemas.

• **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA POBLACIÓN GENERAL. SIN PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO SOCIAL**

Mediante acciones socioeducativas interinstitucionales, tanto individuales como grupales, dirigidas a los menores y/o sus familias

• **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA ORIENTADAS A LA POBLACIÓN CON PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO SOCIAL**

- Seguimiento específico de niños de riesgo social desde las consultas de pediatría, enfermería y trabajo social sanitario, o mediante visitas domiciliarias.
- Intervención sociofamiliar del trabajador/a social sanitario, que incluya el fomento del apoyo social formal e informal.
- Identificación y fomento de factores de resiliencia.
- Comunicación en el Equipo de Salud (médico, enfermera y trabajo social) para tratar patologías de los padres (drogadicción, alcoholismo, enfermos psíquicos) y seguimiento.
- Atención específica según protocolo a los menores discapacitados.
- Estar alerta ante la presencia de indicadores de maltrato en sus diferentes tipos.

• **VALORACIÓN SOCIAL**

El profesional de trabajo social sanitario, deberá investigar y conocer las siguientes circunstancias o áreas: personal, familiar, económica, vivienda, educativa, empleo, ocupacional..., paralelamente al

diagnóstico clínico para poder emitir un diagnóstico social que permita la elaboración de un Plan de Atención Social en Salud.

El análisis y sistematización de estas variables:

- Ayudarán a detectar problemas y necesidades no cubiertas así como los recursos personales, familiares, comunitarios, institucionales para afrontar dichas dificultades.
- Permitirán conocer aquellos factores sociales que dificulten el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas con problemas de salud así como la identificación de factores de protección.
- Modularan y/o intensificaran las intervenciones sociales que se diseñen en el Plan de Atención Social en Salud.

La valoración social se podrá realizar desde los siguientes contextos: en consulta o en el domicilio.

Si es necesario se realizará en diferentes sesiones o entrevistas, siempre creando un ambiente acogedor, de escucha y empatía, estando alerta a las emociones y sentimientos de los padres y familiares de acuerdo al momento que estén viviendo en cuanto al proceso diagnóstico, duelo, etc.

Será importante coordinar esta actividad con el Equipo de Salud, evitando el solapamiento en las intervenciones y/o saturación a la familia y siempre bajo criterios de respeto, discrecionalidad e individualización.

Concluiremos con la emisión de un diagnóstico social que nos permitirá elaborar el Plan de Atención Social en Salud (PASS) acordado con la familia, cuidadores y el menor.

• INTERVENCIÓN SOCIAL

El tratamiento social estará integrado en el conjunto de acciones sociosanitarias que el Equipo de Salud haya diseñado y en función a las especificidades de cada caso.

El objetivo general de esta intervención es favorecer que los menores con problemas de salud alcancen las mejores condiciones de normalización, integración y calidad de vida. Velando por la garantía de sus derechos y su protección.

Como objetivos específicos de la Intervención Social tendremos:

- Potenciar las actitudes positivas que conservan el menor y su familia.
- Intervenir en aquellas necesidades no cubiertas y en las problemáticas sociales emergentes.
- Abordar las problemáticas sociales en función de las áreas afectadas, potenciando los recursos personales, familiares y comunitarios. Las Áreas objeto de intervención serán: Personal, Familiar, Educativa, Ocupacional-Laboral, Económica, Ocio, Comunitaria y Jurídica.

Con carácter general la intervención social irá encaminada a aumentar la calidad de vida mediante actuaciones dirigidas al apoyo y orientación familiar, asesoramiento, información, gestión y movilización de recursos (personales, familiares, institucionales).

En el Plan de Intervención Social se formularán objetivos y actividades en función de las áreas afectadas y las características de cada situación, bajo la metodología del Trabajo Social de Casos, Trabajo Social de Grupo y Trabajo Social Comunitario.

En este plan se marcarán igualmente las Actividades de Coordinación mediante las que se consensuarán los mecanismos y procedimientos de actuación que permitan a las diferentes instituciones y profesionales implicados trabajar de manera eficaz para conseguir la protección de los menores, evitando la duplicidad de servicios y la disparidad de criterios y objetivos.

En el equipo de salud asumirá la responsabilidad de la coordinación de las actividades derivadas del Plan de Intervención Social a nivel interinstitucional el/la trabajador/a social sanitario. Asumirá la relación entre el Equipo de Salud, los servicios sociales y los centros escolares fundamentalmente, pudiendo incorporarse a la misma otros profesionales de las instituciones que participen en el tratamiento de los menores.

Herramientas/Recursos

Las herramientas a utilizar en el PASS serán las descritas en la metodología de Trabajo Social de Casos, Grupo y Comunidad.

Requisitos mínimos para la realización del PASS:

a) Valoración sociofamiliar cumplimentando la Historia Social mediante:

- Entrevistas familiares
- Visita domiciliaria
- Visita al centro educativo y entrevista con profesores referentes.

b) Emisión de un diagnóstico social sanitario tras la valoración.

c) Elaboración del plan individualizado de atención social, en el que se reflejarán los objetivos y las actividades a realizar para conseguirlos.

Entre las actividades se definirán las reuniones de coordinación necesarias y las actividades de trabajo social comunitario y grupal que fueran necesarias.

VALORACIÓN SOCIAL Y PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD

ANEXO 1

RIESGO SOCIAL. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

El riesgo social en la infancia se entiende como el incremento de la susceptibilidad a contraer enfermedad psíquica y/u orgánica derivada de una mayor vulnerabilidad o desprotección infantil por las especiales condiciones de la situación sociofamiliar y del entorno del menor.

Los factores de riesgo social asociados a la mayor vulnerabilidad de enfermar y que en sí mismo representan un deterioro del estado de salud, están descritos en la bibliografía de forma coincidente.

Criterios Familiares de Riesgo social para derivar al Trabajador Social Sanitario:

- Familia que presenta limitada capacidad para afrontar problemas.
- Familia que presenta dificultades sociales por la existencia de otros miembros con problemas de salud.
- Familia que presenta relaciones familiares conflictivas: malos tratos, carencias afectivas, falta de apoyo, etc.
- Familia que manifiesta condiciones desfavorables de vivienda: hacinamiento, insalubridad, falta de equipamientos básicos, barreras arquitectónicas, ausencia de vivienda, desahucio.
- Familia que presenta una situación de marginación social: mendicidad, delincuencia, prostitución.
- Familia con dificultades de accesibilidad a los servicios.
- Familia perteneciente a minorías étnicas con dificultades de integración.
- Familia con soporte económico comprometido por inestabilidad laboral o paro prolongado de sus miembros.
- Familia que sufre un problema de salud que origina un problema social grave.

Criterios de riesgo social en menores para derivar al Trabajador Social Sanitario:

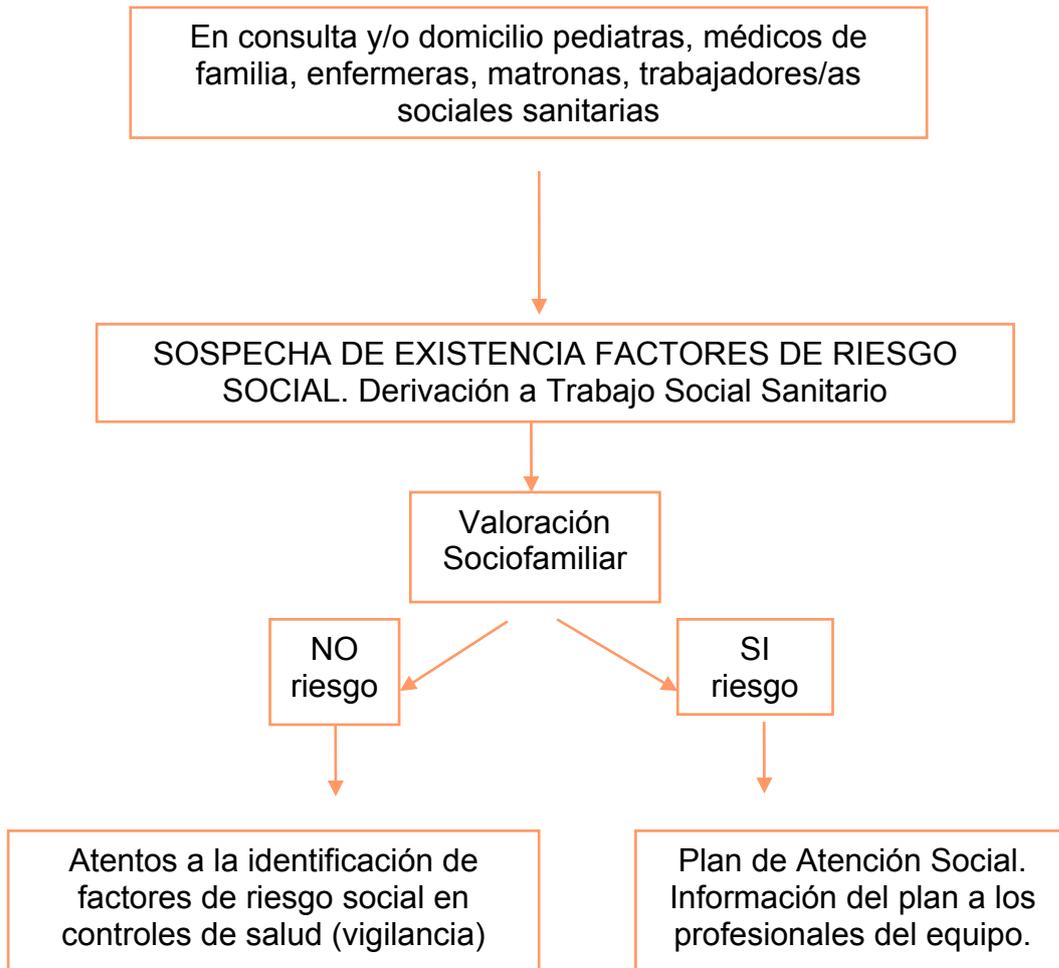
- Menor que presenta síntomas de maltrato (físico, psíquico y/o abuso sexual) intra o extra familiar (violencia escolar, violencia entre iguales).
- Menor que ha sufrido fallecimiento o abandono de progenitores y pudiera sospecharse situación de desprotección.

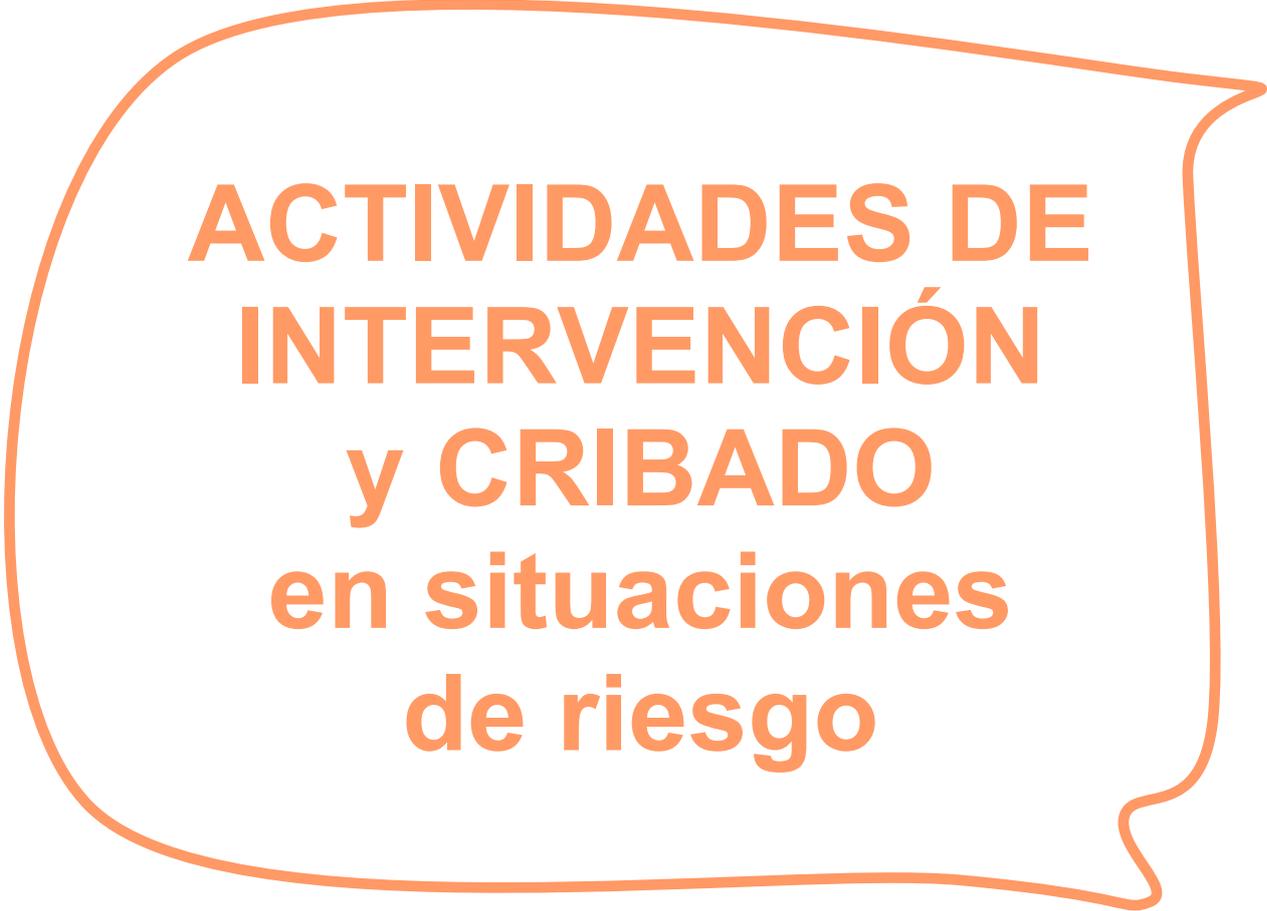
- Menor cuyos padres están inmersos en un proceso de separación conflictivo.
- Menor perteneciente a familia con alta movilidad (cambios frecuentes de domicilio).
- Menor hijo de adolescentes con dificultades de apoyos familiares.
- Menor perteneciente a familia monoparental, u otro tipo de familia sin apoyos sociales.
- Menor con discapacidad que interfiere en la dinámica familiar.
- Menor con irregularidades escolares: no escolarizado, absentismo, inadaptación escolar que le aleje de forma frecuente del programa escolar reglado.
- Menor con necesidades educativas especiales.
- Menor que requiere la intervención de múltiples instituciones y profesionales y están en situaciones de descoordinación.
- Menor cuya familia maneja creencias de rechazo a medidas de prevención y atención a problemas de salud: medicación, pruebas diagnósticas, vacunas...
- Menor cuyos padres mantienen conductas o pautas inadecuadas de crianza, (sobrepotección, permisividad, dejación en aspectos nutricionales, de sueño, de higiene...)
- Menor tutelado por la Administración Pública.
- Menor cuya familia presenta demandas de atención frecuentes por motivos no justificados ("hiperfrecuentadores").

VALORACIÓN SOCIAL Y PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD

ANEXO 2

ALGORITMO DE ACTUACIÓN





**ACTIVIDADES DE
INTERVENCIÓN
y CRIBADO
en situaciones
de riesgo**

CRIBADO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

Población diana:

- Mujeres en situación de riesgo de depresión postparto en tercer trimestre de embarazo y puérperas.

Periodicidad:

- Visitas prenatales y visitas hasta las 6 semanas postparto, regladas o a demanda.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

La depresión postparto (DPP) puede afectar negativamente a la experiencia de la maternidad y la crianza.

Puede ocurrir que durante los diez primeros días tras el parto se produzca la denominada tristeza postparto, *maternity blues* o *baby blues* un trastorno leve y transitorio del estado de ánimo. En este sentido, muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas, y puede darse el caso de que sean reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos hacia el niño.

La situación se complica si se agravan estos síntomas o persisten más allá de los 7-10 días, lo cual es más probable en mujeres con antecedentes de episodios depresivos mayores o que presenten alguno de los factores de riesgo enumerados más adelante.

Entre las manifestaciones se incluyen: ansiedad, crisis de angustia, desinterés por el nuevo hijo, insomnio, llanto espontáneo, fatiga, irritabilidad hacia la pareja y otros hijos o hijas, ansiedad específica sobre el bebé, falta de apetito, insomnio, falta de interés por el sexo, etc., que pueden prolongarse durante varios meses.

- **VISITA PRENATAL (EDUCACIÓN MATERNAL EN GRUPO)**

Informar sobre la diferencia entre estado anímico de tristeza y depresión.

- **VISITA PUERPERAL**

Cribado de depresión postparto en mujeres que pertenezcan a uno de los siguientes grupos de riesgo:

- Adolescentes.
- Consumo de alcohol, alucinógenos, drogas de abuso

- Embarazo no deseado.
- Trastorno de ansiedad o del estado anímico antes del embarazo, incluyendo depresión en un embarazo anterior.
- Suceso estresante durante el embarazo y/o el parto, incluyendo una enfermedad propia, muerte o enfermedad de un ser querido, parto difícil o de emergencia, parto prematuro o enfermedad o anomalía del bebé.
- Familiar cercano que haya experimentado depresión o ansiedad.
- Mala relación con la pareja u otro ser querido en su vida o ausencia de pareja.
- Escasa red de apoyo familiar o social.
- Dificultades financieras (bajos ingresos, vivienda deficiente).
- Intentos previos de suicidio.

Signos de alarma:

- Agitación e irritabilidad
 - Disminución del apetito
 - Dificultad para concentrarse o pensar
 - Sentimiento de inutilidad o culpa
 - Sentimiento de retraimiento, aislamiento social o desconexión
 - Falta de placer en todas o en la mayoría de las actividades
 - Pérdida de energía
 - Sentimientos negativos hacia el bebé
 - Pensamientos de muerte o suicidio
 - Dificultad para dormir
- **PRIMERA VISITA DE SEGUIMIENTO DE SALUD INFANTIL (ANTES DEL MES DE VIDA).**

Cribado de depresión en los casos de riesgo no detectados en la visita puerperal.

Seguimiento del estado de ánimo de la madre y derivación al profesional pertinente en caso de persistir la sintomatología depresión.

Herramientas:

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Anexo 1). Es útil como método de cribado del riesgo de DPP en Atención Primaria. Puede ser aplicada bien a todas las puérperas de forma universal, o bien sólo a los grupos de riesgo o con signos de sospecha.

CRIBADO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

ANEXO 1

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO.
(Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:	6. Las cosas me oprimen o agobian:
0 Tanto como siempre	0 Sí, casi siempre
1 No tanto ahora	1 Sí, a veces
2 Mucho menos	2 No, casi nunca
3 No, no he podido	3 No, nada
2. He mirado el futuro con placer:	7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
0 Tanto como siempre	0 Sí, casi siempre
1 Algo menos de lo que solía hacer	1 Sí, a menudo
2 Definitivamente menos	2 No muy a menudo
3 No, nada	3 No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:	8. Me he sentido triste y desgraciada:
0 Sí, casi siempre	0 Sí, casi siempre
1 Sí, algunas veces	1 Sí, bastante a menudo
2 No muy a menudo	2 No muy a menudo
3 No, nunca	3 No, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:	9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
0 No, nada	0 Sí, casi siempre

1 Casi nada	1 Sí, bastante a menudo
2 Sí, a veces	2 Sólo ocasionalmente
3 Sí, a menudo	3 No, nunca
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:	10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
0 Sí, bastante	0 Sí, bastante a menudo
1 Sí, a veces	1 Sí, a menudo
2 No, no mucho	2 Casi nunca
3 No, nada	3 No, nunca
Versión traducida al español por el Departamento de Psicología de la Universidad de Iowa: (mike-ohara@uiowa.edu).	

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores a la visita
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del idioma sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La consulta de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

- A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)
- Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta **número 10**, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.
- La puntuación de la EPDS está diseñada para ayudar al diagnóstico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE HIPERCOLESTEROLEMIA

Población diana:

Cribado:

- Población con edad entre 2-18 años con riesgo aumentado de hipercolesterolemia y de enfermedad cardiovascular en la vida adulta:
 - Padre o madre con dislipemia genética con alto riesgo cardiovascular (principalmente hipercolesterolemia familiar heterocigota e hiperlipemia familiar combinada).
 - Cuando al menos uno de los progenitores presente valores de colesterol total (CT) igual o superiores a 240mg.
 - En caso de desconocerse estos antecedentes, se pueden valorar de forma individual los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura en primera o segunda generación (antes de los 55 años en varones y antes de los 65 años en mujeres). Esto incluye: infarto agudo de miocardio, angor, vasculopatía periférica, enfermedad cerebrovascular, muerte súbita de origen cardíaco, demostración mediante artriografía de una arteriosclerosis coronaria, angioplastia o cirugía de derivación de arteria coronaria
 - Independientemente de la historia familiar, si se asocian otros factores de riesgo: HTA, obesidad (IMC > p 95), diabetes mellitus, tabaquismo en mayores de 10 años.

Prevención:

- Toda la población de 0 a 14.

Periodicidad:

Cribado:

Al menos una determinación de CT en mayores de 2 años de edad (grupos de riesgo)

Prevención:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Determinación de Colesterol en grupos de riesgo
- Recomendaciones dietéticas generales
- Control de otros factores de riesgo

• DETERMINACIÓN DE COLESTEROL EN GRUPOS DE RIEGO:

1. Si colesterol aceptable < 170 mg/dl

- Consejos nutricionales y sobre la disminución de los factores de riesgo.
- Repetir a los 5 años.

2. Si colesterol en los límites 170-199 mg/dl, repetir y hacer promedio

- Si <170mg/dl pasar a punto 1
- Si > 170mg/dl pasar a punto 3

3. Si colesterol elevado >200 mg/dl

Hacer perfil lipídico con análisis de lipoproteínas en ayunas de 12 h, repetir en 3-4 semanas y hallar el valor promedio de LDL-col:

- Si LDL-c aceptable < 110mg/dl
Consejos nutricionales y sobre disminución de factores de riesgo
Repetir a los 5 años
- Si LDL-c en los límites:110-129 mg/dl
Consejos sobre factores de riesgo
Tratamiento dietético (dieta fase I)
Revalorar en un año
- Si LDL-c elevado \geq 130mg/dl
Valorar causas secundarias
Estudio de toda la familia
Tratamiento dietético (Dieta fase I y II, anexos)
Valorar tratamiento farmacológico en mayores de 10 años.

Categoría	Colesterol total mg/dl	LDL-colesterol mg/dl	Intervención dietética
Aceptable	<170	<110	Recomendaciones dietética generales
Limite	170-199	110-129	Dieta de fase I Intervención en otros factores de riesgo
Elevado	>=200	>=130	Dieta de fase I Dieta de fase II si fuera necesario

Tomado de National Education Program. Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents

• **RECOMENDACIONES DIETÉTICAS GENERALES:**

- Consumir preferentemente lácteos y derivados desnatados y semidesnatados. El máximo consumo de leche entera 200 ml diarios.
- Consumir aceites vegetales, oliva, girasol, soja y limitar mantequillas, margarinas y salsas ricas en grasa.
- Carnes magras, aves sin piel y cortes menos grasos. Limitar los embutidos.
- Aumento de la ingesta de pescado, sobre todo azul.
- Limitar el consumo de alimentos con azúcares y salsas añadidos, incluidos refrescos y zumos.
- Aumentar el consumo de hidratos de carbono complejos presentes en pasta, legumbres, pan y cereales (sobre todo integrales).
- Aumentar el consumo de frutas y verduras preferentemente frescas.
- Preparación de los alimentos a la plancha, cocidos, al vapor; evitar fritos.
- Prestar atención al etiquetado de productos prefabricados, bollería, panadería, postres y comidas prefabricadas de forma industrial, porque son fuente importante de grasas saturadas e isómeros trans. Evitar el consumo de estos productos.
- Adecuar el consumo de alimentos al gasto energético diario según nivel de actividad.

- **CONTROL DE OTROS FACTORES DE RIESGO:**

- Incrementar actividad física diaria.
- Mínimo 60 minutos de ejercicio físico diario.
- Intervención tabaquismo en adolescentes.
- Control adecuado de HTA, Obesidad, Diabetes Mellitus .

En menores con factores de riesgo y valores normales de colesterol se realizarán recomendaciones relativas al estilo de vida para prevenir la hipercolesterolemia: ejercicio físico regular (30-60 minutos diarios), limitar actividades sedentarias a menos de dos horas al día, dieta rica en verduras, fruta fresca y productos lácteos bajos en grasas.

Herramientas:

- Determinar el CT con el paciente en ayunas en sangre obtenida por punción venosa.
- Si precisa un estudio de lípidos (ayunas de al menos 10-12h) determinar: CT, HDLc ,y TG ,
Calcular el $LDLc = CT - HDLc - (TG/5)$

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

ANEXO 1

DIETAS FASE I y FASE II

Nutrientes	Dieta de fase I	Dieta fase II
Grasas totales	<i><30% de calorías totales</i>	Igual
Ac. grasos saturados	<i><10% de calorías totales</i>	<i><7% de calorías totales</i>
Ac. grasos polinsaturados	<i>Hasta un 10% calorías totales</i>	Igual
Ac. grasos monoinsaturados	<i>Resto de calorías grasas totales</i>	Igual
Colesterol	<i><300mg/día</i>	<i><200mg/día</i>
Carbohidratos	<i>55% de calorías totales</i>	Igual
Proteínas	<i>15-20% de calorías totales</i>	Igual
Calorías	<i>Las necesarias para mantener crecimiento y desarrollo normales</i>	Igual

Tomado de: National Education Cholesterol Program. Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Población diana:

- Cribado: Población infantil con riesgo de HTA.
- Prevención: Toda la población infantil desde los 3 hasta los 14 años.

Periodicidad:

Cribado:

- Actualmente existe Insuficiente evidencia para recomendar cribado rutinario de HTA en todos los menores y adolescentes.
- Medir la tensión arterial como mínimo en dos ocasiones a lo largo de la infancia y adolescencia (entre los 3-6 años y entre los 10-14 años) a la población infantil con riesgo de hipertensión arterial. Si es posible se recomienda una medición anual una vez establecida la situación de riesgo.

Población infantil con riesgo de HTA:

- Antecedentes familiares (padre o madre) de hipertensión o enfermedad renal.
- Sobrepeso u obesidad.
- Dieta pobre en frutas o verduras frescas y con exceso de sal o de alimentos precocinados.
- Enfermedades que se asocian a hipertensión: cardiopatías, nefropatías, uropatías, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, proteinuria, trasplantes, neoplasias, hipertensión intracraneal.
- Fármacos que incrementan la TA.

Prevención:

Realizar las recomendaciones relativas al estilo de vida para la prevención primaria de hipertensión arterial en:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Realizar un mínimo de dos determinaciones de tensión arterial (TA) a lo largo de la infancia: Entre los 3-6 años y entre los 10-14 años, a la población infantil de riesgo. Usar tablas de referencia de percentiles de presión arterial-talla en relación al sexo, edad y talla (anexos)

Clasificación	Percentil PAS y/o PAD
Normal	<P90
Alta-normal	P90-P94 (En la adolescencia $PA \geq 120/80$ mm de Hg aunque esté por debajo de P90)
HTA grado I	P95-P99+5mm de Hg
HTA grado II	>P99+5mmHg

El término prehipertensión cambia por tensión alta-normal según las guías de la ESH/ESC European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension J Hypertens (2003).

- En todas las visitas al programa de salud infantil se realizarán recomendaciones para evitar el tabaquismo pasivo y fomentar la lactancia materna, como prevención primaria de la hipertensión.
- Si la TA es normal se realizarán recomendaciones relativas al estilo de vida para prevenir la HTA: ejercicio físico regular (30-60 minutos diarios), limitar actividades sedentarias a menos de dos horas al día, dieta rica en verduras, fruta fresca y productos lácteos bajos en grasas, el aporte de sodio en la dieta debe ser menor de 1.2 gr/día en niños y niñas de 4-8 años y 1.5 gr a partir de esa edad.
- Si la TA es alta-normal, además de las recomendaciones anteriores, vigilar la presencia de factores de riesgo de HTA, en particular el sobrepeso y la obesidad, que aumentan un 50% el riesgo de hipertensión arterial (así controlar especialmente el IMC y el perímetro de cintura), en estos casos la pérdida progresiva de peso mejora las cifras de TA. Realizar controles de TA cada seis meses.
- Ante un caso de hipertensión asintomática hay que realizar varias determinaciones de tensión arterial con intervalos de una semana (confirmar al menos en 3 ocasiones). Si se evidencia HTA grado II realizar derivación para evaluación completar estudio.
- Tener en cuenta la hipertensión de bata blanca, TA por encima del percentil 95 en la consulta y con mediciones normales fuera de éste ámbito.

Recursos:

- Esfigmomanómetro aneroide que debe ser calibrado anualmente. Los dispositivos de mercurio fueron retirados siguiendo la normativa europea. También pueden emplearse digitales validados.
- Manguitos de tamaño adecuado: anchura un 40% del perímetro del brazo y longitud que comprenda al menos el 80% del perímetro braquial. Un manguito pequeño sobrestima las cifras de PA, si es grande éstas se infravaloran.

Edad	Tamaño del manguito
<1 año	4 cm
1-4 años	6 cm
4-8 años	9 cm
>8 años	10-12 cm

- Fonendoscopio.

Herramientas:

Metodología de determinación de la presión arterial. La técnica de elección es la auscultatoria.

Preparación: el menor debe estar tranquilo y sin haber realizado ninguna actividad física previa. Sentado con apoyo de la espalda y pies (evitar piernas cruzadas). El brazo a medir debe estar apoyado a la altura del cuarto espacio intercostal y sin compresión por la ropa (se intenta estandarizar usando el derecho, aunque son válidas determinaciones en ambos brazos).

Colocar el manguito del tamaño adecuado dejando libre la fosa antecubital y el fonendoscopio por debajo del manguito sobre el pulso braquial (proximal y medial a la fosa antecubital). Inflar hasta sobrepasar en unos 30mm de Hg el punto en que desaparece el pulso radial. Desinflar de forma lenta y progresiva aproximadamente 2-3mm de Hg cada latido.

La fase I de Korotkoff marca la PAS (sonido abrupto de inicio del pulso braquial), la fase V de Korotkoff marca la PAD (cese de todos los ruidos) en los niños a veces el ruido no desaparece hasta 0mm de Hg; en estos casos es la fase IV la que marca la PAD (se atenúan los ruidos).

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ANEXO 1

TABLAS DE REFERENCIA DE PRESIÓN ARTERIAL

Modificadas de “National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents” (pediatrics 2004)

Chicas:

		PA_S (mmHg)							PA_D (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Chicos:

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
7	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89

		PA_S (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

Población diana:

- Prevención déficit de hierro: Toda la población infantil.
- Cribado y profilaxis: Cuando existan factores de riesgo de ferropenia.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Prevención primaria mediante consejos dietéticos (anexo 1)
- Identificar factores de riesgo de ferropenia (anexo 2)
- Recomendación de cribado, profilaxis ó tratamiento en los casos detectados (anexo 3)

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

ANEXO 1

CONSEJOS DIETÉTICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE HIERRO

- Recomendar lactancia materna. En caso de lactancia artificial emplear fórmula fortificada con hierro (4-12mg/l).
- Recomendar cereales fortificados con hierro a partir de los 4-6 meses.
- Introducir carnes magras a partir de los 6 meses.
- Desaconsejar la leche de vaca antes de los 12 meses de vida.
- Evitar la ingesta excesiva de lácteos a partir del año de vida.
- Recomendar alimentos ricos en Hierro. Legumbres secas, frutas deshidratadas, huevos (especialmente las yemas), cereales fortificados, hígado, carne roja y magra, ostras, berberechos, almejas, mariscos, salmón atún, pistachos y otros frutos secos...) El hierro proveniente de hortalizas, frutas, granos y suplementos es más difícil de absorber. Mezclar carne, legumbres y verduras mejora hasta tres veces la absorción de hierro de fuentes vegetales.
- Para mejorar la absorción de hierro recomendar la toma de alimentos ricos en vitamina C (todas las frutas y verduras contiene alguna cantidad, algunos de los que más contiene son: kiwi, pimientos, coles, espinacas, fresas, naranjas).
- La OMS recomienda a partir del año ingerir de 10-20mg/día de hierro (que con una absorción del 5-10% serían 1mg de hierro al día) que se consigue con una dieta equilibrada; si hubiera problemas para una dieta adecuada en hierro, se deberían añadir alimentos ricos en hierro (cereales adicionados, carnes rojas, etc.) y eliminar taninos, fitatos, oxalatos, fosfatos, yema de huevo, y fibra.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

ANEXO 2

SITUACIONES DE RIESGO DE FERROPENIA (tomado de PREVINFAD)

Grupo I. Factores de riesgo perinatal

- Nacimiento prematuro.
- Recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional.
- Gestaciones múltiples.
- Ferropenia materna severa durante la gestación.
- Hemorragias útero-placentarias.
- Hemorragias neonatales (o múltiples extracciones sanguíneas).

Grupo II. Factores de riesgo entre el mes y los 12 meses de edad

- Lactancia materna exclusiva por encima de los 6 meses.
- Alimentación con fórmula de inicio no suplementada con hierro más allá de los 6 meses.
- Introducción de leche de vaca entera antes de los 12 meses.
- Bajo nivel socioeconómico.

Grupo III. Factores de riesgo a partir del año de edad

- Alimentación incorrecta (exceso de lácteos y carbohidratos, ingesta escasa de carne magra, ingesta escasa de fruta y vegetales verdes).
- Pica.
- Infecciones frecuentes.
- Hemorragias frecuentes o profusas (menstruaciones, epistaxis, sangrado digestivo, etc.).
- Cardiopatías congénitas cianógenas.
- Uso prolongado de AINEs y corticoides por vía oral.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

ANEXO 3

RECOMENDACIONES SEGÚN FACTORES DE RIESGO (adaptado de las recomendaciones de PREVINFAD)

Grupo I

- Profilaxis de la anemia de la prematuridad: 2-4 mg/Kg/día de hierro (mayor dosis a menor edad gestacional) del mes a los 6 meses de vida. Valorar cribado de anemia y ferropenia al mes y a los 3 meses después del alta, por si hay que incrementar la dosis o suspender la profilaxis por depósitos elevados. Si han recibido varias transfusiones y reciben el alta sin profilaxis con hierro se puede realizar previa a iniciar la profilaxis cribado de anemia y ferropenia y tratamiento con hierro si precisa.
- Resto del grupo: Hierro a 2-4 mg/kg/día a partir del 4^o-6^o mes de vida o posteriormente, durante un mínimo de 3 meses.
- En todos los casos valorar cribaje de ferropenia y anemia: una vez concluida la profilaxis se medirá hemoglobina, hematocrito, VCM, CHM, CHCM, ferritina e índice de saturación de transferrina.

Grupo II

- Aconsejar dieta rica en hierro.
- Se hará profilaxis con hierro oral a partir de los 5-6 meses y durante un mínimo de 3 meses valorar cribado, al final de la profilaxis.
- En el caso concreto de la utilización de la leche de vaca, se debe aportar 1mg/kg/día de suplemento de hierro, y cereales y beikost reforzados.

Grupo III

- Aconsejar dieta rica en hierro.
- Cribado de anemia y ferropenia y se actuará en función de los resultados. Si ferropenia administrar hierro y reforzar consejos dietéticos.

Nota: No hay evidencias para suplementar a población sin riesgo, ni tampoco para un segundo cribado en menores con factores de riesgo con un primer cribado normal.

CRIBADO DE TUBERCULOSIS (TBC)

Población diana:

- Menores en situación de riesgo para la infección tuberculosa (TBC) y/o pertenecientes a poblaciones con tasa de prevalencia de TBC superior al 1%.

Situaciones de riesgo de TBC:

- Menores en contacto con individuo con sospecha o certeza de TBC activa.
- Menores inmigrantes o adoptados de países con alta prevalencia.
- Menores viajeros procedentes de zonas endémicas y con contacto habitual con población nativa.
- Menores infectados con VIH.
- Adolescentes en prisión.
- Menores que viven en comunidades con marginación social.
- Menores con hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa.

Periodicidad:

Las recomendaciones para la realización de una prueba de tuberculina (PT) en niños, niñas y adolescentes son las siguientes:

PT inmediata:

- Menor en contacto con individuo con sospecha o certeza de TBC activa (estudio convencional de contactos). Tienen alta prioridad para ser investigados los contactos de enfermos bacilíferos, las personas que tienen contacto estrecho o prolongado, los menores de 5 años y las personas con alteraciones del sistema inmunitario. Contactos de prioridad mediana son aquellos en los que el contacto es diario, pero menor de 6 horas al día. Los contactos de baja prioridad son aquellos en los que el contacto es esporádico, no diario.
- Hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa.
- Inmigrantes o adoptados de países con alta prevalencia.
- Viajeros procedentes de zonas endémicas y contacto sustancial con población nativa, recomendable después de 10 semanas del regreso.
- Antes de tratamientos con inmunosupresores, corticosteroides o antagonistas del factor de necrosis tumoral-alfa.
- Personas infectadas por el VIH.

PT anual:

- Personas infectada por el VIH.
- Adolescentes en prisión.
- Menores que viven en comunidades con marginación social (con prevalencia mayor del 1% de infección tuberculosa)

No se aconseja realizar cribados repetidos con PT en la población infantil de bajo riesgo por su escaso rendimiento; las recomendaciones más recientes en este sentido son evaluar el riesgo de TBC mediante cuestionarios o preguntas dirigidas en la primera consulta del menor, cada 6 meses en los primeros 2 años y luego anualmente.

Actividades:

- Diagnóstico precoz de la infección tuberculosa.
- Interpretación de la PT.
- Diagnóstico de la infección tuberculosa *in vitro*: técnicas IGRA.

• **DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA:**

La prueba de la tuberculina sigue siendo el test de elección en el cribado de la infección tuberculosa latente (ITBL) y una ayuda muy valiosa para el de la enfermedad. En el anexo 1 se especifica la técnica de realización.

La PT se basa en que la infección por *M. tuberculosis* produce una hipersensibilidad retardada a ciertos componentes antigénicos del bacilo. La reactividad tuberculínica aparece a las 2-12 semanas después de la infección inicial.

• **INTERPRETACIÓN DE LA PT:**

Una induración $> 0 = a 5$ mm se considera reacción cutánea relevante, pero la probabilidad de que se corresponda con una infección tuberculosa real estará en función del riesgo de la situación que se esté analizando. Según dicho riesgo, se aceptan 2 puntos de corte de positividad de la reacción de Mantoux:

- con induración $> 0 = a 5$ mm :
 - En contacto íntimo con el caso índice o sospechoso de TB.
 - Sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica.
 - En situaciones de inmunodepresión o infección por el VIH.

- Conversión de la prueba de la tuberculina previamente negativa.
- con induración ≥ 10 mm:
 - Cualquier otro caso: incluido inmigrante, viajero y el cribado de niños sanos, independientemente de existir antecedentes de vacunación con BCG.

En casos de personas vacunadas con BCG, de infección por micobacterias no tuberculosas y/o TBC antigua, la interpretación de la prueba es más compleja por la interferencia de anticuerpos del paciente con la tuberculina. Si la PT resulta negativa puede estar indicado repetirla en una o dos semanas, y se considera que existe una infección tuberculosa latente cuando la 2ª PT supera en 6mm o más al primera PT.

Una PT negativa no excluye ni ITBL ni enfermedad tuberculosa.

Los falsos negativos pueden estar justificados por:

- Factores dependientes del huésped: corta edad, infección reciente (periodo ventana), comorbilidad, vacunas de virus vivos atenuados en los 2 meses previos (TV, varicela, polio oral, fiebre amarilla y tifoidea oral), tratamientos que produzcan inmunosupresión, malnutrición, insuficiencia renal crónica y TBC diseminada o con afectación de las serosas (miliar, meningitis)
- Factores relacionados con la técnica (administración y lectura defectuosas)

• DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA *IN VITRO*: TÉCNICAS IGRA:

Existen técnicas basadas en la producción de interferón- gamma por las células T sensibilizadas frente a *M. tuberculosis*, denominadas Interferon Gamma Release Assays (IGRA), estas técnicas han demostrado una alta sensibilidad y especificidad (superior al 80%) en el diagnóstico de enfermedad tuberculosa, y tienen una mayor especificidad para diagnosticar la ITBL si se comparan con la PT.

Si la PT es negativa en pacientes con factores de riesgo, inmunodeprimidos o contactos de alta prioridad, la realización de las técnicas IGRA confirman la infección (resultado positivo) o la excluyen (resultado negativo).

Si la PT es positiva en personas sin factores de riesgo, que han recibido la vacuna BCG o contactos de baja prioridad, la realización de las técnicas IGRA si son positivas confirman la infección y si son negativas la descartan.

Antecedente de vacunación con BCG:

Hoy se considera que este antecedente es poco relevante en la interpretación de la PT sólo el 10% de los individuos vacunados de BCG tienen una PT positiva. En estos casos los test IGRA tienen una

elevada especificidad por lo que se recomienda efectuarlas como prueba complementaria a la PT si ésta ha sido positiva.

CRIBADO DE TUBERCULOSIS

ANEXO 1

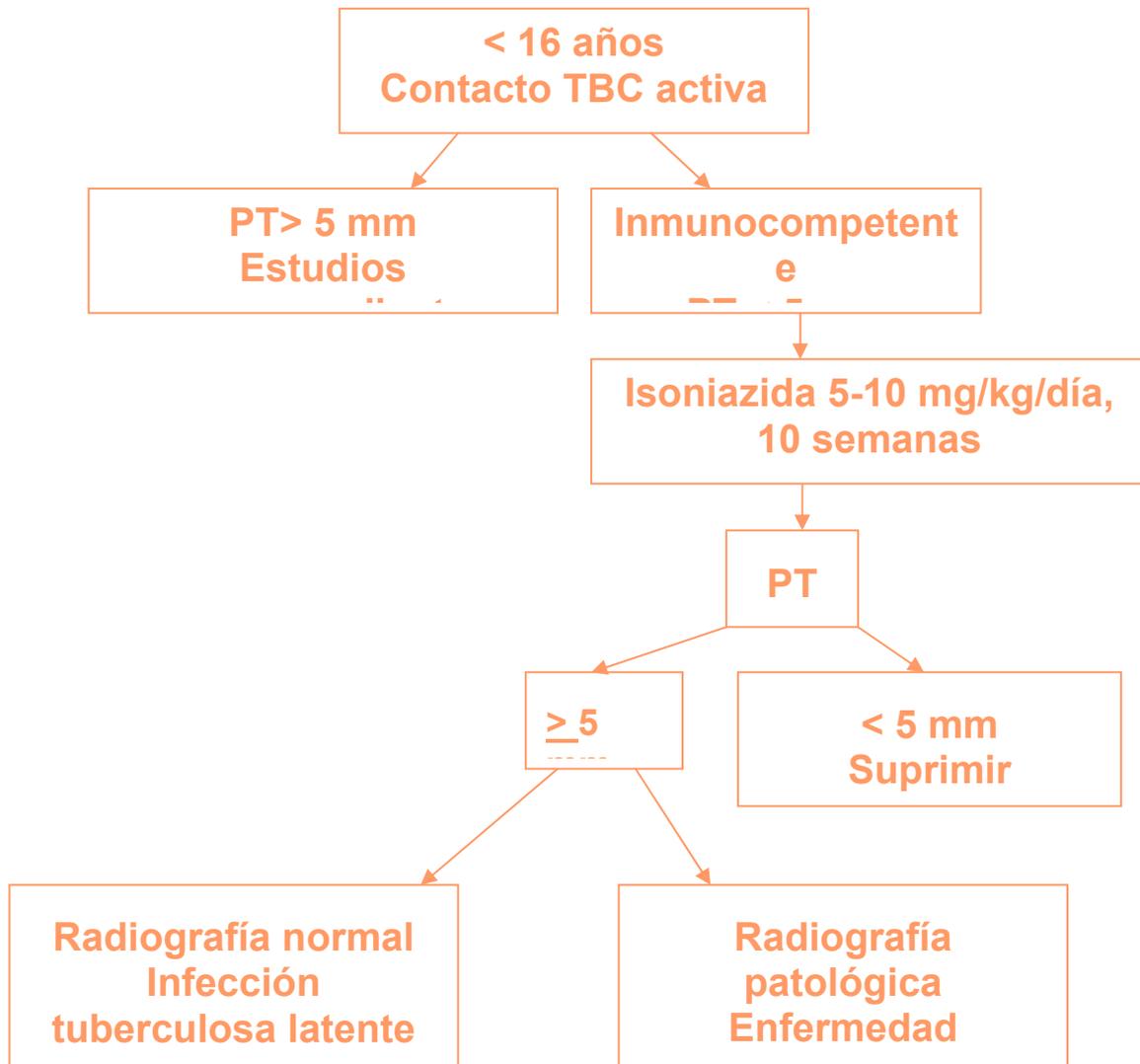
TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULINA

- La tuberculina debe conservarse a 4º C y preservada de la luz.
- Se recomienda emplear la técnica de Mantoux que permite la cuantificación de la reacción.
- Con aguja calibre 27, en la cara anterior del antebrazo, se realiza la inyección intradérmica de 0,1 ml/ 2 UT de PPD RT-23 con Tween -80.
- Inyección en ángulo de 5-15 grados con bisel de la aguja hacia arriba.
- Se debe producir una pápula de 6-10mm que es crucial para que la técnica sea la adecuada.
- La reacción debe ser leída a las 72 horas después de la inyección, aunque el intervalo permitido es entre el 2º y el 4º día.
- Sólo se debe valorar la induración producida, no el eritema, medido en milímetros, del diámetro máximo transversal al eje mayor del antebrazo. Debe anotarse con fecha y firma en la historia clínica. Si no existe induración debe anotarse 0 mm.
- La induración con vesiculación o necrosis es indicativa de infección TB.

CRIBADO DE TUBERCULOSIS

ANEXO 2

ESQUEMA DE ESTUDIO Y QUIMIOPROFILAXIS EN CASO DE
CONTACTO CON ENFERMO DE TBC



ATENCIÓN A SITUACIONES DE MALOS TRATOS A MENORES

MALTRATO INTRAFAMILIAR E INSTITUCIONAL

Definición de maltrato: Cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social (De Paúl, 1988).

Las situaciones de maltrato a menores se pueden presentar de diversa manera: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia o abandono físico, negligencia o abandono emocional, corrupción, explotación laboral, maltrato prenatal, maltrato institucional y el síndrome Munchausen por poderes.

TIPOLOGIA	ACCIÓN	OMISIÓN
PRENATAL	Hábitos tóxicos de la madre	Embarazo no controlado
FÍSICO	Abuso físico o agresión	Desatención, abandono, negligencia física.
SEXUAL	Abuso sexual, tocamientos	
EMOCIONAL	Abuso emocional	Privación afectiva, abandono emocional.
LABORAL	Mendicidad, explotación laboral	
INSTITUCIONAL	Explorar innecesariamente, ignorar derechos niño	Falta de protección, coordinación.
SINDROME DE MUNCHAUSEN	Por poderes	

La Ley Orgánica 1/1996 y la Ley 1/1998 establecen la obligación legal que compromete a todos los ciudadanos y de forma especial a determinados profesionales, en la lucha contra el maltrato infantil. De acuerdo a ello, el artículo 18.5 de la Ley 1/1998 determina que “cualquier persona o entidad y, en especial, las que por razón de su profesión o finalidad, tengan noticia de la existencia de una situación de riesgo o de desamparo de un menor, deberá ponerlo en conocimiento de cualquier autoridad, que inmediatamente lo comunicará a la Administración competente, Autoridad Judicial, Ministerio Fiscal...”.

Como nos marca la ley mencionada anteriormente, todos los servicios públicos básicos y especializados (servicios sociales, educación, salud, policía...), tenemos el compromiso de proteger a la infancia y por tanto detectar los posibles casos de maltrato.

- Desde los Equipos de Salud donde se integran entre otros profesionales los pediatras, personal de enfermería y de trabajo social: éstos pueden efectuar una valiosa aportación a la prevención, detección, atención y seguimiento de los malos tratos, a través de las actividades encuadradas en los Programas de Salud Infantil y del Adolescente. En ellos se incluyen un conjunto amplio de actuaciones encaminadas a mejorar su salud y que han ido evolucionando en sus planteamientos para dar respuesta a los cambios emergentes en las necesidades de los niños y jóvenes.
- Desde cualquier nivel de la red sanitaria: centros de salud, servicios de pediatría hospitalarios, cualquier servicio o área médica-quirúrgica hospitalaria, servicios de urgencias generales y específicos de urgencias pediátricas, unidades de salud mental infanto-juvenil y hospitales de día, unidades de salud mental comunitaria... es posible detectar situaciones de sospecha de maltrato infantil y todos los profesionales desde cualquier nivel de atención tienen responsabilidad en comunicar la sospecha y activar los circuitos de COORDINACIÓN internivel e interinstitucional que garanticen el estudio y medidas de protección oportunas.

Población diana:

- Toda la población infantil.

Periodicidad:

- En todos los controles de salud del programa de salud infantil
- En consultas a demanda específicas.
- En cualquier contacto con el sistema sanitario incluidas las urgencias.

Actividades:

La actuación de los profesionales de salud consiste en:

- Detectar la situación de posible maltrato
- Transmitir las sospechas de acuerdo al procedimiento establecido
- Atender y proteger la salud del menor
- Colaborar cuando así sea requerido por las entidades competentes en la protección del menor
- Promover una COORDINACIÓN interniveles e interinstitucional que garantice el estudio y medidas de protección oportunas.

La investigación sobre los causantes de las conductas maltratantes y su acusación corresponde a otros profesionales, por lo que desde este ámbito de salud se procurará la colaboración de la familia durante el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Los profesionales sanitarios, pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y trabajadores sociales sanitarios tienen responsabilidades en la protección de la infancia y pueden desarrollar cometidos de especial relevancia social.

• ACTIVIDAD 1. DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO FAMILIAR

Los profesionales de salud deben valorar en cada visita del programa de salud infantil tanto los factores de riesgo de maltrato infantil, es decir aquellas circunstancias favorecedoras de maltrato infantil, como los factores de protección definidos como aquellas condiciones que disminuyen la probabilidad de que se genere el maltrato, que pueden modificar la influencia de los factores de riesgo y que aminoran la vulnerabilidad del niño.

- Conocimiento de existir situaciones de violencia de género
- Falta reiterada de asistencia a las citas programadas.
- Incumplimiento del calendario de vacunaciones o no presentación, de forma continuada, del documento sanitario del menor cuando éste es requerido.
- Incomparecencia reiterada a las citas ambulatorias programadas en el caso de seguimiento de enfermedades graves o crónicas.
- Acudir a la consulta médica o urgencias sin motivo aparente.
- Enfermedad mental o toxicomanía de los padres.
- Insistencia en el ingreso del niño o niña por procesos banales.
- Abandonar al menor en el centro hospitalario o no ofrecerle la atención debida durante su estancia, mostrando más preocupación por otras cuestiones que por su cuidado.
- Falta de colaboración con los médicos y demás personal sanitario, o bien extremada actitud solícita de colaboración y disfrute de ser receptor de atención médica.
- Incomparecencia de los progenitores en las citas con el médico o en el momento del alta.
- Adaptación del menor al hospital muy fácil y precoz.
- El niño o niña manifiesta que no quiere volver a su domicilio.
- Retraso en acudir al centro sanitario ante una urgencia.
- Prisas para que se atienda por accidentes mínimos.
- Lesiones incoherentes con la explicación proporcionada.

- Empeoramiento de enfermedades crónicas sin tratar.
- Accidentes por negligencias familiares.
- Se acude a distintos centros hospitalarios.
- Actitudes en el menor de autoestimulación o autoagresivas.
- Dificultad de socialización en presencia de la familia.
- Utilización de la coerción verbal o física por parte de los padres en su relación con el menor durante su estancia en el centro sanitario.
- Suministrar información falsa sobre la historia médica, familiar o social.
- Trastornos del desarrollo.
- Trastornos del comportamiento.
- Trastornos de las emociones.

Indicadores de alerta en el proceso del embarazo, parto y puerperio:

- Manifestaciones de rechazo al embarazo.
- Embarazada en aislamiento/marginación social.
- Planteamientos de ceder al bebé para adopción.
- No cumplimiento de las consultas protocolizadas en los procesos de embarazo: 1ª visita médica después de las 20 semanas de gestación, menos de 5 consultas médicas durante el embarazo...
- Parejas jóvenes con características de inmadurez.
- Adolescentes embarazadas o puérperas sin apoyo familiar.
- La madre se muestra decepcionada con el sexo de bebé o no muestra alegría ni ilusión con él.
- La madre no es capaz de controlar el llanto de su hijo o hija.
- Los padres muestran unas expectativas poco realistas respecto al menor.
- La madre ignora las demandas del bebé para ser alimentado.
- Rechazo del padre y/o madre hacia su hijo o hija.

ACTUACIÓN. ANTE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO EL PROFESIONAL DEBE:

- Realizar una valoración y atención clínica.
- Buscar factores de protección.

- Comunicar la situación de riesgo a la Unidad de Trabajo Social Sanitaria, para iniciar la valoración sociofamiliar, y del entorno, recopilando información y evaluando el medio familiar.

• ACTIVIDAD 2. DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL.

El diagnóstico de maltrato infantil se establece en base a una serie de síntomas, aquí llamados indicadores, la presencia de indicadores en un menor debe alertar de una posible situación de maltrato.

Muchos de estos indicadores son de carácter inespecífico, sin embargo el profesional debe considerar el maltrato infantil como posibilidad diagnóstica e incluirlo dentro del diagnóstico diferencial, estos indicadores pueden ser observados en la consulta médica, en las visitas domiciliarias, en urgencias o en el curso de una hospitalización del menor.

Durante el contacto que se mantiene en el centro sanitario con el menor y su familia, se producen una serie de flujos de comunicación (a nivel verbal, no verbal, escrita) que proporcionan al profesional los datos e indicios suficientes para SOSPECHAR SITUACIONES DE MALTRATO e iniciar la valoración.

Evidentemente, la presencia de uno de ellos, no es indicativa de maltrato, pero sí nos debe hacer prestar más atención al menor y a las circunstancias de su entorno familiar.

ACTUACIÓN ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES

La detección de varios indicadores de maltrato o de un solo indicador pero de especial gravedad obliga al profesional sanitario a:

- Realizar una valoración CLINICA inicial de los datos detectados para confirmar la consistencia de estos indicadores
- Realizar una valoración del estado general de salud del menor y de las posibles repercusiones o secuelas que pueda padecer
- Ofrecer las atenciones y tratamientos terapéuticos oportunos a las víctimas de maltrato.
- Proporcionar el apoyo psicológico y emocional que requieran.
- Valorar el **riesgo vital** para el menor y la posibilidad de derivación a Hospital
- Notificación de las lesiones que existan al juzgado de guardia (PARTE DE LESIONES incluido en DIRAYA)
- Contactar con la Unidad de Trabajo Social (UTS) de salud para hacer valoración sociofamiliar y a partir de una valoración interdisciplinar se procede a:
 - o Evaluar y valorar el nivel de gravedad de la posible situación de maltrato: **leve, moderado o grave.**

- NOTIFICAR LA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO A LOS SERVICIOS COMPETENTES (Servicios Municipales y Servicios de Protección del Menor) mediante un informe social, elaborado por la Unidad de Trabajo social de salud y la cumplimentación de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil (ver en herramientas).
- Detectar incidentes y posibles situaciones de maltrato institucional y en su caso notificarlo a la Dirección, con objeto de que se realicen las acciones oportunas y necesarias para esclarecer el caso y la adopción de las medidas que correspondan.
- Para consultar todos los indicadores se puede consultar la red sabia, así como el anexo I del manual de instrucciones para la cumplimentación de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.

http://www.redsabia.org/file.php?file=%2F1%2FSalud_y_buen_trato_a_la_infancia_y_adolescencia_en_Andalucia.pdf

http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Infancia_Familia_archivos_TiposMaltrato.pdf

Herramientas

▪ Entrevista con la familia:

- Mantener una actitud abierta y positiva,
- Demostrar confianza y respeto
- Ofrecer apoyo y ayuda.
- No juzgar
- Desplegar habilidades de comunicación y de interacción que garanticen el establecimiento de una relación positiva con la familia y su colaboración en el proceso de recogida de información y de intervención.

▪ Entrevista con el/la menor

- Crear un clima básico de confianza y de ayuda que aliente la expresión de sus emociones.
- Adaptarse a la edad del menor a su desarrollo cognitivo, intelectual y a las características propias de su situación
- Escuchar al menor y comprenderle, no dudar de su testimonio, todo esto contribuye a eliminar posibles sentimientos de culpa o de vergüenza (que suelen aparecer por ejemplo en los casos de abuso sexual), incrementa su autoestima y los factores de protección personal, disminuyendo así su vulnerabilidad

• **ACTIVIDAD 3. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE GRAVEDAD Y NOTIFICACIÓN**

La identificación de una posible situación de maltrato o la detección de una situación de riesgo, debe ir acompañada de una estimación inicial del nivel de gravedad y notificación de la misma. Tras haber realizado una valoración clínica y una valoración social, se debe hacer la notificación a través de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.

MALTRATO LEVE:

- La conducta maltratante no es frecuente y su intensidad es mínima. Los efectos del maltrato recibido no han provocado daños en el menor ni se prevé que se produzcan. Si se ha producido daño, éste no es significativo, por no requerir intervención o tratamiento especializado.
- **NOTIFICACIÓN:** serán informados los Servicios Sociales Comunitarios (SSSSCC) de las Corporaciones Locales, mediante la cumplimentación y envío del segundo y tercer ejemplar de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.
- Los apoyos y controles que podamos establecer para reconducir muchas de estas situaciones, estarán siempre integrados en un **PLAN DE ATENCIÓN CONJUNTA INTERSECTORIAL**.
 - Para ello se procurará una atención integral, continuada y coordinada de los distintos programas y recursos sanitarios, en la que se tengan en cuenta no sólo al menor sino también a la familia, apoyándola en su papel de proveedora fundamental de cuidados.
 - Para el óptimo desarrollo de las acciones planificadas y la consecución de los objetivos previstos, es de gran importancia la coordinación, el apoyo y seguimiento del resto de servicios y recursos socio comunitario de la zona, especialmente de los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales.

MALTRATO MODERADO:

- El maltrato recibido, por su intensidad o frecuencia, ha provocado daños en el menor, o se prevé que puedan producirse en su futuro desarrollo. Por tanto se requiere de algún tipo de intervención o tratamiento especializado.
- Valorar derivación Hospitalaria
- Notificación a los Servicios Sociales (SSSS) de la Corporación Local, para su estudio e intervención (cumplimentación y envío del segundo y tercer ejemplar de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil, con valoración global del maltrato moderado e informe social y clínico técnico), éstos recabarán si es preciso, la colaboración del centro sanitario y de otros servicios de la zona.

MALTRATO GRAVE:

- los efectos del maltrato recibido pueden hacer peligrar la integridad física o emocional del menor, o provocar daños significativos en su desarrollo. O existe un alto riesgo de que puedan volverse a producir los episodios de maltrato. O bien el niño es muy pequeño o padece algún tipo de enfermedad o discapacidad que lo hacen especialmente vulnerable.
- NOTIFICACIÓN:
 - al Servicio de Protección de Menores de la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Bienestar Social de forma verbal y a través de cumplimentación y envío del segundo y tercer ejemplar de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil, con valoración global del maltrato grave y los informes clínico y social pertinentes. Desde el Servicio de Protección se investigarán los hechos y se pondrán en marcha las medidas que garanticen la protección del menor.
 - al Juez de Guardia mediante la remisión del parte de lesiones (Incluido en DIRAYA) documento de cumplimentación obligatoria siempre que se aprecien daños físicos o psicológicos en el menor. El Juez podrá disponer de las medidas de protección cautelar que se consideren oportunas.

CASOS URGENTES:

- Casos que revistan una especial gravedad
- Existe riesgo vital por estar en serio peligro la integridad del menor
- Existe grave riesgo de desprotección
- NOTIFICACION INMEDIATA :
 - a la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
 - Autoridad Judicial o Ministerio Fiscal.
 - Asimismo se tomarán las medidas necesarias para garantizar la atención que el menor requiera (tratamiento de lesiones, ingreso hospitalario, apoyo emocional, protección policial...)

Los centros sanitarios deberán garantizar en todo momento la confidencialidad de las gestiones realizadas y el anonimato del menor afectado. En todos los casos quedará constancia en la Historia Social y Clínica de las intervenciones realizadas.

Herramientas

- **PARTE DE LESIONES INCLUIDO ACTUALMENTE EN DIRAYA**

El parte de Lesiones debe:

- Recoger obligatoriamente el alcance de las lesiones y su valoración, así como posibles antecedentes de agresiones u otras lesiones.
 - Incluir también la valoración del estado emocional, las pruebas complementarias realizadas, el tratamiento aplicado, si se precisó o no ingreso hospitalario y el avance del pronóstico.
 - Como pruebas complementarias deberán realizarse fotografías de las lesiones.
- **HOJA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL:** existe obligatoriedad de notificar las **suspechas de situaciones de maltrato infantil** a las instancias administrativas con competencias en protección de menores a través de la hoja, según lo establecido en el Decreto 3/2004 de 7 de enero, modificado por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo, que establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA)
 - Se puede consultar el Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, de 20 de noviembre de 2002.
 - **WEB SIMIA:** facilita a los profesionales que dispongan de certificado digital, la creación, cumplimentación informática e impresión de una Hoja de Detección y Notificación, así como su envío automático, para los casos que se consideren graves, a los Servicios de Protección de Menores. Desde la web, los profesionales tienen acceso al manual de instrucciones para la cumplimentación de la Hoja, pueden consultar las hojas notificadas y visualizar los documentos asociados a una Hoja específica.

<https://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/simia>

MALTRATO EXTRAFAMILIAR: ACOSO ESCOLAR O BULLYNG

Este tipo de maltrato se desarrolla en el medio extrafamiliar y se produce generalmente en el ámbito escolar. Requiere un abordaje principalmente en el ámbito educativo. Desde el ámbito sanitario debemos estar alerta y orientar al menor y su familia sobre las posibles actuaciones a seguir y las intervenciones de otros profesionales requeridos.

El acoso escolar se define como una agresión reiterada de un chico o chica, o grupos de ellos, hacia un compañero o compañera del centro educativo sin causa aparente. Estas agresiones, que no son exclusivamente físicas sino que también pueden ser de naturaleza verbal, psicológica o social, pueden provocar en la víctima fuertes sentimientos de indefensión y secuelas físicas y psicológicas.

En términos globales, parece adecuado aceptar una prevalencia de bullying severo del 5% y moderado del 30%. Los lugares más frecuentes del maltrato son el aula y el patio de recreo.

Características del acoso:

- **Desequilibrio de poder:** Se produce una desigualdad de poder físico, psicológico y social que genera un desequilibrio de fuerzas en las relaciones interpersonales.
- **Intencionalidad/repetición:** La intencionalidad se expresa en una acción agresiva que se repite en el tiempo y que genera en la víctima la expectativa de ser blanco de futuros ataques.
- **Indefensión/Personalización:** El objetivo del maltrato suele ser normalmente un solo alumno o alumna, que es colocado de esta manera en una situación de indefensión.

Tipos de acoso entre iguales

La agresión puede adoptar distintas manifestaciones:

- Exclusión y marginación social
- Agresión verbal
- Agresión física indirecta
- Agresión física directa
- Intimidación/amenaza/chantaje
- Abuso sexual

Consecuencias del acoso entre iguales:

- Para la víctima: Puede traducirse en fracaso escolar, trauma psicológico, riesgo físico, insatisfacción, ansiedad, infelicidad, problemas de personalidad y riesgo para su desarrollo equilibrado.

- Para el agresor o agresora: Puede ser la antesala de una futura conducta delictiva, una interpretación de la obtención de poder basada en la agresión, que puede perpetuarse en la vida adulta, e incluso una supervaloración del hecho violento como socialmente aceptable y recompensado.
- Para los compañeros y compañeras observadores: Puede conducir a una actitud pasiva y complaciente ante la injusticia y una modelación equivocada de valía personal.

Población diana:

- Menores en edad escolar.
- El mayor número de casos se sitúa en la franja de edad que va entre los 11 a 14 años.

Periodicidad:

- En todos los controles de salud del programa de salud infantil
- En consultas a demanda específicas.
- En cualquier contacto con el sistema sanitario incluidas las urgencias.

Este tipo de maltrato ocurre, como decíamos anteriormente, en el ámbito escolar y los profesionales sanitarios debemos de estar alerta en su detección así como trabajar coordinadamente con los profesionales de educación y las familias de los menores afectados.

Actividades:

- Actividad 1. Detección precoz de situaciones de acoso escolar.
 - Actividad 2. Actuación en caso de sospecha de acoso escolar
-
- **ACTIVIDAD 1. DETECCIÓN PRECOZ DE SITUACIONES DE ACOSO ESCOLAR.**

- Conocimiento de las formas de expresión de las agresiones:
 - Acoso verbal: insultos, motes, ridiculizaciones, burlas.
 - Acoso y maltrato físico: golpes, patadas, puñetazos, pellizcos, tirones de pelos, romperle pertenencias.
 - Psicológico: chantajes, amenazas, obligar a hacer cosas.
 - Relacional: exclusión social, ignorar la presencia (ningunear), excluirlo de actividades cotidianas, no dejar participar, levantar rumores, atribuirle acciones que no ha hecho.
 - Abuso Sexual

Herramientas

- **Entrevista clínica:** es el INSTRUMENTO de EVALUACIÓN de elección:
 - Conversación relajada y cálida en la que el menor no se sienta cuestionado, avergonzado o culpable de lo que le está sucediendo
 - Preguntar en cada visita del PSI sobre sus amigos y amigas.
 - Preguntar en cada visita del PSI sobre cómo le va en el colegio y si tiene algún problema.
 - Introducir el tema comentando aspectos que acontecen generalmente a personas de su edad y que es necesario erradicar
 - Utilizar preguntas abiertas. Un ejemplo podría ser:
 - “Me están contando algunos niños que vienen a la consulta que se sienten mal porque en el colegio/instituto les hacen la vida imposible, que no les dejan en paz. Dicen que hay chicos que siempre se ríen de ellos, que les insultan, ridiculizan, y que además los mayores no hacen nada al respecto...”
¿qué opinas de esto?, ¿qué crees que puede estar sucediendo?
- Guías anticipatorias para padres
- Para más información consultar: <http://www.acosoescolar.info/index.htm>

• ACTIVIDAD 2. ACTUACIÓN EN CASO DE SOSPECHA DE ACOSO ESCOLAR

- NO SE REALIZA SIMIA (ya que no es un maltrato intrafamiliar)
- En caso de lesiones se cumplimenta el parte al juzgado de guardia que está en DIRAYA, siguiendo el procedimiento habitual.
- Ante la sospecha de un acoso escolar se informará a los padres y se les orientará para que lo comuniquen al centro escolar.
- De igual manera se comunica a la UTS (Unidad de Trabajo Social) de salud para que realice apoyo a los padres y la coordinación con el centro escolar.
- Información a los padres de la existencia de un Protocolo de Coordinación en supuestos de acoso Escolar, que el equipo educativo debe seguir.

Herramientas

- Dado que este tipo de maltrato ocurre y se trata en el sistema educativo, la Consejería de Educación tiene un protocolo de actuación para el mismo. (Resolución de 26 de

Septiembre de 2007, de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación).

- Parte al juzgado de guardia.



**ACTIVIDADES EN
GRUPOS
ESPECÍFICOS**

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA PREMATUROS CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 32 SEMANAS O PESO INFERIOR A 1.500 GRAMOS

Población diana:

Bebés nacidos de forma prematura, con edad gestacional (EG) menor de 32 semanas o peso al nacer (PN) menor de 1.500 gramos.

Periodicidad:

Incluir en el Programa de Salud Infantil como el resto de menores, adaptando el mismo a sus peculiaridades.

Es importante indagar en la primera visita si están incluidos en un programa de seguimiento hospitalario para reforzar y asegurar su seguimiento.

Actividades:

• CRECIMIENTO Y NUTRICIÓN:

- Apoyar y promover la lactancia materna tras el alta.
- Introducción de alimentación complementaria (beikost) teniendo en cuenta la edad corregida (EC).
- Monitorizar el crecimiento mediante gráficas aplicadas a la población (gráficas OMS) utilizando la EC hasta los dos años de vida (edad que tendría si hubiera nacido a las 40 semanas de EG) en lugar de la edad cronológica.
- Los niños o niñas de bajo peso para la edad gestacional que a los 2 o 3 años tengan una talla por debajo de dos desviaciones estándar deberán enviarse a endocrinología infantil para valorar tratamiento con hormona del crecimiento.
- Suplemento de vitamina D: desde los 15 días de vida aportar entre 200-400 UI/día de vitamina D hasta el año de Edad Corregida. Es preciso vigilar los signos de raquitismo en los primeros meses de vida.
- Suplemento de hierro: administrar 2-4 mg/Kg/día de hierro desde el mes de edad hasta la introducción de alimentación complementaria.

• DESARROLLO MOTOR

- Se debe realizar una detenida evaluación motora al menos dos veces en el primer año de vida, aunque aparentemente el desarrollo sea adecuado. La evaluación se hará con escalas apropiadas de función motora

- Tener en cuenta que se pueden encontrar las siguientes variantes de la normalidad que sólo precisan seguimiento:
 - “Hipertonía transitoria del prematuro” que aparece hacia los 3 meses de EC, progresa en sentido cefalocaudal, no produce retracciones ni asimetrías, ni retrasa la adquisición de los hitos motores.
 - “Retraso motor simple”: retraso en la adquisición de los hitos del desarrollo.
 - Se remitirá a Atención Temprana o Neuropediatría cuando se detecte alguna alteración motora (presencia de asimetrías, retracciones y/o retraso en la adquisición de habilidades motoras) o pacientes con riesgo de desarrollo de problema motor (peso al nacimiento 750 gramos, infecciones del SNC y lesión parenquimatosa cerebral) que no estuvieran incluidos en un programa de seguimiento formal.
- **VISIÓN**
 - Confirmar que se ha realizado el cribado para la retinopatía de la prematuridad. Si no hubiera sido así, remitir sin demora a servicio específico de oftalmología.
 - Ante cualquier alteración detectada por el pediatra o referida por la familia se deberá remitir a oftalmología para nueva evaluación.
 - Confirmar que acude a las revisiones periódicas oftalmológicas si está incluido en un programa de seguimiento hospitalario.
 - Aun cuando no presenten retinopatía grave ni patología neurológica se recomienda valoración oftalmológica antes de los 3 años de vida.
 - Los niños o niñas con retinopatía de la prematuridad y los que presentan patología neurológica precisan de seguimiento oftalmológico hasta la adolescencia.
- **AUDICIÓN**
 - Se recomienda realizar potenciales evocados auditivos antes del alta a los menores de 32 semanas de EG o menores de 1.500 gramos.
 - Se recomienda realizar otra valoración auditiva hacia los dos años de edad para detectar los déficits auditivos de comienzo tardío.
- **ALTERACIONES COGNITIVAS Y DEL COMPORTAMIENTO**
 - Este grupo de pacientes presenta con mayor frecuencia que los bebés nacidos a término problemas cognitivos y del comportamiento. Se recomienda enviar a equipos de atención temprana, ya que se mejoran los resultados a corto y medio plazo.

- También pueden presentar con mayor frecuencia alteraciones más complejas del comportamiento y psicopatología. Ante la sospecha de estos problemas derivar a salud mental para su diagnóstico y tratamiento. Por todo ello requieren un trabajo coordinado con los equipos educativos.
 - Se debe recomendar a los progenitores que dediquen un tiempo especial a hablarles utilizando vocabulario e ideas más complejas de lo que aparentemente entenderían ya que así mejoran sus resultados intelectuales.
- **VACUNACIÓN:**
 - Seguir calendario vacunal adaptado a la EC (con excepción de la hepatitis B cuya primera dosis se administrará cuando alcance los 2 Kg de peso o en su defecto los 2 meses de vida)
 - Se recomienda la administración de vacunas no sistemáticas (neumococo, rotavirus, gripe, varicela)
- **PROMOCIÓN DEL APEGO:**
 - Debido a la hospitalización prolongada, las dificultades médicas y las rutinas hospitalarias, las familias pueden experimentar dificultades para vincularse con el bebé nacido antes de tiempo.
 - Se debe promover la participación de los progenitores en los cuidados, durante el mayor tiempo posible, mientras dure la hospitalización.
 - Tras el alta conviene fomentar el contacto piel con piel, intentar promover y recuperar la lactancia materna y ayudar a que conozcan las peculiaridades del comportamiento, temperamento y desarrollo del bebé.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN NIÑOS Y NIÑAS CON SINDROME DE DOWN

Actividades:

1. Información inicial y apoyo postnatal.
2. Confirmación diagnóstica y consejo genético.
3. Cribado de cardiopatía congénita y valvulopatía.
4. Evaluación oftalmológica por especialista.
5. Cribado de hipoacusia.
6. Detección de trastornos hematológicos.
7. Atención temprana.
8. Evaluación de la función tiroidea.
9. Cribado de enfermedad celíaca (EC).
10. Valoración de signos de compresión medular.
11. Inmunizaciones especiales.
12. Cribado de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
13. Prevención de enfermedad periodontal.
14. Valoración de la alimentación, la nutrición y el crecimiento. Prevención de obesidad.
15. Educación sexual.
16. Otros problemas médicos a vigilar.

• ACTIVIDAD 1. INFORMACIÓN INICIAL Y APOYO POSTNATAL

Población diana:

- Personas cuidadoras

Periodicidad:

- En el momento de la sospecha diagnóstica (habitualmente hospital) y en las visitas iniciales de salud que se realicen en Atención Primaria

Justificación:

- Es frecuente que las familias no conozcan el diagnóstico hasta el momento del nacimiento. Muchas recuerdan que la información les fue dada de forma brusca e inadecuada, empleando un lenguaje poco comprensible, centrándose solo en la posible comorbilidad del síndrome.
- El contacto con otras familias o grupos de apoyo puede suponer una gran fuente de apoyo emocional y de información sobre el SD, facilitar la resolución de problemas y orientar sobre los recursos disponibles en la comunidad.

Herramientas y Recursos:

- La información debe ser dada tan pronto como se sospeche el diagnóstico, individualizando el momento y lugar en cada caso particular. Se hará de forma privada, con sensibilidad y sin prisas, estando ambos progenitores junto a su bebé. No se han de emplear tecnicismos. Se dará una información estructurada y clara. Se responderá a cuantas preguntas hagan, permitiendo la libre expresión de las emociones.
- Proporcionar material escrito actualizado referente al SD; ofrecer el teléfono de familias con hijos o hijas con SD que se hayan brindado y/o el de asociaciones locales (anexos); informar de cómo el personal sanitario de referencia y sobre el Proceso de Atención Temprana. Toda esta información podrá iniciarla el personal del hospital puesto que el diagnóstico se suele conocer en el momento del nacimiento.
- En la primera visita al centro de salud se ha de explorar cómo se encuentra la familia, qué es lo que más les preocupa y brindarles toda la información que precisen. En algunos casos pueden requerir apoyo psicológico.

• ACTIVIDAD 2. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y CONSEJO GENÉTICO

Población Diana:

- Neonatos con SD.

Definiciones

Confirmar el diagnóstico y determinar la causa de la trisomía 21. Esta puede obedecer a:

- No disyunción de un par de cromosomas 21 durante la formación del ovocito o espermatozoide. Representa la causa más frecuente de SD (95%).
- Mosaicismo (1%).
- Translocación (3-4%). En progenitores menores de 35 años las translocaciones causan el 9% de los casos; la mitad son de novo, y el resto se deben a una translocación balanceada en uno de los progenitores.

• **ACTIVIDAD 3. CRIBADO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA Y VALVULOPATÍA**

Población Diana

- Recién nacidos, aunque estén asintomáticos, y en otras edades si no han sido evaluados.
- Adolescentes o adultos jóvenes.

Periodicidad:

En dos ocasiones:

- en el periodo neonatal inmediato y
- en la adolescencia-vida adulta.

Definiciones:

- Las cardiopatías congénitas más frecuentes en pacientes con SD son el canal auriculoventricular completo (45-60%) y la comunicación interventricular (32-35%).
- Las valvulopatías más frecuentes son el prolapso de la válvula mitral (46-57%) y la regurgitación aórtica (10-17%).

Justificación:

- Casi el 50% de los recién nacidos con SD presentan una cardiopatía congénita. Los síntomas pueden ser inicialmente escasos.
- En la adolescencia o juventud, aunque no haya antecedentes de cardiopatía estructural pueden desarrollar una valvulopatía *a posteriori*.

Herramientas y Recursos:

- Evaluación en cardiología pediátrica y realización de una ecocardiografía, tanto para la detección de cardiopatía congénita en el periodo neonatal, como de valvulopatía en la adolescencia.
- Si está indicado realizar profilaxis frente a la endocarditis infecciosa, incidir en su importancia en cada una de las revisiones de salud (anexos 2 y 3).

Información Adicional

- En los niños y niñas con SD que presentan cardiopatía congénita, es más frecuente la enfermedad vascular pulmonar (cambios patológicos obstructivos en los vasos pulmonares), especialmente cuando existe un gran shunt izquierda-derecha; además, de forma característica, la hipertensión pulmonar suele ocurrir en una etapa más precoz, a partir de los 6 meses de vida. El conocimiento de este hecho es de enorme importancia de cara a elegir el momento adecuado para la intervención quirúrgica.

• **ACTIVIDAD 4. EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA POR ESPECIALISTA**

Población Diana:

- Todos los menores con SD, de cualquier edad, comenzando en el periodo neonatal.

Periodicidad:

- Periodo neonatal, a los 6 y a los 12 meses de edad, cada dos años hasta los 5 años de edad, y una vez al año a partir de entonces.

Justificación:

Al nacimiento se deben excluir las siguientes patologías: cataratas congénitas, estrabismo, nistagmo y glaucoma.

Con la edad aumenta la incidencia de enfermedades oftalmológicas. Se observan trastornos de la refracción en casi el 50% de los pacientes entre los 3-5 años de edad. Cataratas y queratocono pueden desarrollarse en la segunda década de la vida o incluso más tarde.

Herramientas y Recursos

Evaluación oftalmológica.

• **ACTIVIDAD 5. CRIBADO DE HIPOACUSIA**

Población Diana:

- Todos los menores con SD, de cualquier edad, comenzando en los 3 primeros meses de vida.

Periodicidad:

- Cada 6 meses hasta los 3 años de edad, y anualmente a partir de entonces.

Justificación

El 75% de las personas con SD presentarán hipoacusia a lo largo de su vida, por lo general de conducción. En algunos estudios solo un 30% de los menores de 3 años tiene una audición normal.

Herramientas y Recursos:

- En menores de 1 año: test de otoemisiones acústicas o potenciales auditivos automatizados. Si el cribado realizado en los 3 primeros meses de vida resulta patológico, se repetirá a las 2-3 semanas. Si continúa siendo anormal, será remitido a un equipo multidisciplinar para valoración etiológica y tratamiento e intervención temprana antes de los 6 meses de edad.
- Entre el año y los 3 años de edad: pruebas basadas en reflejos auditivos conductuales, impedanciometría o potenciales evocados.

Información Adicional

En quienes desarrollan otitis media serosa (OMS), se debe evaluar la audición y el desarrollo del lenguaje y el habla, e instaurar tratamiento con prontitud (terapia del lenguaje, audífonos, inserción de tubos de timpanostomía); asimismo, se debe documentar la resolución del cuadro y de la hipoacusia subsecuente.

- **ACTIVIDAD 6. DETECCIÓN DE TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS**

Población Diana:

- Recién nacidos con SD.

Periodicidad:

Una sola vez. Solo en aquellos recién nacidos que presenten síndrome mieloproliferativo transitorio, se aconseja evaluarlos cada 3 meses hasta los 3 años de edad, y cada 6 meses a partir de entonces, hasta los 6 años.

Definiciones

- **Policitemia:** Se define como un hematocrito central mayor o igual al 65%. La mayoría presentan hiperviscosidad sanguínea. Cursa con anorexia, letargia, taquipnea, rechazo del alimento, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y trombocitopenia.
- **Síndrome mieloproliferativo:** es una forma de leucemia autolimitada, de causa desconocida, que remite espontáneamente en 2–3 meses. No obstante, se recomienda realizar un seguimiento estrecho durante los primeros años de vida, por el riesgo de desarrollar una leucemia típica en el 20–30% de los casos.

Justificación

Excluir la presencia de policitemia y síndrome mieloproliferativo en el recién nacido; ambas entidades están presentes en el 64% y 10% respectivamente.

Herramientas y Recursos:

- Hemograma

Información Adicional

El síndrome mieloproliferativo es tan poco frecuente en otros lactantes que, ante su hallazgo en un menor de 2 meses, se debe practicar cariotipo para descartar síndrome de Down con mosaicismo.

- **ACTIVIDAD 7. ATENCIÓN TEMPRANA**

Población Diana:

- Niños y niñas con SD, comenzando en los primeros meses de vida.

Justificación

La atención temprana pretende potenciar las capacidades del menor y estimular su maduración. Se ha observado que mejoran el desarrollo de forma global, los trastornos del comportamiento alimentario, el desarrollo del lenguaje, la integración social y la adaptación entre los progenitores y sus hijos e hijas.

Información Adicional

La mayoría de los niños con SD presentan un retraso mental leve (CI 50–70) o moderado (CI 35–50), con un amplio rango de variabilidad. En general, la adquisición de habilidades ocurre de un modo más lento. La edad media en que consiguen la sedestación es a los 11 meses, el gateo a los 17 meses, la marcha a los 26 meses, y las primeras palabras a los 18 meses.

- **ACTIVIDAD 8. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA**

Población Diana:

- Todos los menores con SD, de cualquier edad, comenzando desde el nacimiento.

Periodicidad:

- Al nacer, a los 6 y a los 12 meses, y cada 2 años a partir de entonces.
- En caso de hipotiroidismo compensado, determinar cada 6 meses: TSH, T4 y rT3 hasta que se normalice o se evidencie un hipotiroidismo franco.

Definiciones

- Hipotiroidismo compensado: elevación aislada de TSH con tiroxina normal; se observa en un 50% de las personas con SD y obedece a un defecto en la neuroregulación.

Justificación

El riesgo de hipotiroidismo congénito es de 1 de cada 100–140 en pacientes con SD, frente al 1/4000 de la población general. Las enfermedades tiroideas, en particular el hipotiroidismo, se observan más frecuentemente en personas con SD y, globalmente, se presentan en el 15% de los casos. Su prevalencia aumenta con la edad.

Herramientas y Recursos:

- Determinación de hormona tiroestimulante (TSH) y tiroxina.

- Solicitar anticuerpos antitiroideos, al menos en una ocasión, en la edad escolar, entre los 9-12 años de edad.
- La combinación de desaceleración del crecimiento lineal y aumento de la ganancia de peso es un indicador sensible de hipotiroidismo.

• ACTIVIDAD 9. CRIBADO ENFERMEDAD CELÍACA

Población Diana:

- Menores con SD, aunque permanezcan asintomáticos, a partir de los 3 años de edad.

Periodicidad:

Si el cribado inicial es negativo, caben dos opciones:

- Repetir el estudio de forma regular, cada 2-3 años, o en cualquier momento si desarrolla síntomas compatibles.
- Practicar estudio genético (HLA DQ2/DQ8) para detectar a aquellos que tienen mayor riesgo de desarrollarla, y limitar a dicho grupo la realización de cribado serológico regular.

Justificación

La prevalencia de enfermedad celíaca en caso de padecer SD es mayor que en la población general: 5-12% entre los 2,5 y los 15 años de edad, frente a un 3-13 por mil. La incidencia aumenta con la edad

Herramientas y Recursos:

Determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular (ATGt IgA), previa cuantificación de IgA sérica.

Información Adicional

De forma característica la EC en pacientes con SD suele ser sintomática: retraso del crecimiento, diarrea, vómitos, anorexia, estreñimiento, bajos niveles de hemoglobina, hierro y calcio; la razón entre formas sintomáticas y silentes es de 4:1, mientras que en la población general es de 1:7.

• ACTIVIDAD 10. VALORACIÓN DE SIGNOS DE COMPRESIÓN MEDULAR

Población Diana:

- Todos los pacientes con SD, de cualquier edad.
- Aquellos que practican deportes de alto riesgo o vayan a ser sometidos a procedimientos en los que se requiere hiperextender el cuello.

Periodicidad:

- Anual

Definiciones

- Signos de compresión medular: limitación de la movilidad o dolor en el cuello, tortícolis, inclinación de la cabeza, dificultad para caminar, trastornos en la marcha, pérdida del control de esfínteres (vesical/intestinal), debilidad en manos, incoordinación, torpeza motriz, disminución de la tolerancia al ejercicio, déficits sensoriales, espasticidad, clonus, hiperreflexia, signo de Babinski.
- Inestabilidad atlantoaxoidea: aumento de la distancia entre el arco anterior del atlas (C1) y la apófisis odontoides del axis (C2), con excesiva movilidad entre ambos segmentos.
- Deportes de alto riesgo: deportes de colisión y contacto como el fútbol, actividades gimnásticas, saltos de longitud, lanzarse de cabeza a la piscina, natación estilo mariposa

Justificación

Un 15% de las personas con SD presentan inestabilidad atlantoaxoidea, habitualmente de forma asintomática. Las lesiones medulares graves, por lo general, vienen precedidas por signos de compresión medular, que han podido mantenerse estables durante semanas, meses o años.

Herramientas y Recursos:

- Cuidadosa evaluación neurológica.
- Comentar a los padres los signos de compresión medular, e indicarles que ante su presencia deben consultar de inmediato.
- Informar sobre los deportes que entrañan mayor riesgo.

Información Adicional

- Si se objetivan signos o síntomas de compresión, se aconseja realizar resonancia magnética de troncoencéfalo y médula espinal, así como evaluación por especialista en neurocirugía.
- En aquellos procedimientos en los que se requiere hiperextender el cuello, como por ejemplo durante la intubación, es conveniente estabilizar la columna cervical de forma sistemática, evitando la flexión y la extensión.
- El cribado sistemático mediante radiografía lateral de cuello en posición neutra, flexión y extensión entre los 3-5 años de edad, es cuestionado. También lo es su realización con anterioridad a los procedimientos quirúrgicos o cuando se practican deportes de alto riesgo. La reproductibilidad de la prueba es escasa.

- **ACTIVIDAD 11. INMUNIZACIONES ESPECIALES**

Inmunizaciones especiales. Puntos clave (Ver anexo 2 del capítulo de vacunas en situaciones especiales)

Información Adicional

De los incompletos conocimientos actuales sobre vacunaciones en la población Down se desprenden unas deducciones de orden práctico:

- a) Las vacunas pueden considerarse seguras e inmunógenas en este colectivo.
- b) Las anomalías inmunológicas y somáticas propias del síndrome recomiendan una ampliación de sus calendarios de vacunaciones sistemáticas, incluyendo preparados que pueden o suelen considerarse de indicación selectiva.
- c) La posibilidad de que las vacunas induzcan respuestas inmunes algo inferiores a las habituales, obliga a extremar el cumplimiento de las pautas establecidas para cada una de ellas.
- d) Sería deseable que los programas de salud específicamente diseñados para las personas con SD incluyeran algunos estudios serológicos postvacunales, con el fin de descartar posibles respuestas subóptimas a determinadas inmunizaciones.

- **ACTIVIDAD 12. CRIBADO DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS)**

Población Diana:

- Menores con SD entre el año y los 12 años de edad

Periodicidad:

- En todas las revisiones de salud

Definiciones

Son signos sugestivos de SAOS: ronquido, esfuerzo respiratorio, apneas, adopción de posturas anómalas durante el sueño para favorecer la apertura de la vía aérea, sueño intranquilo, sudoración nocturna profusa.

Justificación

La incidencia de SAOS en pacientes con SD es del 30-60%, frente al 0,7-2% en la población general. Los progenitores en general subestiman su presencia, por la tendencia a asumir que la respiración irregular que presenta su hija o hijo durante el sueño es normal; solo un tercio lo reconocen. La hipoxemia intermitente que conlleva, puede originar hipertensión pulmonar y contribuir al deterioro cognitivo.

Herramientas y Recursos:

- Preguntar por la presencia de signos sugestivos de SAOS y, si se sospecha, remitir a otorrinolaringología o a especialista en sueño para realizar prueba objetiva.

• ACTIVIDAD 13. PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Población Diana:

- A partir de los 2 años de edad

Periodicidad:

- Visitas de seguimiento al dentista cada 6 meses.

Definiciones

Infección aguda, inflamación y dolor periodontal. Pueden favorecerla las alteraciones en la flora de la boca, los problemas ortodóncicos, la escasa higiene oral y las inmunodeficiencias.

Justificación

La incidencia de enfermedad periodontal es mayor que en la población general. Es importante mantener una buena higiene oral, en especial si existen factores de riesgo de endocarditis infecciosa.

Herramientas y Recursos:

- Educar en los cuidados habituales de la boca en cada uno de las revisiones de salud; el cepillado dental se debe realizar al menos dos veces al día.
- Revisiones odontológicas regulares.

Información Adicional

- También son característicos el retraso en la erupción dentaria, tanto decidual como permanente, la maloclusión y el bruxismo. Todo ello contrasta con una menor incidencia de caries.

• ACTIVIDAD 14. VALORACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN, LA NUTRICIÓN Y EL CRECIMIENTO. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

Población Diana:

- Todos los niños y niñas con SD, de cualquier edad, comenzando desde el nacimiento.

Periodicidad:

- En todas las visitas de salud.

Definiciones

La obesidad se define como un índice de masa corporal (IMC) > P95 para la edad y el sexo, y el sobrepeso cuando se sitúa entre el P85-94.

Justificación

- Durante el periodo neonatal, el escaso tono muscular puede dificultar la succión y la coordinación entre succión y deglución. También pueden repercutir en la ingesta, la presencia de una cardiopatía congénita no reparada o la excesiva somnolencia que algunos muestran durante las primeras semanas de vida.
- Los niños y niñas con SD muestran un crecimiento más lento.
- En la etapa de lactantes suelen ser delgados para su longitud, posteriormente con la edad se hacen más proporcionados y hacia los 3-4 años es frecuente que desarrollen sobrepeso u obesidad. Contribuye a ello la presencia de un reducido gasto metabólico.
- En las personas adultas con SD, un menor IMC se correlaciona con variables tales como una mayor satisfacción en su grupo de amistades, y un mayor acceso a actividades recreativas y sociales.
- En las personas adultas con SD se ha observado una menor densidad ósea respecto a los controles.

Herramientas y Recursos:

- En el periodo neonatal comprobar la capacidad del bebé para alimentarse. En ocasiones la alimentación “a demanda” puede ser inadecuada, debiendo ser estimulados regularmente para ser alimentados. Asimismo, las madres pueden requerir vaciar adecuadamente sus pechos para estimular la producción de leche.
- Revisar la ingesta calórica para asegurar un crecimiento adecuado. En ocasiones es preciso aumentar el aporte calórico.
- Valorar el crecimiento físico mediante el empleo de tablas específicas (tablas de percentiles).
- Iniciar la prevención de la obesidad a partir de los 2 años de edad. Destacar la importancia de seguir una dieta equilibrada, indicar cómo llevar a cabo la selección de los alimentos para su confección y promover la práctica regular de ejercicio físico.
- Asegurar un aporte adecuado de calcio y vitamina D.

- **ACTIVIDAD 15. EDUCACIÓN SEXUAL**

Población Diana:

- A partir de la adolescencia

Periodicidad:

- Variable; grandes diferencias individuales.

Justificación

Los adolescentes con SD tienen los mismos intereses e inclinaciones sexuales que sus pares sin SD, y deben adoptar hábitos y actitudes saludables en relación a su sexualidad.

Herramientas y Recursos

- Ver capítulos sobre sexualidad.
- Otros mensajes que deben ser dados son: evitar muestras de afecto desmedido hacia los extraños, diferenciar conductas aceptables en privado pero no en lugares públicos, enseñarles a que rechacen tocamientos inapropiados y a que informen a los progenitores si ello ocurre.

Información Adicional

- En las mujeres sexualmente activas, se aconseja la realización de examen pélvico con regularidad.
- El riesgo de transmisión del síndrome de Down a su descendencia es del 50%, si bien en general los varones no suelen ser fértiles.

- **ACTIVIDAD 16. OTROS PROBLEMAS MÉDICOS A VIGILAR**

Población Diana:

- Todos los pacientes con SD, de cualquier edad.

Definiciones

- Atresias gastrointestinales (12%).
- Enfermedad de Hirschsprung (<1%).
- Artropatía similar a la artritis reumatoide juvenil (1,2%).
- Diabetes mellitas (1%).
- Crisis convulsivas (5-10%).
- Leucemia (0,3-1%).

- Trastornos del comportamiento y psiquiátricos (17,6% de los menores de 20 años): déficit de atención con hiperactividad (6,1%), conductas agresivas (6,5%) y oposicionistas (5,4%). También se describe una mayor incidencia de autismo, que puede llegar a ser del 7%.
- Cáncer testicular.

Justificación

Estos procesos se presentan con una frecuencia muy superior a la esperada en la población general, por lo que es preciso mantener un alto índice de sospecha.

Información Adicional

- La artropatía similar a la artritis reumatoide juvenil suele asociarse a subluxaciones articulares en el 55% de los casos (columna cervical, rótula y otras articulaciones).
- Las crisis convulsivas se inician en un 40% antes del año de edad, y en otro 40% en la tercera década de la vida.
- La leucemia mieloide aguda suele manifestarse entre el año y los 5 años de edad (media 2 años), y en el 20-69% de los casos lo hace en forma de síndrome mielodisplásico (plaquetopenia inicial, que va empeorando a lo largo de los meses, y que se sigue de anemia).
- Si en un joven con SD se observa regresión en sus habilidades sociales o en su desarrollo, debe descartarse la presencia de hipotiroidismo, enfermedad celíaca, sordera, déficit de vitamina B12 y ácido fólico, depresión...

ACTIVIDADES EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

ANEXO 1 RESUMEN DE ACTIVIDADES

EVALUACIÓN AL NACIMIENTO

- Apoyo postnatal
- Cariotipo y consejo genético
- Hemograma
- Evaluación cardiológica (ecocardiograma)
- Examen oftalmológico
 - Repetir a los 6 y 12 meses
- Comprobar capacidad para alimentarse
- Evaluación auditiva
 - – Antes de los 3 meses de edad
- Neurodesarrollo
 - Inclusión en un programa de Atención Temprana desde los primeros meses de Edad

MONITORIZACIÓN

- Examen oftalmológico
 - BIANUAL hasta los 5 años, anual después.
- Evaluación auditiva
 - Semestral hasta los 3 años, y anual después.
- Función tiroidea
 - TSH y tiroxina a los 0-6 -12 meses; después bianual
 - Anticuerpos antitiroideos, entre los 9-12 años
- Enfermedad celíaca
 - A los 3 años: ATGt IgA previa cuantificación de IgA sérica. Controles posteriores:
véase texto

- Endocarditis infecciosa
 - Si factores de riesgo (anexo3)

PREVENCIÓN

- Obesidad
 - A partir de los 2 años
- Enfermedad periodontal
 - Examen odontológico a los 2 años. Visitas de seguimiento cada 6 meses
- Inmunizaciones especiales
 - Varicela, gripe y neumococo
- Ingesta calórica, crecimiento
 - En todas las visitas de salud

VIGILANCIA

- Cribado de valvulopatía
 - Adolescencia y juventud temprana.
- Signos clínicos de compresión medular
 - En todas las visitas de salud
- Diabetes, leucemia...
 - Mantener un alto índice de sospecha
- Signos de apnea obstructiva del sueño (SAOS)
 - Preguntar en cada una de las visitas que se practiquen entre 1-12 años
- Salud sexual y reproductiva
 - Adolescencia y juventud temprana.

OTROS

- Trastornos del comportamiento
 - Déficit de atención con hiperactividad, conductas agresivas, opositoristas, autismo.

ACTIVIDADES EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

ANEXO 2. PUNTOS CLAVE DE INMUNIZACIONES EN EL SÍNDROME DE DOWN

- Los niños y niñas con SD necesitan las mismas vacunas que los demás.
- El SD tiene unas particularidades inmunológicas que facilitan la presencia de infecciones de repetición, especialmente de las vías respiratorias.
- Los pacientes afectos de SD presentan una serie de factores locales a nivel nasofaríngeo que dan lugar al acúmulo de secreciones que facilitan las infecciones a nivel de las vías respiratorias superiores y al padecimiento de otitis y sinusitis de repetición.
- Debido a su predisposición a padecer infecciones hay que ser muy exigentes en el cumplimiento del calendario vacunal.
- El calendario vacunal recomendado por el CAV de la AEP según las últimas actualizaciones se puede establecer como el calendario idóneo para los niños y niñas con SD.
- Se recomienda la vacunación anual antigripal y una vigilancia estricta de la implementación de la vacunación frente a la hepatitis B.
- La vacuna neumocócica 13-valente está recomendada en caso de padecer SD pero especialmente si se acompaña de cardiopatía congénita y procesos respiratorios crónicos.

Nota: VCN_13: el diagnóstico de SD aunque no presente cardiopatía o enfermedad pulmonar crónica puede incluirse entre los supuestos inmunodeficiencia (visado).

ACTIVIDADES EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

ANEXO 3 INFORMACIÓN PROFILAXIS ENDOCARDITIS INFECCIOSA

PACIENTES EN QUIENES ESTÁ INDICADA LA PROFILAXIS FRENTE A LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA DURANTE LOS PROCESOS DENTALES:

- Portadores de prótesis valvulares cardiacas.
- Antecedentes de endocarditis infecciosa.
- Cardiopatía congénita cianótica no reparada, incluidos los portadores de cortocircuitos o derivaciones paliativos.
- Cardiopatía congénita completamente reparada con material protésico o dispositivo colocado mediante cirugía o mediante catéter, durante los 6 meses siguientes al procedimiento.
- Cardiopatía congénita reparada en las que persisten defectos residuales a nivel del parche o dispositivo protésico. En este caso la profilaxis no se limita a los 6 meses siguientes a la intervención.
- Receptores de trasplante cardiaco que desarrollan valvulopatía.

Notas:

- La mayoría de los casos de endocarditis infecciosa (EI) no guardan relación con intervenciones dentales, sino con procedimientos que practicamos de forma rutinaria a diario: cepillado dental, empleo de seda dental, uso de mondadientes... y que son causa de bacteriemia. Es por ello por lo que el mantenimiento de una buena higiene oral y la erradicación de la enfermedad dental y periodontal son clave para minimizar el riesgo de que se presente.
- En los pacientes arriba indicados, cualquier intervención dental en la que ocurra manipulación de la encía, la región periapical del diente o se acompañe de perforación de la mucosa oral, conlleva riesgo de bacteriemia, y por ende está indicado el empleo de profilaxis. La toma de biopsias, la retirada de suturas y la colocación de bandas ortodóncicas están entre los procedimientos en los que se aconseja.
- Por el contrario, no precisan profilaxis: las inyecciones anestésicas a través de tejidos no infectados, la práctica de radiografías dentales, la colocación de aparatos ortodóncicos o protésicos extraíbles, el ajuste de aparatos ortodóncicos, la colocación de brackets, la extracción de dientes deciduales, las hemorragias por traumatismos en los labios o en la mucosa oral.
- En los pacientes que toman penicilina vía oral de forma mantenida, es probable que los *Streptococcus viridans* de su cavidad oral sean resistentes a la penicilina, por lo que se aconseja el empleo de otros antibióticos con fines profilácticos: clindamicina, azitromicina, claritromicina.

FÁRMACOS INDICADOS PARA LA PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES

Situación	Agente	Adultos	Niños
Vía oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/Kg
Si no tolera vía oral	Ampicilina	2 g IV o IM	50 mg/Kg IV o IM
	Cefazolina o Ceftriaxona	1 g IV o IM	50 mg/Kg IV o IM
En caso de alergia a penicilina			
Vía oral	Cefalexina ^{2,3}	2 g	50 mg/kg
	Clindamicina	600 mg	20 mg/kg
	Azitromicina o claritromicina	500 mg	15 mg/kg
Si no tolera vía oral	Cefazolina o Ceftriaxona ³	1 g IM o IV	50 mg/kg IM o IV
	Clindamicina	600 mg IM o IV	20 mg/kg IM o IV

UNA SOLA DOSIS 30-60 MINUTOS ANTES DEL PROCEDIMIENTO. Si la dosis no fuera administrada en dicho momento, se hará en las 2 horas siguientes al procedimiento

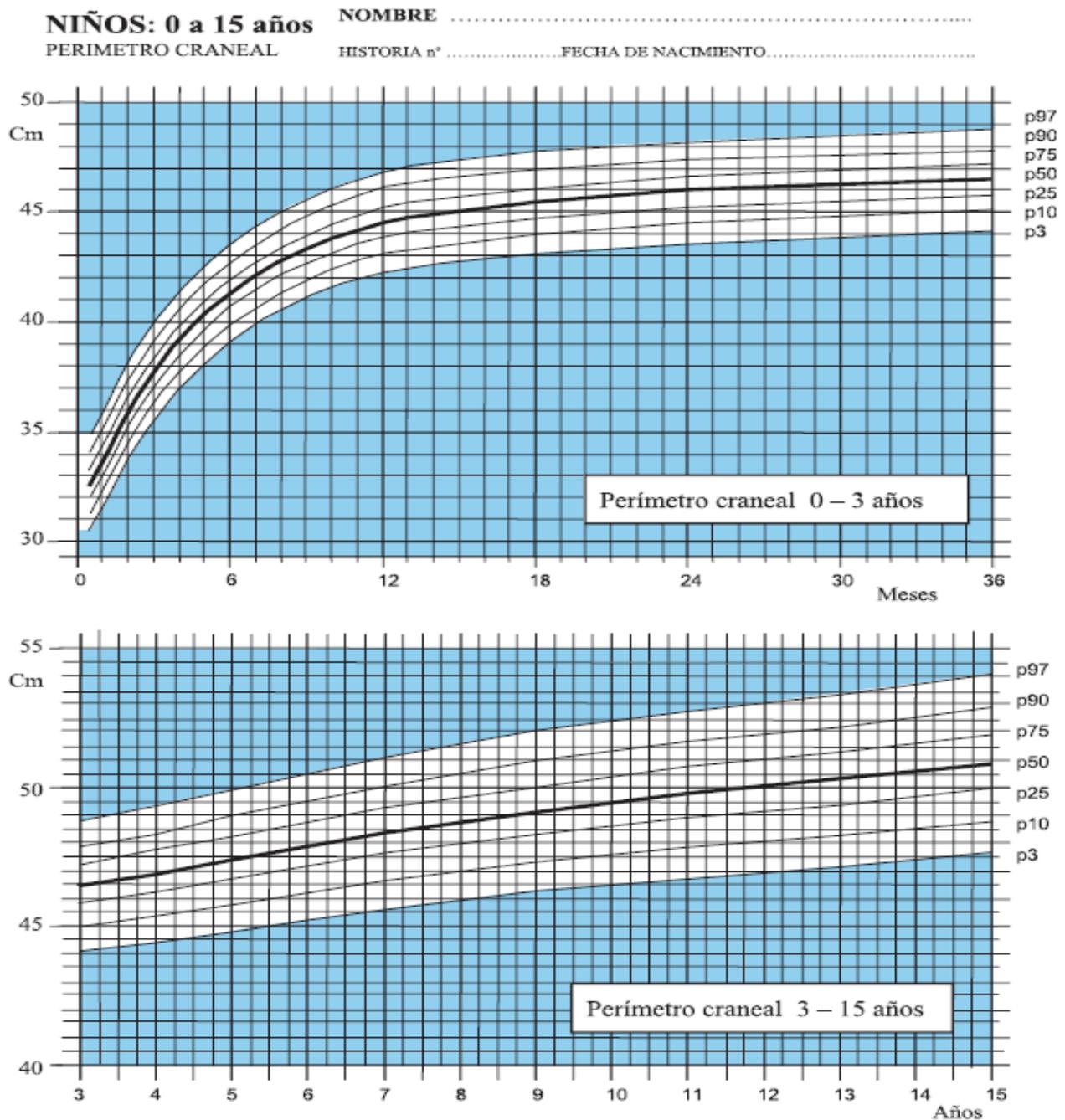
² También se pueden emplear otras cefalosporinas orales de primera o segunda generación en dosis equivalentes.

³ Las cefalosporinas no se deben emplear si existen antecedentes de anafilaxia, angioedema o urticaria tras la administración de penicilina o derivados.

ACTIVIDADES EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

ANEXO 4

TABLAS CRECIMIENTO. TABLAS DE PERCENTILES PARA NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN. Fundación Catalana Síndrome de Down

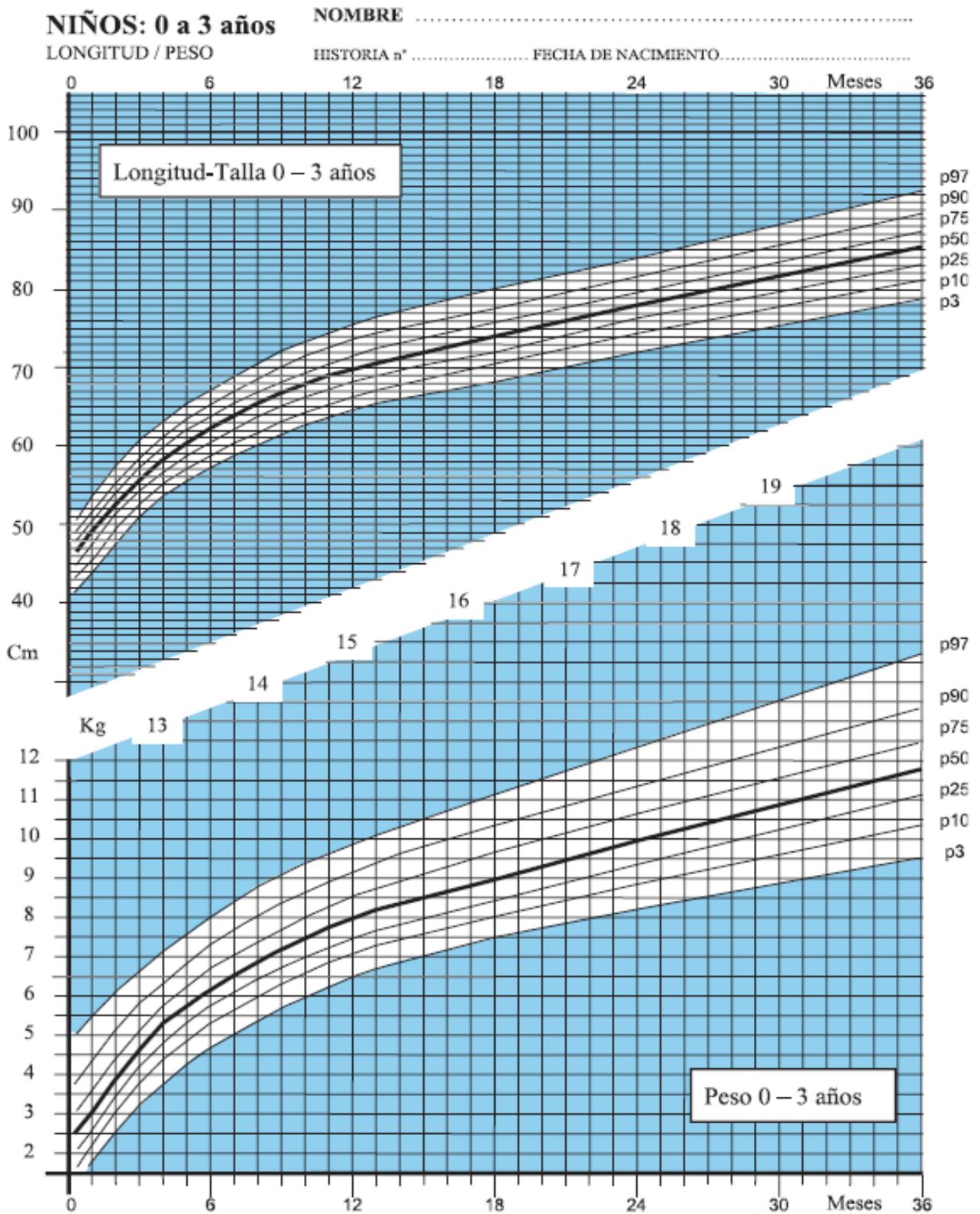


Edición realizada por FCSD

Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down (Centro Médico Down de la Fundació Catalana Síndrome de Down «FCSD»)
X. Pastor, L. Quintó, M. Corretger, R. Gassió, M. Hernández y A. Serés. *SD-DS Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down*, (2004;8:34-46).



FUNDACIÓ CATALANA SÍNDROME DE DOWN
Comte Borrell, 201 Ent., 08029 BARCELONA, Tel. 93.215.74.23,
Fax. 93.215.76.99, e-mail: integra@fcsd.org WEB: www.fcsd.org



Edición realizada por FCSD

Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down
(Centro Médico Down de la Fundació Catalana Síndrome de Down «FCSD»-).
X. Pastor, L. Quintó, M. Corretger, R. Gassió, M. Hernández y A. Serés. *SD-D8*
Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down, (2004);8:34-46).



FUNDACIÓ CATALANA SÍNDROME DE DOWN

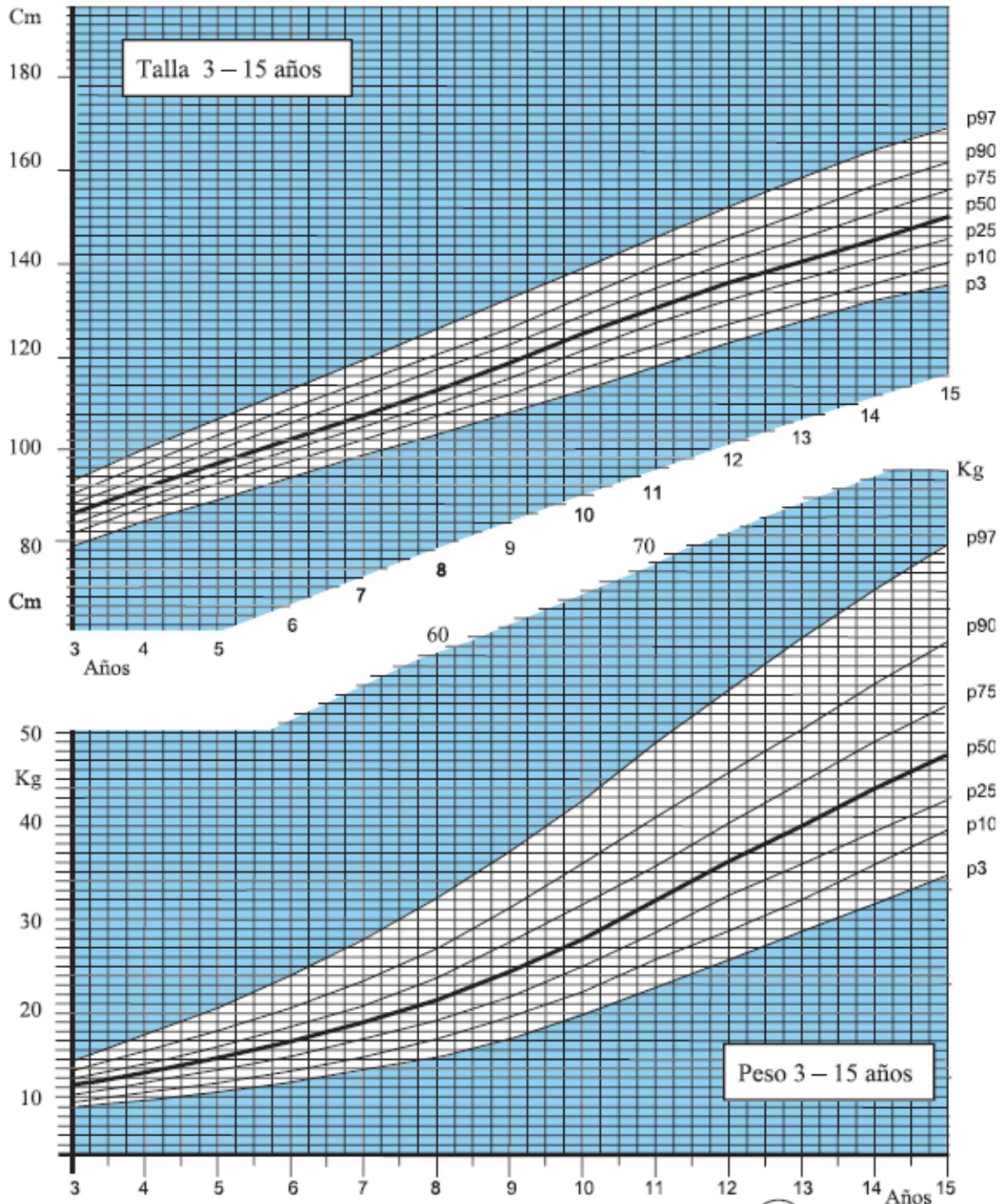
Comte Borrell, 201 Ent. 08029 BARCELONA, Tel. 93.215.74.23,
Fax. 93.215.76.99, e-mail: integra@fcsd.org WEB: www.fcsd.org

NIÑOS: 3 a 15 años

NOMBRE

TALLA / PESO

HISTORIA n° FECHA DE NACIMIENTO.....



Edición realizada por PCSD

Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down (Centro Médico Down de la Fundació Catalana Síndrome de Down -FCSD-).
X. Pastor, L. Quintó, M. Corretger, R. Gassió, M. Hernández y A. Serés. *SD-DS Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down*, (2004;8:34-46).



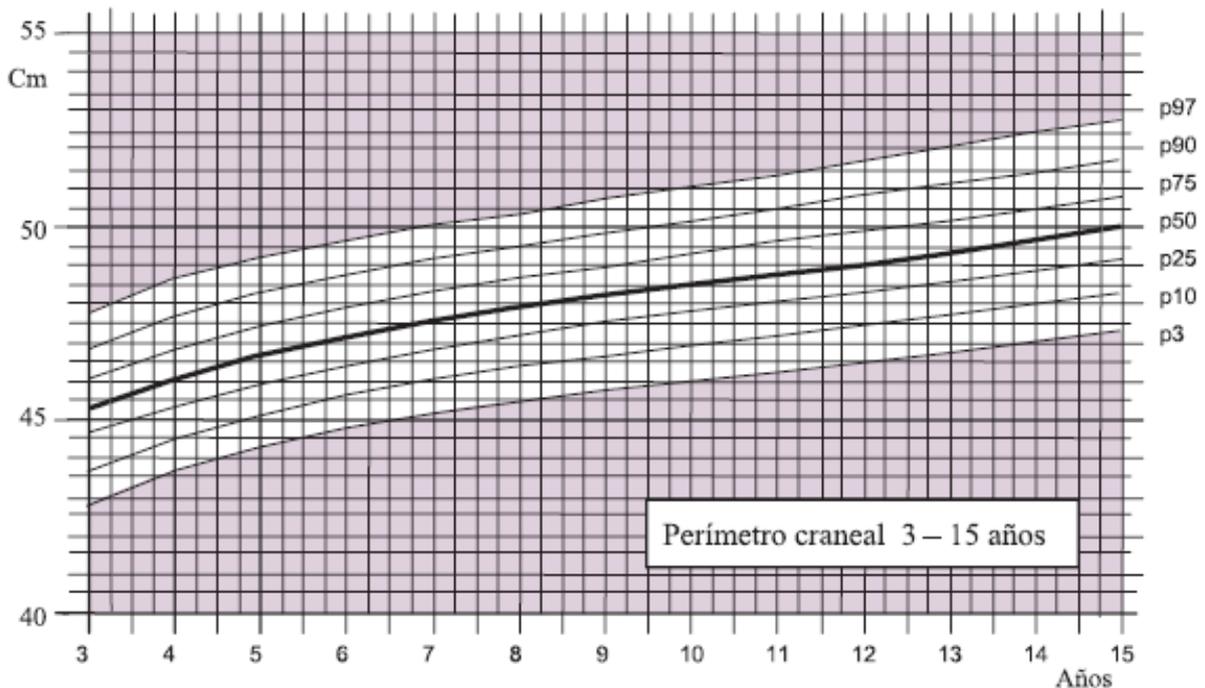
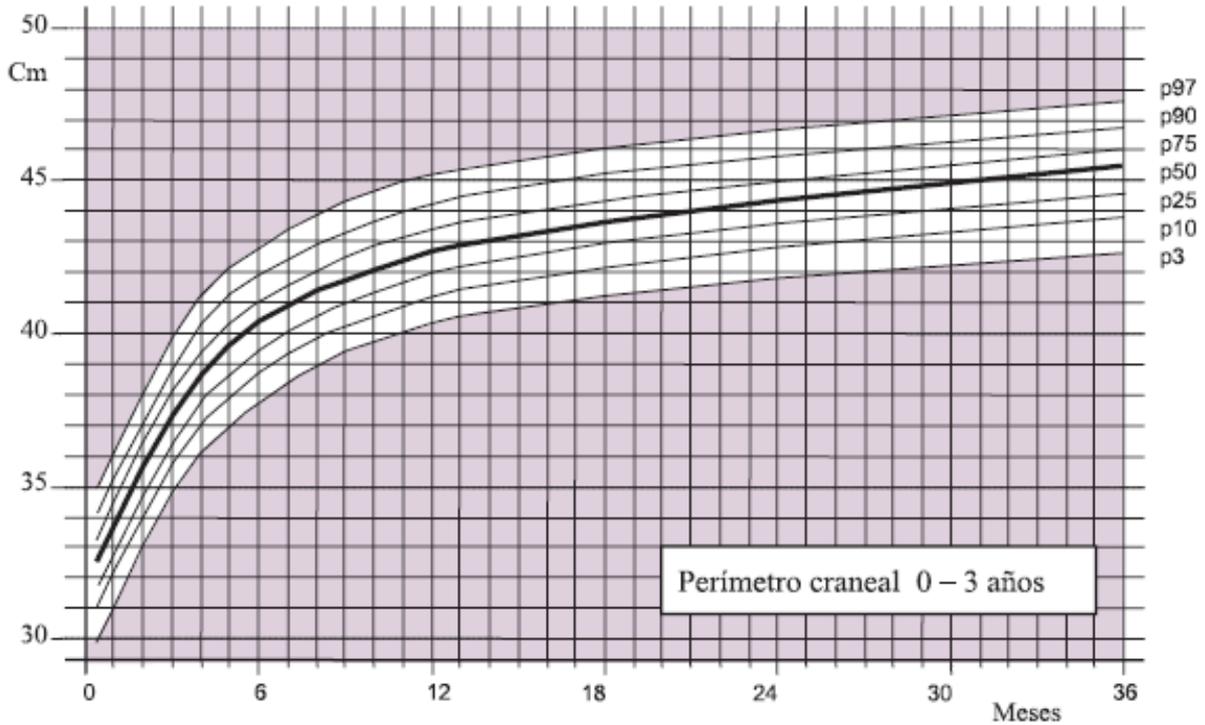
FUNDACIÓ CATALANA SÍNDROME DE DOWN
Comte Borrell, 201 Ent. 08029 BARCELONA, Tel. 93.215.74.23,
Fax. 93.215.76.99, e-mail: integra@fcsd.org WEB: www.fcsd.org

NIÑAS: 0 a 15 años

PERIMETRO CRANEAL

NOMBRE

HISTORIA n°FECHA DE NACIMIENTO.....



Edición realizada por FCSD

Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down (Centro Médico Down de la Fundació Catalana Síndrome de Down -FCSD-). X. Pastor, L. Quintó, M. Carretger, R. Gassió, M. Hernández y A. Serés. *SD-DS Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down*, (2004;8:34-46).



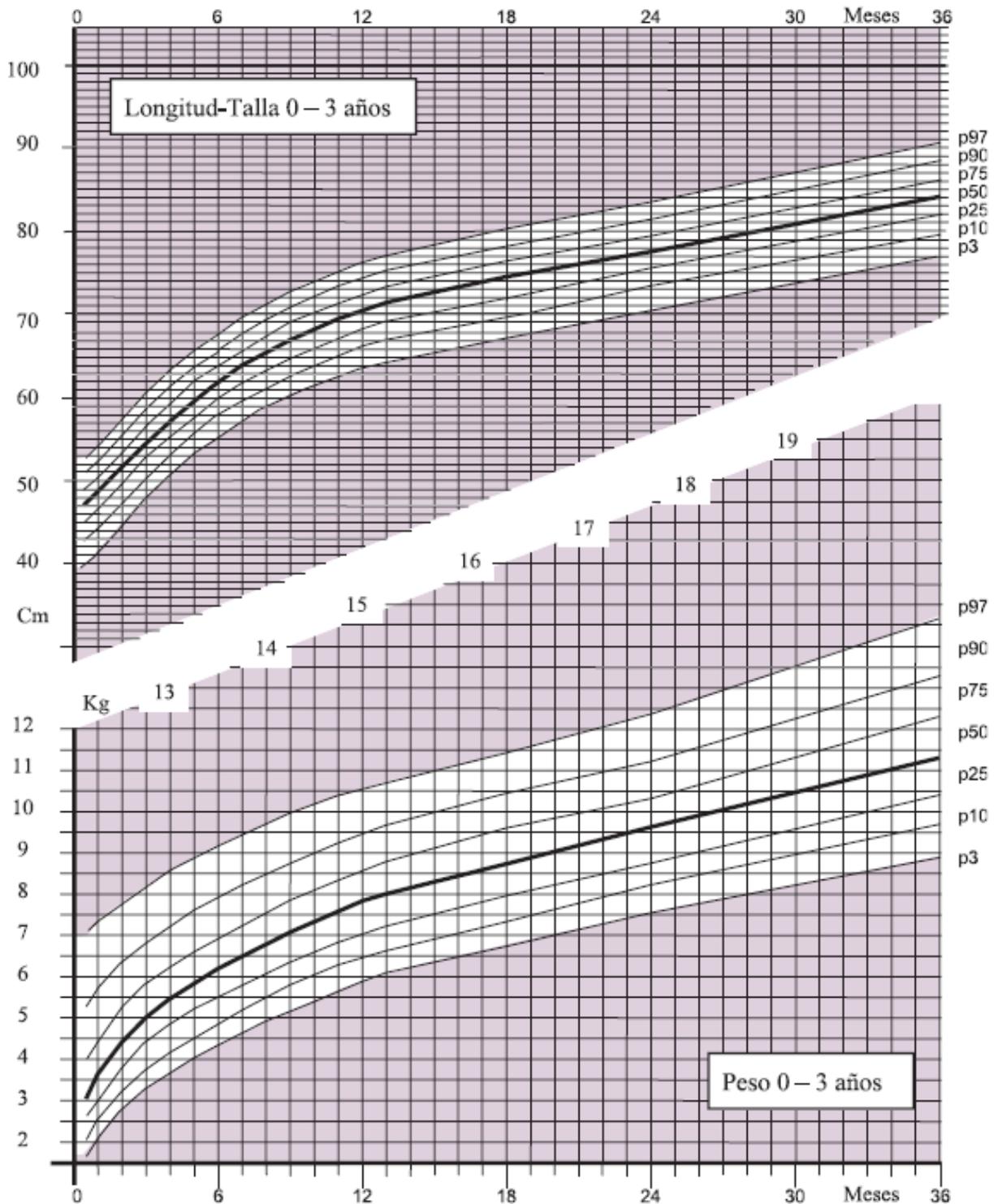
FUNDACIÓ CATALANA SÍNDROME DE DOWN
Comte Borrell, 201 Ent. 08029 BARCELONA, Tel. 93.215.74.23,
Fax. 93.215.76.99, e-mail: integra@fcsd.org WEB: www.fcsd.org

NIÑAS: 0 a 3 años

LONGITUD / PESO

NOMBRE

HISTORIA n° FECHA DE NACIMIENTO.....



Edición realizada por FCSD

Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down
(Centro Médico Down de la Fundació Catalana Síndrome de Down «FCSD»-).
X. Pastor, L. Quintó, M. Corretger, R. Gassió, M. Hernández y A. Serés. *SD-DS*
Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down, (2004;8:34-46).



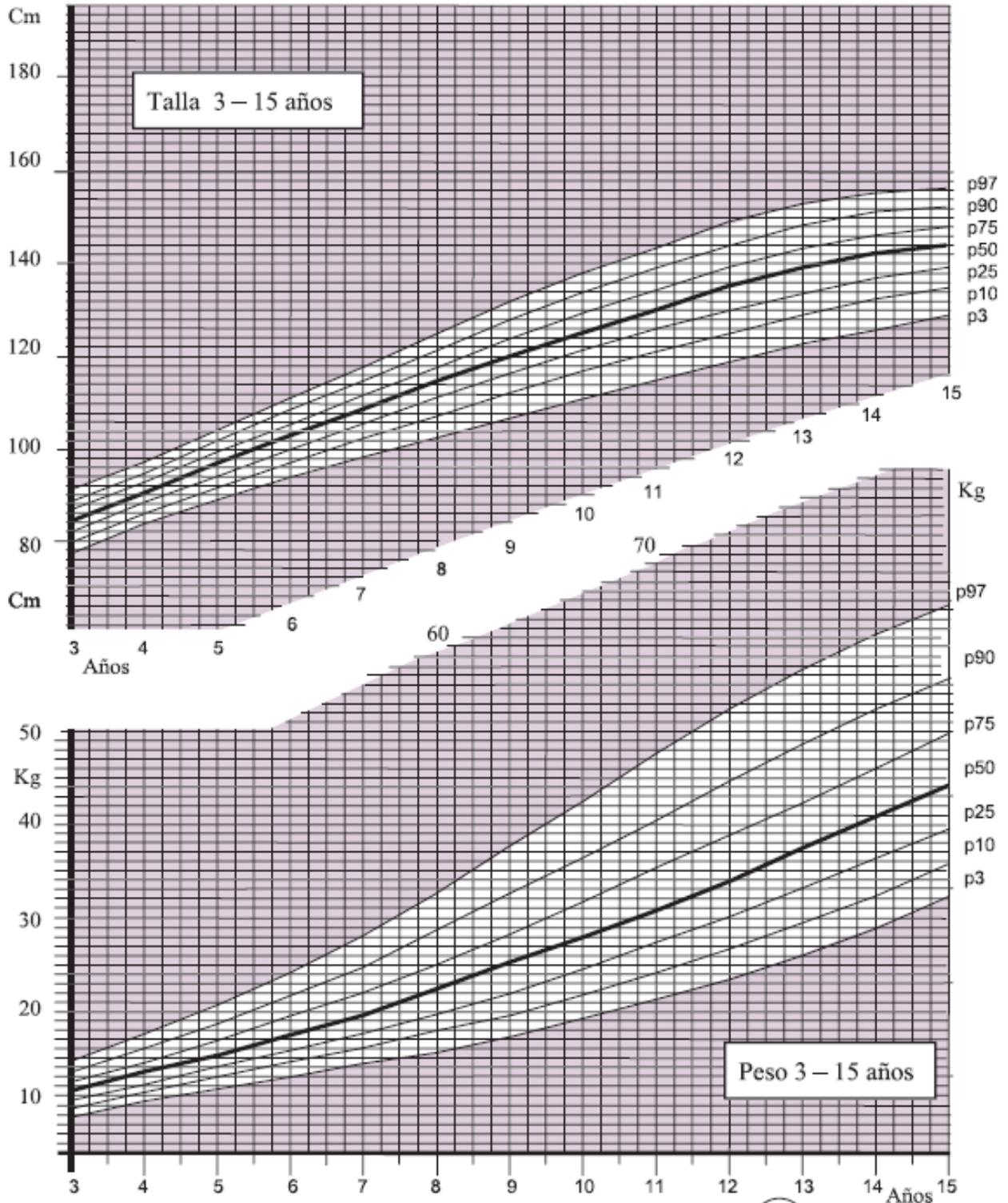
FUNDACIÓ CATALANA SÍNDROME DE DOWN
Comte Borrell, 201 Ent.. 08029 BARCELONA, Tel. 93.215.74.23,
Fax. 93.215.76.99, e-mail: integra@fcsd.org WEB: www.fcsd.org

NIÑAS: 3 a 15 años

NOMBRE

TALLA / PESO

HISTORIA n° FECHA DE NACIMIENTO.....



Edición realizada por FCSD

Tablas de crecimiento actualizadas de los niños españoles con síndrome de Down (Centro Médico Down de la Fundació Catalana Síndrome de Down «FCSD»)
 X. Pastor, L. Quintó, M. Corretger, R. Gassió, M. Hernández y A. Serés. *SD-DS*
Revista Médica Internacional sobre el síndrome de Down (2004) 8: 34-46



FUNDACIÓ CATALANA SÍNDROME DE DOWN
 Comte Borrell, 201 Ent., 08029 BARCELONA, Tel. 93.215.74.23,

ACTIVIDADES EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

ANEXO 5

TABLA DE EDADES DEL DESARROLLO
PSICOMOTOR EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Área de desarrollo	Habilidades	Niños con el s. Down		Población General (otros niños)	
		Media	Intervalo	Media	Intervalo
Motor grueso (movilidad)	*Control cefálico boca abajo	2'7m	1-9m	2m	1'5m-3m
	*Controla la posición de la cabeza estando sentado	5m	3-9m	3m	1-4m
	*Volteos	8m	4-13m	6m	4-9m
	*Se sienta solo	9m	6-16m	7m	5-9m
	*Andar a gatas	11m	9-36m	7m	6-9m
	*De pie solo	16m	12-38m	11m	9-16m
	*Camina solo	23m	13-48m	12m	9-17m
Motor fino (coordinación ojo/mano)	*Subir y bajar escaleras sin ayuda	81m	60-96m	48m	36-60m
	*Sigue un objeto con los ojos	3m	1'5-8m	1'5m	1-3m
	*Alcanza objetos y los coge con la mano	6m	4-11m	4m	2-6m
	*Transfiere objetos de una mano a la otra	8m	6-12m	5'5m	4-8m
	*Construye una torre de dos cubos	20m	14-32m	14m	10-19m
Comunicación (audición y lenguaje)	*Copia un círculo	48m	36-60m	30m	24-40m
	*Balbucea...Pa..Pa..Ma..Ma...	11m	7-18m	8m	5-14m
	*Responde a palabras familiares	13m	10-18m	8m	5-14m
	*Dice las primeras palabras con significado	18m	13-36m	14m	10-23m
	*Manifiesta sus necesidades con gestos	22m	14-30m	14'5m	11-19m
Desarrollo social	*Hace frases de dos palabras	30m	18-60m	24m	15-32m
	*Sonríe cuando se le habla	2m	1'5-4m	1m	1-2m
	*Se come una galleta con la mano	10m	6-14m	5m	4-10m
	*Bebe de una taza	20m	12-23m	12m	9-17m
	*No se hace pis durante el día	36m	18-50m	24m	14-36m
	*Sin pañal (no se hace caca)	36m	20-60m	24m	16-48m

ente: Elaboración propia a partir de: DSMIG 2000. Cunningham, 1988. *Down's syndrome. An Introduction for Parents*. Souvenir Press d. Human Horizon Series.

Disponible en el programa español de salud para personas con síndrome de down.

http://www.sindromedown.net/adjuntos/cEnlacesDescargas/492_1_programa.pdf

ACTIVIDADES EN NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN

ANEXO 6

DIRECCIONES DE INTERÉS

- Programa español de salud para personas con síndrome de Down: <http://www.sindromedown.net/programa/index.html>
- Federación española del síndrome de Down: <http://www.sindromedown.net>
- National Down Syndrome Society: <http://www.ndss.org/>
- Down Syndrome Health Issues: <http://www.ds-health.com/>
- Grupos de apoyo locales por comunidades autónomas: http://www.down21.org/links/conjunto_asociaciones.htm

FEDERACIÓN ANDALUZA DE ASOCIACIONES SÍNDROME DE DOWN

C/ Perete, 36. 18014 Granada

Tlfno.: 958 16 01 04. Fax: 958 16 01 04

E-mail: coordinacion@downandalucia.org

Web: www.downandalucia.org

Web: www.uca.es/huesped/down

DOWN ALMERIA. ASALSIDO

C/ José Morales Abad, 10. 04007 Almería

Tlfno.: 950 26 87 77. Fax: 950 26 28 07

E-mail: almeria@asalsido.org

Web: www.asalsido.org

BESANA. ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN CAMPO DE GIBRALTAR

C/ San Nicolás, edificio Mar, 1, bajo. 11207 Algeciras (Cádiz)

Tlfno.: 95 660 53 41 / 658 816 812. Fax: 95 660 53 41

E-mail: besana@hotmail.com

DOWN CÁDIZ. LEJEUNE

C/ Periodista Federico Joly s/n. 11012 Cádiz

Tlfno. : 956 29 32 01 / 956 29 32 02. Fax: 956 29 32 02

E-mail: asociacion.sindromedown@uca.es

ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN VIRGEN DE LAS NIEVES

C/ Picasso, s/n. 11630 Arcos de la Frontera (Cádiz)

Tlfno.: 667 79 39 32

DOWN BARBATE. ASIQUIPU

C/ Cádiz nº 34. 11160 Barbate (Cádiz)

Tlfno.: 95 643 45 53. Fax: 95 643 35 46

E-mail: down@asiquipu.org

ASODOWN ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN

Ctra. La Barrosa. Parque Público El Campito

11130 Chiclana de la Frontera (Cádiz)

Tlfno.: 956 53 78 71. Fax: 956 53 78 71

E-mail: asodown@wanadoo.es

ASOCIACIÓN CENTRO DOWN. CEDOWN

Plaza de los Ángeles, parcela 9, local 5

11403 Jerez de la Frontera (Cádiz)

Tlfno.: 956 33 69 69

E-mail: equipocedown@hotmail.com/

info@cedown.org

Web: www.cedown.org

ASOCIACIÓN DOWN JEREZ. ASPANIDO

C/ Pedro Alonso, 11. 11402 Jerez de la Frontera (Cádiz)

Tlfno.: 956 34 46 50. Fax: 956 32 30 77

E-mail: abuzarzuela@hotmail.com

FUNDACIÓN DOWN JEREZ. ASPANIDO

C/ Zaragoza, 9

11402 Jerez de la Frontera (Cádiz)

Tlfno. : 956 34 46 50. Fax: 956 34 73 01

E-mail: abuzarzuela@hotmail.com

DOWN CÓRDOBA

C/ María la Judía, s/n. 14011 Córdoba

Tlfno.: 957 49 86 10 / 676 98 61 95.

Fax: 957 40 15 16

E-mail: gestion@downcordoba.org/

administracion@downcordoba.org

Web: www.downcordoba.org

DOWN GRANADA

C/ Perete, 36. 18014 Granada

Tlfno.: 958 15 16 16 - Fax: 958 15 66 59

E-mail: asociacion@downgranada.org

Web: www.downgranada.org

DOWN HUELVA. AONES

Avda. Federico Molina, 10 1ª Planta. 21007 Huelva

Tlfno. : 959 27 09 18

E-mail: aoneshuelva@hotmail.com

DOWN JAÉN Y PROVINCIA

Avda. de Andalucía, 92, Bajo. 23006 Jaén

Tlfno.: 953 26 04 13. Fax: 953 26 04 13

E-mail: downjaen@downjaen.e.telefonica.net

DOWN MÁLAGA

C/ Godino, 9. 29009 Málaga

Tlfno.: 95 227 40 40 / 95 210 46 12. Fax: 95 227 40 50

E-mail: downmalaga@downmalaga.com

Web: www.downmalaga.com

DOWN RONDA Y COMARCA. ASIDOSER

C/ José M^a Castelló Madrid s/n. 29400 Ronda
(Málaga)

Tlfn.: 952 87 29 79 - Fax: 952 87 29 79

E-mail: asidoser@telefonica.net

ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN DE SEVILLA Y PROVINCIA

Avda. Cristo de la Expiración, s/n bajos local 4.
41001 Sevilla

Tlfn.: 954 90 20 96. Fax: 954 37 18 04

E-mail: coordinacion@asedown.org

Web: asedown@asedown.org

ASPANRI-DOWN. ASOCIACIÓN SÍNDROME DE DOWN DE SEVILLA

C/ Enrique Marco Dorta, nº 2. 41018 - Sevilla

Tlfn. : 954 41 80 30 / 954 41 95 94. Fax: 954 41 98 99

E-mail: aspanri@aspanri.org.

Web: www.aspanri.org

ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN MENORES ADOPTADOS PROCEDENTES DE OTROS PAISES E INMIGRANTES

La inmigración no supone un riesgo para la salud del país de acogida. Los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son muy parecidos a los de la población autóctona. De hecho en los barrios con peores condiciones sociosanitarias, las personas inmigrantes presentan los mismos problemas de salud que el resto de la población, y las patologías tropicales tienen menor prevalencia.

La mayoría serán enfermedades adquiridas en la comunidad receptora (95-98%) y un pequeño porcentaje (3-5%) serán **patologías importadas** (infecciosas o no infecciosas.- Anexo 1) (algunas de ellas, como la malaria, enfermedad de Chagas, VIH, con gran impacto por su elevada morbi-mortalidad).

En este grupo de población inicialmente se incluyen una serie de actividades específicas además de las que se desarrollan para el resto de la población pediátrica y que se contemplan en el PSIA-A

Población diana:

Población diana para el cribado de patología importada pediátrica sería:

- Niños y niñas adoptados procedentes de otros países.
- Pacientes pediátricos asintomáticos en situación de inmigración, especialmente aquellos que residan en nuestro país por un período menor a 2 años (*).
- Pacientes pediátricos asintomáticos en situación de inmigración que viajan al país de origen de los progenitores para visitar a familiares y amistades, llamados "VFR" (visiting relatives and friends) (**).
- Pacientes pediátricos asintomáticos en situación de inmigración ó procedentes de adopción internacional que recibieron visitas recientes de familiares o personas que vienen del país de origen de los progenitores (**).

(*). Algunas patologías importadas como, por ejemplo, anemias hemolíticas hereditarias o malaria, pueden dar síntomas tras un período de tiempo muy prolongado en el país de acogida.

(**) Todo ello conlleva un "tráfico" de patologías importadas de los países de procedencia a nuestro país (parasitosis, paludismo, tuberculosis, etc).

Hay que tener en cuenta que los calendarios vacunales varían de un país a otro y que un estado nutricional deficitario conlleva una respuesta inmune deficiente a pesar de una correcta vacunación.

Periodicidad

- Historia clínica, revisión de informes médicos y de informes vacunales: en la primera visita pediátrica de menores adoptados y en las consulta de vacunación.
- Exploración física y del desarrollo madurativo: en cada visita.
- Pruebas de cribado infeccioso y despistaje de enfermedades importadas: en la primera visita y a los 6 meses si fueron negativas en la primera determinación,
- Evaluación psicosocial: en cada visita.
- Recomendaciones y acciones específicas para volver a su país: antes del viaje
- Se deben de incorporar al programa de salud infantil general.

ACTIVIDADES:

- **HISTORIA CLÍNICA, REVISIÓN DE INFORMES Y DEL CALENDARIO VACUNAL**

Historia Clínica: Anamnesis pacientes inmigrantes y de adopción internacional.

Antecedentes familiares:

- Enfermedades hereditarias (anemia, epilepsia...).
- Convivientes.
- País de origen y región.
- Ruta migratoria.
- Tiempo de estancia en España.
- Nivel socioeconómico-familiar (trabajo, cuidadores).
- Religión.

Antecedentes personales:

- Enfermedades previas y alergias.
- País de origen, lugar de nacimiento, tiempo de estancia.
- Perinatales, embarazo/parto.
- Tipo de lactancia y duración.
- Calendario vacunal (BCG).
- Viajes a país de origen ¿cuándo?, ¿medidas preventivas?

Revisión de informes médicos y calendario vacunal del país de origen.

Interpretación calendario vacunal

Calendario vacunal correcto:

- Proviene de organismos oficiales.
- Refleja claramente las vacunas y sus fechas de administración.
- Los intervalos entre las dosis vacunales son adecuados (mayores de un mes).
- Las fechas de administración de las vacunas se corresponden con la edad teórica del menor y le han sido administradas a la edad correcta

Considerar vacuna no administrada: cuando no hay constancia clara de la administración de una vacuna, no hay registro escrito o es confuso.

• EXPLORACIÓN FÍSICA Y VALORACIÓN DEL DESARROLLO

- Exploración completa por órganos y aparatos:
 - a. Piel y tejido celular subcutáneo: escara de BCG; lesiones compatibles con parasitosis.
 - b. Función auditiva y oftalmológica (*)
 - c. Genitales: integridad de órganos genitales o mutilaciones.
 - d. Resto de órganos y aparatos.
 - e. Salud buco-dental (se describe caries hasta en el 75% de los niños)
- Valorar el desarrollo psicomotor y psicoafectivo en todas sus áreas. Valorar el rendimiento escolar.
- Evaluación del lenguaje (28-30% alteraciones del lenguaje).
- Valorar la integración social, familiar y el riesgo de maltrato.
- Registro de las medidas antropométricas: estado de nutrición (percentiles peso, talla y perímetro cefálico. Se pueden emplear diferentes tablas: las del país de origen si se dispone de ellas, las de la población española y las de la OMS (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)).

Se aconseja que la escolarización sea gradual y progresiva, de acuerdo con el nivel de desarrollo del menor, no según su edad cronológica, y en ningún caso poco después de la adopción.

• **CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES:**

Dentro del proceso de adaptación al país de acogida, hay una serie de aspectos sociales y emocionales que pueden dar lugar a situaciones de marginación social y a la aparición de trastornos psicológicos, que dificultarán la interacción tanto con la población autóctona como con personas del mismo país de origen.

De manera general los aspectos que son necesarios valorar se refieren a:

- Aparición del duelo migratorio.
- Proceso de adaptación al país de acogida.
- Otros factores psicosociales a valorar: el estrés y la angustia que producen el desarraigo, la incertidumbre laboral y social de los progenitores, las condiciones de vivienda y habitabilidad, etc. Los hijos e hijas sufren no sólo las consecuencias de la situación de su familia sino las que derivan de su propia condición infantil o adolescente.

Los principales problemas psicosociales encontrados en las hijas e hijos de personas inmigrantes son:

- Fracaso escolar.
- Aislamiento social, lingüístico y cultural.
- Escasas o casi nulas posibilidades de promoción.
- Pobreza del ambiente sociofamiliar.
- Dificultades de comprensión de las normas socioculturales.
- Tendencia a abandonar las tradiciones culturales de su país de origen.

En la adolescencia, sobre todo en la segunda generación, viven una doble crisis: por un lado la de su propia edad, con su particular problemática psicofisiológica y la derivada de los conflictos debidos al desarraigo. Se encuentran en la encrucijada entre dos edades y dos culturas. El proceso natural de identidad se ve complicado en la situación de la inmigración por las actitudes de rechazo, la marginación o automarginación y los sentimientos de confusión, a causa de tener que elegir entre una única o doble pertenencia.

Ante estas situaciones es conviene hacer una interconsulta con trabajo social sanitario.

• **RECOMENDACIONES Y ACCIONES ESPECÍFICAS PARA VOLVER A SU PAÍS:
ANTES DEL VIAJE**

Actividad 1: Derivación a vacunación internacional

Población diana: Menores inmigrantes con más de un año de residencia fuera de su país o nacidos en el país de acogida, que regresan por cortos periodos de tiempo o vacaciones. Deben

considerarse como viajeros internacionales y por tanto se deben adoptar medidas profilácticas encaminadas a evitar las enfermedades infecciosas más prevalentes en sus países de origen, para las cuales no tienen desarrollada inmunidad natural (tablas 4 y 5).

Criterios de derivación a Unidad de Pediatría Tropical o Infectología Pediátrica:

- Casos con serologías positivas
- Parásitos intestinales y tisulares
- Eosinofalias (multiparasitación)
- Anemias pendientes de filiación (no ferropénicas)
- Mantoux positivos con sintomatología clínica y/o alteraciones radiológicas ó con enfermedad crónica asociada
- Sospecha clínica de patología tropical (chagas, malaria, dengue, ...)
- Enfermedades carenciales
- Pacientes sintomáticos (Anexo 1 y 2)

Herramientas:

- En la Anexo 1 y 2 aparecen enfermedades importadas y una correlación de signos/síntomas con determinadas enfermedades tropicales.
- Calendario vacunal y consulta de vacunas
 - Pueden consultarse los calendarios vacunales de cualquier país del mundo en el portal de vacunas de la Asociación Española de Pediatría: <http://www.vacunasaep.org/profesionales/calendarinter.htm>
 - www.vacunas.org
- Valoración del crecimiento. Se pueden emplear diferentes tablas: las del país de origen si se dispone de ellas, las de la población española y las de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/childgrowth/en/>).
- Evaluación del desarrollo psicomotor. Ver capítulo/actividad
- Pruebas complementarias de cribado (Anexo 3)
 - Hemograma y bioquímica completa:(TSH, metabolismo del Fe, transaminasas)
 - Coprocultivo y parásitos en heces (3 muestras).
 - Sedimento urinario.

- Serología Hepatitis, B, C, VIH y Lues (repetir a los 6 meses, por periodo -ventana)
 - Serología Chagas a pacientes procedentes de Latinoamérica.
 - Mantoux.
 - Cribado enfermedades metabólicas en menores de 6 meses.
- Inmunizaciones recomendadas en viajes a países de origen: (tema de vacunas) . Derivar a centro de vacunación internacional

ACTIVIDADES EN MENORES ADOPTADOS PROCEDENTES DE OTROS PAÍSES E INMIGRANTES

ANEXO 1

PATOLOGÍA IMPORTADA

Enfermedades infecciosas	Enfermedades no infecciosas
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades tropicales (malaria, parasitosis intestinales...)• Enfermedades transmisibles (Tuberculosis, Hepatitis B, VIH...)	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades genéticas:• Enfermedades carenciales• Exposición al plomo o radiaciones• Patología psicosocial

ACTIVIDADES EN MENORES ADOPTADOS PROCEDENTES DE OTROS PAÍSES E INMIGRANTES

ANEXO 2. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE PATOLOGIAS IMPORTADAS PACIENTES INMIGRANTES SINTOMÁTICOS

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS:

Fiebre: paludismo, virosis importadas (dengue), schistosomiasis

Diarrea: parasitosis intestinales (amebas, helmintos, paludismo)

Anemia: carencial, paludismo, hemoglobinopatías, parasitosis

Eosinofilia: helmintos, parásitos tisulares

Hepatopatía: virus hepatitis B y C, absceso hepático amebiano, paludismo, leishmaniosis

Esplenomegalia: paludismo, esquistosomiasis, leishmaniosis, fiebre tifoidea, hemoglobinopatías

Hematuria: esquistosomiasis

Cardiopatía: enfermedad de chagas

Adenopatías: tuberculosis, toxoplasmosis, tripanosomiasis africana

Dificultad respiratoria: paragonomiasis, tuberculosis

Convulsiones: malaria, neurocisticercosis

Alteraciones cutáneas: larva migrans, oncocercosis, sarna, micosis

**ACTIVIDADES EN MENORES ADOPTADOS
PROCEDENTES DE OTROS PAÍSES E INMIGRANTES**

ANEXO 3

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS SEGÚN
CLÍNICA, ANALÍTICA BÁSICA Y PROCEDENCIA**

Hallazgos clínicos/analíticos/procedencia	Exploración
Menores de 6 meses	Cribado hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, hiperfenilalaninemias y hemoglobinopatías
Mayores de 6 meses con retraso estatural, psicomotor o macrocefalia	Pruebas de función tiroidea
Alteraciones serie roja en procedentes de China, India y Sudeste Asiático	Investigar talasemias (electroforesis hemoglobina)
Alteraciones serie roja en procedentes de Caribe, África subsahariana, India, Latinoamérica	Investigar drepanocitosis (electroforesis hemoglobina)
Alteraciones serie roja en procedentes de África subsahariana	Investigar déficit de glucosa 6PDH
Mayores de 1 año con anemia refractaria a hierro, retraso psicomotor o alteraciones comportamiento	Niveles de plomo
India, Sudeste Asiático, África subsahariana, Latinoamérica	Investigar plasmodium (gota gruesa, extensión fina, test rápidos y PCR)
América central y del sur (salvo Chile, Uruguay y Brasil)	Serología Enfermedad de Chagas
Macro/microcefalia, retraso mental, sordera, corioretinitis, ceguera	Investigar CMV, toxoplasma, rubéola
Historia de exposición a alcohol, rasgos dismórficos en procedentes de Federación Rusa y Europa del Este	Buscar criterios síndrome alcohólico fetal

Fuente: Programa de salud infantil de la AEPap. 2009. Ed. Ex Libris

ATENCIÓN AL MENOR CON DISCAPACIDAD

INTRODUCCION:

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) realizada en 1999 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el IMSERSO y la Fundación ONCE, ha permitido disponer de una amplia información estadística sobre la discapacidad en España. Dicha encuesta entiende por *discapacidad* “*toda limitación o dificultad grave o importante que, debido a una deficiencia, tiene una persona para realizar actividades de la vida cotidiana, tales como desplazarse, cuidar de sí mismo, ver, oír, relacionarse con otros, etc*”.

Según la encuesta mencionada el número total de personas con discapacidad en España asciende a 3.528.221; en términos relativos esta cifra supone el 9% de la población, de los cuales, son:

- Menores de 6 años..... 22 por 1000
- Entre 6 y 9 años..... 19 por 1000
- Entre 10 y 15 años..... 15 por 1000

Los principales factores causales de deficiencias, se concentran:

- En torno al embarazo y el parto, siendo las más frecuentes de causa perinatal las deficiencias mentales, con un 36.85%.
- Las enfermedades crónicas.
- Los accidentes de cualquier tipo, constituyendo la primera causa de mortalidad e incapacidad en la infancia, adolescencia y juventud.
 - o Un 8% de los menores de 15 años se accidentan cada año.
 - o Los accidentes infantiles de tráfico, producen deficiencias osteoarticulares en el 54% de los casos.

Y entre las principales limitaciones que se generan en menores de 6 años están:

- La imposibilidad de hacer las tareas como los demás niños o niñas de su edad (27%)
- Dificultades para hablar (25% menores con al menos 3 años)
- Dificultades para caminar (22%)
- Dificultades para ver (16%)
- Dificultades para oír (10%)

Población diana

- Menores con discapacidad identificada y sus familias.

Periodicidad

En cualquier momento y en cualquiera de las distintas etapas evolutivas de la infancia y adolescencia.

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas (ver propuesta de desarrollo de actividades grupales y comunitarias).

Actividades

Debe ser realizada por todos los profesionales que forman los Equipos de Salud, en cada una de las distintas etapas de atención, en cualquiera de los diferentes entornos en que se posibilita la relación profesional-comunidad, centros sanitarios, educativos, sociales, de ocio, deportivos o asociativos, una vez identificado el menor con posible discapacidad por patología o deficiencia.

Cuando esta identificación se ha producido en el nivel de atención hospitalaria, será derivado al equipo de atención primaria para su valoración complementaria y continuidad de cuidados.

Se debe asegurar en todos los casos una atención integral y temprana, que posibilite la valoración, detección e identificación de necesidades de cuidados, información, apoyo, asesoramiento y el desarrollo de las intervenciones que desde los distintos programas y/o procesos específicos estén identificadas, para el abordaje del proceso tanto en relación al menor como a su familia.

Atención Integral. Objetivos de la valoración

El objetivo de una atención integral es que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad puedan recibir todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial potencie su capacidad de desarrollo y bienestar, así como su autonomía personal, posibilitando una mejor integración en el medio familiar, escolar y social.

Para ello será primordial que los sectores implicados -salud, educación y social- trabajen en conjunto y de manera coordinada, con la corresponsabilidad de todos los profesionales implicados.

Los objetivos deberán estar en consonancia con los establecidos dentro de los Planes de Acción Integral para las personas con Discapacidad en Andalucía (I, II, III), enmarcados en áreas de política de salud, embarazo, parto y puerperio, metabopatías congénitas, atención temprana, vacunaciones, salud infantil, salud mental, atención buco dental, rehabilitación médico-funcional, entre otras.

Un paso importante en relación a la atención integral ha sido la Atención Temprana (Plan estratégico—Consejería de Salud), donde un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, tienen por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los menores con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones deben considerar la globalidad de la persona y son planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar.

La presencia de deficiencias en un menor, desencadena un conjunto de reacciones en la familia y pone en acción una serie de mecanismos de adaptación que deben ser atendidos y tenidos en cuenta por parte de los profesionales que atienden a estas. Es una etapa, donde el contacto con el sistema sanitario es fundamental ya que se ponen en marcha todas las actuaciones para la asistencia de la enfermedad: el tratamiento, la rehabilitación y las medidas preventivas pertinentes para la disminución de las secuelas.

Es en este contexto donde es necesario atender de forma integral, en el seno del equipo de trabajo, las distintas necesidades de la familia del menor con deficiencias, fundamentalmente las necesidades de información, orientación y asesoramiento.

Una información precoz adecuada puede garantizar la atención infantil temprana para el logro del mayor desarrollo posible de las capacidades del menor o adolescente.

Además de las actividades propiamente derivadas de toda valoración integral, se debe asegurar:

- La inclusión en un censo de pacientes con discapacidad.
- La gestión y facilitación de todos aquellos recursos materiales necesarios para la puesta en marcha del plan asistencial y de cuidados
- La elaboración de estrategias de afrontamiento individualizadas ante las distintas situaciones dadas.
- El apoyo a la adaptación ante la nueva situación y redefinición de roles dentro de la familia.
- La facilitación del acceso a servicios de distintos niveles asistenciales y/o especializados.
- La identificación y facilitación de las necesidades de coordinación y enlace con los Servicios Sanitarios en apoyo tanto para la relación con los distintos niveles y departamentos del sistema sanitario, como para la gestión de consultas, minimizando desplazamientos y facilitando el “acto único”
- La identificación de las necesidades de cuidados.

- La creación de registros y sistemas de información, que identifiquen cuidados específicos para problemas específicos mas prevalentes.
- La identificación de las **necesidades de la familia** en relación a:
 - o Información adecuada y adaptada a cada uno de los momentos por los que se atraviesa.
 - o Formación y enseñanza en los cuidados a realizar, así como apoyo y seguimiento.
 - o Apoyo en el conocimiento de las distintas vías, y formas de acceso a los servicios, prestaciones... de los diferentes niveles del sistema sanitario.
 - o Apoyo psicosocial desde los primeros momentos.
 - o Apoyo ante la sobrecarga derivada de los cuidados.
- Derivación a Trabajo Social Sanitario a aquellos menores con discapacidad que interfiere en la dinámica familiar. En el Plan de Atención Social en Salud (ver capítulo específico en esta guía), están definidos los criterios entre los que se encuentran algunas de estas situaciones de atención prioritaria:
 - o Sobreimplicación familiar continuada.
 - o Dificultades con escolaridad y/o integración.
 - o Problemas laborales vinculados al cuidado.
 - o Situación de aislamiento, tanto del menor como de la familia.
 - o Dificultades económicas derivadas de la situación de discapacidad.

Tras la valoración integral, se abordarán las actuaciones que sean precisas enmarcadas dentro del Plan Asistencial, marcando siempre las actividades específicas que potencien los activos en salud, las habilidades y recursos personales que conserva el menor y su familia, así como el apoyo en la elaboración de estrategias de afrontamiento de situaciones actuales o previsibles.

VACUNACION EN SITUACIONES DE RIESGO

Población diana:

Población de 0 a 14 años en las siguientes situaciones:

- Inmunodeficiencia: primaria, secundaria, tratamiento inmunosupresor, asplenia.
- Infección por VIH.
- Diátesis hemorrágica.
- Prematuridad.
- Viajes zonas endémicas, inmigrante, adopción internacional.
- Otras enfermedades, riesgos o condiciones.

Periodicidad:

- Según calendario vacunal vigente.
- Antes del inicio de un tratamiento inmunosupresor.
- Antes de iniciar un viaje a zonas de riesgo.
- En la primera visita del menor inmigrante o en adopción.
- En cualquier consulta si se detecta vacunación incompleta o pertenencia a algún grupo de riesgo.

Actividades:

1. MENOR CON INMUNODEPRESIÓN:

Siguen el mismo calendario vacunal que el resto de menores con las siguientes observaciones:

- Hay que distinguir entre vacunas de microorganismos vivos/atenuados y muertos/inactivados. Las primeras están contraindicadas con carácter general mientras persista el estado inmunodeficitario. Las segundas se administran como en el inmunocompetente aunque en ocasiones pueden tener una respuesta inmunogénica

disminuida, por lo que a veces es necesario determinar los niveles de anticuerpos séricos y administrar dosis suplementarias de vacunas.

- En caso de inicio de un tratamiento inmunosupresor se debe completar antes el calendario vacunal, utilizando si es necesario pautas de vacunación acelerada (anexo-1).
- A los 6 meses de terminar el tratamiento y con remisión completa de la enfermedad, es aconsejable la administración de una dosis adicional de: DTPa, VPI, Hib, meningococo C y TV.
- Deben recibir la vacuna conjugada frente el neumococo los menores de 2 años y la vacuna polisacárida 23-valente los mayores de 2 años.
- Se administrará la vacuna antigripal anual.
- Si está recibiendo tratamiento con inmunoglobulinas o hemoderivados, las vacunas son menos eficaces, por lo que deben demorarse hasta al menos 3 meses del final del tratamiento.
- Los donantes de médula ósea no deben recibir vacunas de virus vivos atenuados en el mes previo a la donación.

Recomendaciones para inmunización pasiva:

- Inmunización pasiva tras contacto con sarampión: Se administra la gammaglobulina humana IM o IV dentro de los primeros 14 días desde el contacto.
- Inmunización pasiva tras contacto con Varicela Zóster: Si han transcurrido menos de 72 horas desde el contacto, se administra gammaglobulina específica IM (250 mg en menores de 5 años; 500mg de los 5 a los 10 años y 750 en mayores de 10 años) o gammaglobulina humana IV (0,4 gr/Kg). Además de Aciclovir de 7 a 21 días desde el contacto

Recomendaciones de vacunaciones en convivientes y cuidadores de inmunodeprimidos:

- Completar estrictamente el calendario vacunal.
- Vacunarse contra la gripe anualmente
- Vacuna de varicela en susceptibles. Si apareciera exantema postvacunal, se recomienda aislar del niño/a inmunodeficiente hasta la desaparición del exantema.
- La administración de la TV no conlleva riesgo de transmisión posvacunal por lo que se debe administrar a los convivientes susceptibles.
- No administrar vacuna oral frente a polio (VPO) ni vacuna frente a rotavirus.

2. MENOR CON INFECCIÓN POR VIH:

- Deben cumplimentar el calendario vacunal en los primeros meses de vida antes del deterioro de su sistema inmunitario.
- La vacuna antivaricela y antisarampión están indicados en niños asintomáticos con linfocitos CD4 > 15% (2 dosis entre 12 y 15 meses de edad separados por un intervalo mínimo de un mes, y una tercera dosis a los 4 años).
- Las vacunas de microorganismos vivos están contraindicadas con la excepción de la antivaricela y la TV según las condiciones en el apartado anterior.
- Debe determinarse el nivel de anticuerpos para hepatitis B a los 2-3 meses de completar la vacunación: si < 10UI/l, se repetirá la pauta vacunal completa.
- Está indicada la vacuna frente a neumococo y en mayores de 6 meses la vacuna antigripal inactivada anual.

3. MENOR CON DIÁTESIS HEMORRÁGICA:

- Siguen el mismo calendario vacunal que el resto de menores.
- Mayor riesgo de hepatitis B y C por transfusiones: control serológico tras vacunación y repetir pauta si niveles de anticuerpos por debajo de 10 UI/dl.
- Se aconseja la vacuna de hepatitis A.
- Las complicaciones más frecuentes son los hematomas y las hemorragias locales tras la administración de las vacunas.
- En menores dependientes de la administración de factores de coagulación exógenos, inyectar las vacunas lo antes posible tras su administración.
- Si la función hemostática está intacta, se administran las vacunas intramuscularmente y si existe duda sobre la integridad de la función hemostática, se utiliza la vía subcutánea o intradérmica.
- Se debe utilizar agujas de calibre igual o menor de 23 G y aplicar una presión sobre el punto de inyección durante 2 minutos sin masaje.

4. PREMATURIDAD:

- El recién nacido debe ser vacunado según su edad cronológica independientemente del peso y la edad gestacional, salvo para la vacuna frente a hepatitis B donde sí se recomienda esperar a alcanzar los 2 Kg o los 2 meses de vida.

- Vacunación anual de la gripe a partir de los 6 meses de edad y en particular los que padecen enfermedad pulmonar crónica.
- Vacunación frente el neumococo (vacuna conjugada)
- Valoración individualizada de la vacuna frente a rotavirus y frente a varicela (ésta última a partir de los 12 meses).

5. MENOR CON OTRAS ENFERMEDADES, RIESGOS O CONDICIONES (ANEXO 2).

- Algunas enfermedades crónicas suponen un riesgo adicional para contraer enfermedades infecciosas: ingresos y visitas al medio hospitalario, técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas, tratamientos prolongados, susceptibilidad derivada de la propia enfermedad...por lo que es fundamental cuidar especialmente el cumplimiento del calendario vigente y administrar en algunos casos vacunas adicionales, como queda reflejado en el anexo 2.

6. MENOR VIAJERO, INMIGRANTE Y/O PROCEDENTE DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL.

- Menores que viajen a zonas de riesgo: calendario vacunal diseñado y adecuado al viaje y la zona.
- Menores inmigrantes: revisar y completar calendario vacunal. Tener en cuenta los viajes al país de origen.
- Menores procedentes de adopción internacional: sólo se consideran dosis puestas las certificadas adecuadamente. Completar en la primera visita las dosis pendientes (cada dosis puesta cuenta, sin importar el intervalo entre ellas) y programar las siguientes. No es necesario realizar serología de rutina de enfermedades vacunales salvo para la HB.
- Dada la gran variabilidad en destinos de viajes, países de origen y circunstancias particulares del menor, se recomienda consultar la vacunación necesaria actualizada en las páginas web siguientes:

Viajes internacionales:

<http://www.msps.es/sanitarios/consejos/vacExt.do>URL.-
<http://wwwnc.cdc.gov/travel/>

Calendarios vacunales de las comunidades autónomas y de todos los países:

<http://www.aepap.org/vacunas/calvaces.htm>
http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cf
<mhttp://www.euvac.net/graphics/euvac/vaccination/vaccination.html>

Información general sobre vacunas:

<http://www.vacunas.org/>

<http://www.aeped.es/cav>

<http://www.fisterra.com/vacunas/index.asp>

VACUNACIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO

ANEXO 1

PAUTAS DE VACUNACIÓN ACELERADA ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN NO VACUNADOS PREVIAMENTE O CON PAUTAS INCOMPLETAS

VACUNA	CALENDARIO	< 7 AÑOS	> 7 AÑOS
DTPa(difteria,tétano y tosferina acelular) VPI(polio inactivada) Hib (haemophilus influenza b) VHB (hepatitis B) TV (triplevirica;sarampion,rubeola,parotiditis) MCC (meningitis C conjugada)	1ª visita	DTPa VPI Hib VHB TV MCC	dt VPI Hib VHB TV MCC
	1 mes tras la 1ª visita	DTPa VPI VHB TV	Dt VPI VHB TV
	2 meses tras la 1ª visita	DTPa VPI Hib	Hib
	6 meses tras la 1ª visita	VHB	Dt VPI VHB
	14 meses tras la 1ª visita	DTPa VPI	

VACUNACIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO

ANEXO 2

**VACUNAS SUPLEMENTARIAS EN NIÑOS CON
OTRAS ENFERMEDADES, RIESGOS O CONDICIONES**

	GRUPE ANUAL	VARICEL A	HEPATITIS A	ROTAVIRU S	NEUMOCOC O VNC13v	NEUMOCOC O VNP23v
ENFERMEDADES RENALES	SI				SI	SI
ENFERMEDADES PULMONARES	SI				SI	SI
DIABETES MELLITUS	SI				SI	SI
SINDROME DE DOWN	SI	SI			SI	SI
INMUNODIFICIENC IA	SI				SI	SI
VIH	SI	SI			SI	SI
ENFERMEDADES HEPATICAS			SI			
PREMATURIDAD	SI			SI	SI	
ENFERMEDADES MUCOCUTANEAS		SI				
TRATAMIENTO CRONICO CON SALICILATOS	SI	SI				
DIATESIS HEMORRAGICA			SI			

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELIACA Y FIBROSIS QUISTICA

Actividades

- Cribado de Enfermedad Celíaca (EC) en la población infantil.
- Seleccionar la población infantil con riesgo de EC
- Cribado y manejo del paciente con Fibrosis Quística (FQ)

• ACTIVIDAD 1

Cribado de la EC en la Población Infantil.

Sospecha Clínica de EC: Se valorarán en el paciente la existencia de síntomas y signos de la enfermedad y alteraciones analíticas sugestivas de EC (Anexo 1)

Población Diana:

- Desde los 0 a los 14 años

Periodicidad:

Tan pronto como se sospeche el diagnóstico tanto en la consulta programada como en la consulta a demanda.

Justificación

- La enfermedad celíaca es una entidad prevalente en nuestro entorno que afecta tanto a niños como a adultos. Su epidemiología ha variado en los últimos años gracias a los avances que se han producido en los métodos diagnósticos.
- La prevalencia de la EC ha aumentado en los últimos años debido, en parte, a la utilización generalizada de marcadores serológicos que nos han permitido conocer la existencia tanto de las formas latentes como de las silentes de EC, de forma que la presentación clásica de la EC, con los síntomas descritos inicialmente, son hoy en día menos frecuentes. Se considera que la epidemiología de la EC tiene las características de un iceberg, ya que esta prevalencia puede ser mucho mayor, puesto que un porcentaje importante de casos permanece sin detectar.
- La importancia del diagnóstico precoz reside en que la instauración de una alimentación exenta de gluten consigue, no sólo la normalización del estado de salud, sino también la

recuperación de la calidad de vida de los pacientes y la aparición de complicaciones (neoplasias, osteoporosis). La EC puede presentarse a cualquier edad de la vida y cursa con manifestaciones clínicas muy variadas, aunque en muchos casos la enfermedad es asintomática. Estas premisas hacen especialmente relevante el papel del pediatra y del médico de familia en atención primaria en el diagnóstico precoz, evitando así el desarrollo a largo plazo de complicaciones graves.

Definiciones

- La enfermedad celiaca es una intolerancia permanente a la fracción proteica del gluten que produce daño en la mucosa del intestino delgado proximal. Se presenta en individuos genéticamente predispuestos. El diagnóstico se basa en la histopatología de la mucosa intestinal. Los marcadores serológicos: anticuerpos antigliadina (AGA), antiendomiso (EMA) y antitransglutaminasa tisular (tTGA) tienen utilidad para seleccionar a qué individuos se les debe practicar una biopsia intestinal.
- La prueba de oro para establecer el diagnóstico definitivo sigue siendo hoy día la práctica de una biopsia del duodeno proximal o del yeyuno (procedimiento más habitual en niños).
- Enfermedad celiaca. Síntomas por edades (Anexo 1)
- Formas clínicas de enfermedad celiaca (Anexo 2)

Herramientas y Recursos (Algoritmo Diagnóstico EC en Atención Primaria. Anexo 5)

- Pruebas de Cribado de la EC. Marcadores serológicos (Anexo 3)
- Utilidad del estudio genético HLA-DQ2/DQ8 en la EC (Anexo 4)
- Determinar Anticuerpos Antigliadina G, Antigliadina A y Antitransglutaminasa A (es el de uso preferencial y según muchos autores es suficiente para el cribado) como marcadores de EC
- Determinar a la par Niveles Plasmáticos de IgA total
- Determinar según los casos HLA-DQ2/DQ8 (para Atención Especializada).
- El pediatra de atención primaria actuará como pediatra gestor principal de la atención (anexo 13)

• ACTIVIDAD 2

- Seleccionar la población infantil con riesgo de EC.
- Valorar en el paciente la existencia de síntomas y signos de la enfermedad o la pertenencia a grupos de riesgo, ya sea por presentar alguna enfermedad que se pueda asociar con la

enfermedad celíaca o bien que el paciente tenga familiares afectados.

- Realizar cribado según las recomendaciones anteriores

Población Diana:

Se recomienda el cribado de enfermedad celiaca en adultos y niños definidos como población de alto riesgo:

- Familiares de primer grado de personas con EC.
- Diabetes mellitus tipo 1.
- Déficit selectivo de IgA.
- Síndrome de Down (la asociación con EC es superior al 12%), síndrome de Williams, síndrome de Turner, fibrosis quística, enfermedad de Hartnup, cistinuria, colitis microscópica, cardiomiopatía, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica e infertilidad. Mujeres en estudio de infertilidad y abortos de repetición.
- Anemia de causa no aclarada.
- Osteoporosis de causa no aclarada.
- Niños con talla baja de causa no aclarada.
- Enfermedades autoinmunes frecuentemente relacionadas con la EC: diabetes mellitus, tiroiditis, enfermedad de Graves-Basedow, nefropatía IgA, dermatitis herpetiforme, Sd. de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, neuropatía autoinmune, artritis reumatoidea, arteritis autoinmune, anemia hemolítica autoinmune, miastenia gravis, enfermedad de Addison, enfermedad de Kawasaki, encefalomiелitis autoinmune, hepatopatía autoinmune, cirrosis biliar primitiva, esclerosis múltiple e hipoparatiroidismo.

• ACTIVIDAD 3

- Realizar cribado de la FQ en toda la Población Infantil. La FQ se incluye en el cribado neonatal que se realiza a todos los Recién Nacidos mediante la "Prueba del Talón", junto con otras enfermedades (tema específico)
- Valorar y analizar al paciente con sospecha Clínica de FQ: Se valorarán en el paciente la existencia de síntomas y signos de la enfermedad a cualquier edad (Anexo 6 y 7), el estudio Genético (Anexo 8) y la realización del test de sudor (Anexo 9) y valorar los criterios diagnósticos de FQ (Anexo 10) y fenotipo compatible (Anexo 11)

Población Diana:

- Todos los lactantes menores de 6 meses (Cribado neonatal). Consultar Cribado neonatal de enfermedades congénitas.
- A cualquier niño ante la sospecha clínica.

Periodicidad:

- Cribado Neonatal: consultar apartado correspondiente
- Ante cualquier paciente con clínica sospechosa mediante la exploración y la petición de pruebas complementarias adecuadas básicas asequibles en Atención Primaria: Test de sudor.

Definiciones:

La FQ es un trastorno multisistémico hereditario con carácter autosómico recesivo. Alrededor del 25-30% de la población puede ser portadora asintomática de la enfermedad.

Se caracteriza por la alteración de la función de las glándulas exocrinas que afectan a diferentes órganos, entre ellos el aparato digestivo y respiratorio. La enfermedad pulmonar es la causa más frecuente de morbi-mortalidad.

La prevalencia de la FQ en Europa Occidental es de 1 caso cada 2.000-5.000 recién nacidos vivos.

El responsable de la enfermedad es el gen regulador de la proteína asociada a la conductibilidad transmembrana de la fibrosis quística, gen RTFQ, situado en el brazo largo del cromosoma 7, región 7q31. Este gen codifica una proteína que controla el equilibrio electroquímico de la secreción del cloro y de la absorción de sodio en las membranas de las células epiteliales de las glándulas exocrinas.

La mutación más frecuente es AF508. Se conocen más de 1.000 mutaciones.

La esperanza de vida ha mejorado en las últimas décadas aunque hasta la fecha no existe un tratamiento curativo.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y la confirmación se realiza mediante la positividad de una o más pruebas complementarias.

Justificación:

El diagnóstico precoz de la FQ mejora el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida de los enfermos y sus familias.

No hay evidencia científica actual de que el cribado neonatal de la FQ reduzca la morbi-mortalidad de dicha enfermedad y mejore la supervivencia y/o la calidad de vida de los niños diagnosticados mediante esta prueba de cribaje.

No obstante, favorecer un diagnóstico rápido de las principales anomalías congénitas, antesala de muchas enfermedades poco frecuentes, es uno de los objetivos del Plan de Enfermedades Raras de Andalucía. Además, este cribado permite la identificación de portadores y recuperar casos posibles de parientes directos no diagnosticados, lo que permite aplicar el consejo genético, recogido en el Plan de Genética de Andalucía, el cual se imbrinca estrechamente con el Plan de Enfermedades Raras.

Herramientas y Recursos:

- Realización del Test de Sudor en Atención Primaria ante casos sospechosos de FQ: Aparataje adecuado y entrenamiento del personal de enfermería encargado de recoger y analizar la muestra de sudor y su posterior interpretación
- Análisis de las mutaciones del gen FQ. Reservado para Atención Especializada
- Concentración sérica de Tripsina Inmunorreactiva (TIR). Reservado para Atención Especializada (Anexo 12)
- Estudio de la diferencia de potencial nasal transepitelial. Reservado para Atención Especializada (Anexo 12)
- El pediatra de atención primaria actuará como PEDIATRA GESTOR SECUNDARIO DE LA ATENCIÓN (Anexo 13)

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras 2008-2010

Este plan prevee una serie de medidas para mejorar la asistencia que se presta a las personas y sus familias diagnosticadas de una enfermedad rara, entre las que se encuentra la FQ. Actualmente se trabaja en la puesta en marcha de los itinerarios de referencia para la FQ, enfermedad para la cual, los hospitales Virgen del Rocío de Sevilla (referente para Andalucía Occidental) y Regional de Málaga (referente para Andalucía Oriental), han sido designados como centros coordinadores para atender a estos pacientes. Con esta medida se pretende simplificar los circuitos de derivación, obtener un diagnóstico más rápido y contar con planes personalizados de atención.

Direcciones de interés

- <http://www.celiacos.org/>
- http://www.celiacos.org/miembros_andalucia.php
- <http://www.fibrosisquistica.org/>

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 1

SÍNTOMAS, SIGNOS Y ALTERACIONES ANALÍTICAS QUE OBLIGAN A CONSIDERAR EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

Clínica	Síntomas	Signos y Alteraciones Analíticas
Niño pequeño	<p>Diarrea crónica.</p> <p>Falta de apetito.</p> <p>Vómitos.</p> <p>Dolor abdominal recurrente.</p> <p>Laxitud.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Apatía.</p> <p>Introversión.</p> <p>Tristeza.</p>	<p>Malnutrición.</p> <p>Distensión abdominal.</p> <p>Hipotrofia muscular.</p> <p>Retraso póndero-estatural.</p> <p>Anemia ferropénica.</p> <p>Hipoproteinemia.</p>
Niño mayor y Adolescente	<p>Frecuentemente asintomáticos</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Dolor Abdominal</p> <p>Menarquia retrasada</p> <p>Irregularidades menstruales</p> <p>Cefaleas</p> <p>Artralgias</p> <p>Hábito intestinal irregular</p>	<p>Anemia ferropénica</p> <p>Talla Baja</p> <p>Aftas orales</p> <p>Hipoplasia del esmalte</p> <p>Distensión Abdominal</p> <p>Debilidad Muscular</p> <p>Artritis</p> <p>Osteopenia</p> <p>Queratosis folicular</p>
Adulto	<p>Diarrea crónica.</p> <p>Dispepsia.</p> <p>Dolor abdominal recidivante.</p>	<p>Malnutrición con o sin pérdida de peso.</p> <p>Edemas periféricos.</p> <p>Talla baja.</p>

Clínica	Síntomas	Signos y Alteraciones Analíticas
	<p>Pérdida de peso.</p> <p>Síntomas que simulan síndrome de intestino irritable.</p> <p>Vómitos recidivantes sin causa aparente.</p> <p>Estreñimiento.</p> <p>Dolores óseos y articulares o historia de fracturas (ante traumatismos banales).</p> <p>Parestesias, tetania.</p> <p>Infertilidad, abortos recurrentes.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Astenia.</p> <p>Ansiedad, depresión, epilepsia, ataxia</p>	<p>Neuropatía periférica.</p> <p>Miopatía proximal.</p> <p>Anemia ferropénica sin explicación.</p> <p>Hipoesplenismo.</p> <p>Osteopenia u osteoporosis (especialmente en el adulto joven).</p> <p>Aftas bucales recidivantes. Descenso de albúmina sérica.</p> <p>Disminución del tiempo de protrombina.</p> <p>Deficiencia de ácido fólico o vitamina B12 (no explicada).</p> <p>Hipertransaminasemia inexplicada</p>

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 2 FORMAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD CELIACA

- **Enfermedad celíaca clásica:** Se caracteriza por la aparición de síntomas graves de **malabsorción, anticuerpos séricos positivos y atrofia grave de las vellosidades**. Este patrón de presentación es hoy en día excepcional en la edad adulta. Los pacientes pueden cursar con síntomas digestivos o extra-digestivos.
- **Enfermedad pauci o monosintomática:** Actualmente es la **forma más frecuente** de EC, tanto de la edad adulta como de la pediátrica, y puede cursar con síntomas intestinales y/o extraintestinales. El espectro histológico es variable, desde enteritis linfocítica a la atrofia total y el porcentaje de positividad de autoanticuerpos séricos es variable (15 al 100%) y dependiente de la gravedad histológica.
- **Enfermedad celíaca silente:** No hay manifestaciones clínicas, pero sí **lesiones histológicas características** (incluso atrofia de vellosidades). Estos casos suelen descubrirse bien por una determinación de marcadores séricos indicada por sospecha clínica o bien por pertenecer a alguno de los grupos de riesgo.
- **Enfermedad celíaca latente:** Se caracteriza por la existencia de una mucosa duodenoyeyunal normal en individuos que toman gluten en la dieta en el momento de ser evaluados, con o sin anticuerpos positivos, pero que en algún momento de su vida han presentado o van a presentar características propias de la EC.
- **Enfermedad celíaca potencial:** El término potencial hace referencia a aquellos individuos que **no han presentado nunca alteraciones histológicas** características de la enfermedad, pero por sus características genéticas (HLA-DQ2/DQ8) o inmunológicas (en ocasiones anticuerpos séricos positivos) presentan un riesgo “potencial” de desarrollarla.
- **Enfermedad celíaca refractaria:** Hace referencia a aquellos pacientes con lesión histológica bien documentada (generalmente con atrofia vellositaria) cuyos síntomas no desaparecen después de haber excluido el gluten de la dieta al menos durante un período de seis meses. Antes de establecer este término es necesario:
 - Asegurar que el paciente no ingiere pequeñas cantidades de gluten de forma intencionada o inadvertida
 - Excluir condiciones clínicas asociadas a la propia enfermedad que por sí solas pueden explicar la persistencia de los síntomas (déficit secundario de disacaridasas, insuficiencia pancreática exocrina, sobrecrecimiento bacteriano y colitis microscópica)

- Excluir otras causas de atrofia vellositaria (por ejemplo, esprúe tropical o enfermedad de Whipple).

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 3 PRUEBAS DE CRIBADO DE LA EC. MARCADORES SEROLÓGICOS

Los marcadores séricos son de gran utilidad como indicadores de EC, si bien la **biopsia intestinal sigue siendo el patrón oro para establecer el diagnóstico**. Ayudan a seleccionar a los individuos con mayor probabilidad de presentar la EC, siendo particularmente útiles en aquellos sin síntomas gastrointestinales, en aquellos con enfermedades asociadas a la EC y para el despistaje de familiares de primer grado de enfermos diagnosticados. Debe considerarse, no obstante, que la negatividad de estos marcadores no excluye definitivamente el diagnóstico, siendo necesario en ocasiones recurrir a pruebas más avanzadas (estudio genético) cuando la sospecha diagnóstica es elevada.

Los marcadores disponibles son los siguientes:

- **Anticuerpos antigliadina (AGA):** Fueron los primeros en utilizarse. Son tanto de clase IgA como IgG. Se utilizan preferentemente los de clase IgA y su eficacia para el cribado de EC es mayor en niños que en adultos.
- **Anticuerpos antiendomiso (EMA):** Son también de clase IgA. Su sensibilidad y su especificidad son variables según la edad. Tienen el inconveniente de la laboriosidad de su determinación y su interpretación es subjetiva.
- **Anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana de clase IgA (AAtTG):** Los AAtTG se han mostrado como los marcadores más útiles y **hoy en día existe acuerdo generalizado en utilizar sólo los AAtTG para el cribado de EC**. También está disponible la determinación de AAtTG de clase IgG, especialmente útil en caso de déficit de IgA asociado a EC.

El resultado de la serología determina la conducta a seguir, debiendo considerar las siguientes situaciones:

- **Serología positiva:** La sensibilidad de la serología es muy elevada (próxima al 100%), especialmente en personas con lesiones histológicas avanzadas (atrofia vellositaria). Por lo tanto, **ante la presencia de síntomas sugestivos y serología positiva debe indicarse una biopsia intestinal**. En caso de alteraciones morfológicas compatibles, se procederá a retirar el gluten de la dieta.
- **Serología negativa y elevada sospecha clínica:** Recientes evidencias sugieren que la serología negativa no permite excluir con seguridad el padecimiento de la enfermedad. Ello resulta particularmente cierto en pacientes con lesiones histológicas poco avanzadas

(Marsh 1 y 2). Por otro lado, el hecho de presentar alteraciones morfológicas poco relevantes (enteritis linfocítica, sin atrofia vellositaria) no excluye que el enfermo presente síntomas y signos de enfermedad clínicamente relevante (astenia, flatulencia, anemia, osteopenia, etc.). Por este motivo, ante la presencia de síntomas sospechosos con serología negativa, especialmente en grupos de riesgo, debe considerarse la posibilidad de derivar el caso para proseguir su evaluación en un medio especializado

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 4 UTILIDAD DEL ESTUDIO GENÉTICO HLA-DQ2/DQ8 EN LA EC

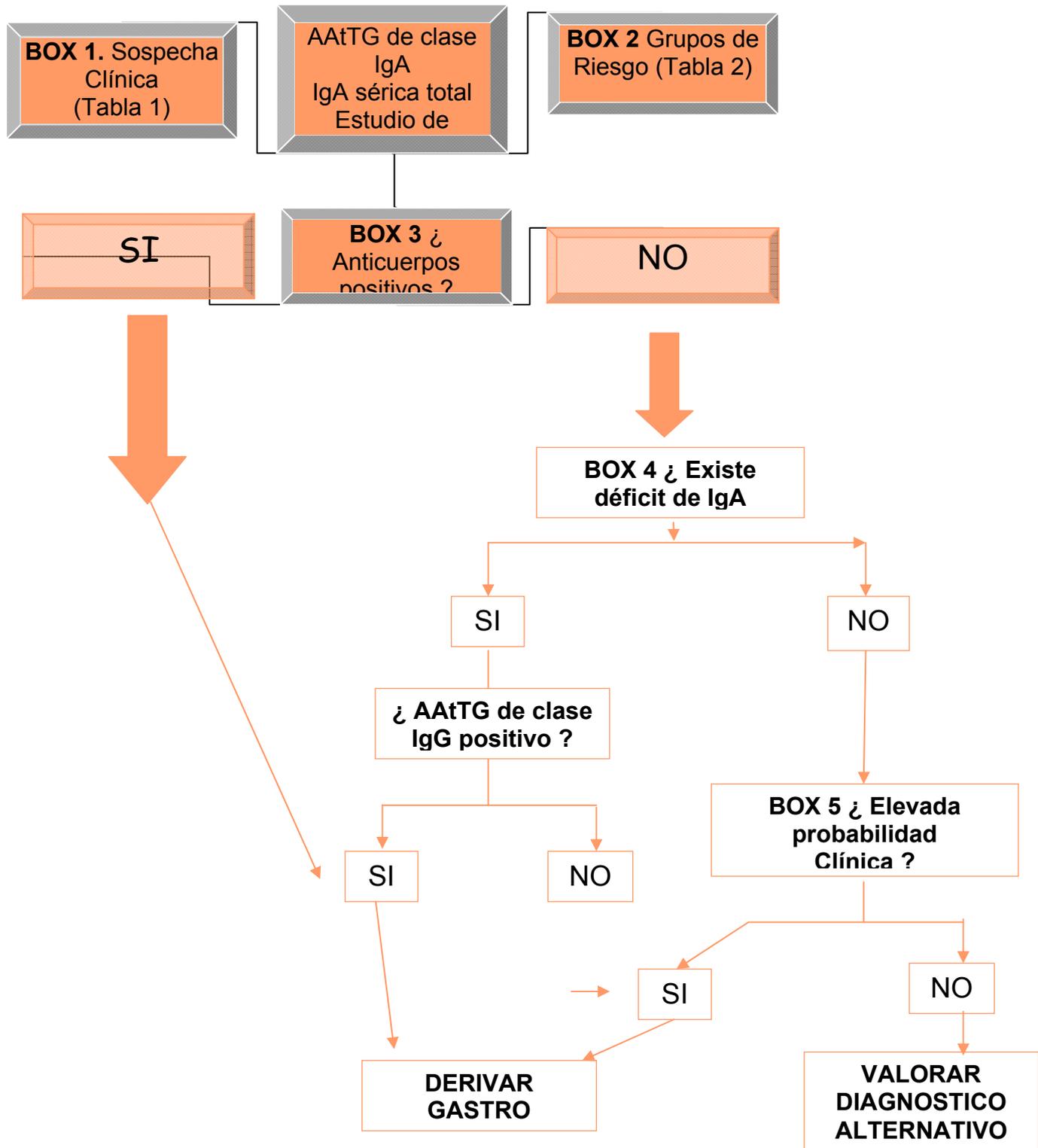
Los estudios genéticos (HLA-DQ2/DQ8) son útiles en el manejo de la enfermedad celíaca, dado que casi la totalidad de los pacientes celíacos son HLA-DQ2 o DQ8 positivos. El 90% de los pacientes con enfermedad celíaca son HLA-DQ2 positivos, mientras que sólo lo expresan un 20-30% de los individuos de la población general. El resto de pacientes celíacos poseen variantes alélicas que codifican HLA-DQ8 sin HLA-DQ2 (6% del total) o un solo alelo del HLA-DQ2. Por tanto, la ausencia de HLA-DQ2 y HLA-DQ8 hace que el diagnóstico de EC sea muy poco probable.

El estudio genético tiene, por tanto, un alto valor predictivo negativo, permitiendo excluir la EC con un 99% de certeza. Su determinación tiene utilidad clínica en alguna de las situaciones siguientes:

- Investigar la existencia de EC en pacientes con sospecha clínica bien fundada y estudio serológico negativo. Si el estudio genético es negativo, el clínico debería plantearse un diagnóstico alternativo. Sin embargo, un resultado positivo, en presencia de una serología negativa, obliga a considerar firmemente la necesidad de realizar una biopsia duodenal.
- Seleccionar individuos de alto riesgo entre familiares y pacientes con enfermedades asociadas con anticuerpos positivos y biopsia normal. Si estos pacientes son DQ2 o DQ8 positivos deben ser tributarios de un seguimiento clínico, dado que pueden desarrollar la enfermedad en una etapa ulterior.
- Investigar la susceptibilidad genética en familiares de un paciente celíaco.
- Pacientes con anticuerpos positivos que rechacen la biopsia.
- Pacientes que siguen una dieta sin gluten, sin haber sido correctamente diagnosticados de enfermedad celíaca y en los que se plantea la reintroducción del gluten.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 5 ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA EC EN ATENCIÓN PRIMARIA



Box 1. Sospecha clínica.

El índice de sospecha clínica para la enfermedad celíaca es extremadamente bajo, especialmente en la población adulta. La presentación clásica en forma de diarrea crónica con clínica de malabsorción es inusual, siendo más frecuente la presencia de síntomas poco específicos.

Box 2. Grupos de riesgo.

La probabilidad de padecer una enfermedad celíaca aumenta en determinados grupos de riesgo. Éstos incluyen primordialmente a los familiares de primer grado, determinadas enfermedades autoinmunes y algunas cromosomopatías, especialmente el síndrome de Down. El conocimiento de estos grupos de riesgo es importante dado que un estudio serológico negativo no siempre excluye con seguridad la enfermedad. En casos con alto índice de sospecha y serología negativa podría ser necesario derivar al paciente a atención especializada

Box 3. Anticuerpos positivos.

La sensibilidad de la serología es muy elevada (próxima al 100%), especialmente en personas con lesiones histológicas avanzadas (atrofia vellositaria). Por lo tanto, ante la presencia de síntomas sugestivos y serología positiva debe indicarse una biopsia intestinal.

Box 4. Déficit de IgA.

Antes de considerar una serología negativa debe tenerse en cuenta que algunos pacientes celíacos poseen un déficit de IgA y ello puede condicionar un “falso negativo” en la determinación de AAtTG. En tal caso deben solicitarse AAtTG de tipo IgG y sólo en caso negativo validar definitivamente la serología como negativa

Box 5. Actitud ante serología negativa y elevada sospecha clínica.

Recientes evidencias sugieren que la serología negativa no permite excluir con seguridad el padecimiento de la enfermedad. Ello resulta particularmente cierto en pacientes con lesiones histológicas poco avanzadas (Marsh 1). Por otro lado, el hecho de presentar alteraciones morfológicas poco relevantes (enteritis linfocítica sin atrofia vellositaria) no excluye que el enfermo presente síntomas y signos de enfermedad clínicamente relevante (astenia, flatulencia, anemia u osteopenia). Por este motivo, ante la presencia de síntomas sospechosos, especialmente en grupos de riesgo, debe considerarse la posibilidad de derivar el caso a atención especializada para una evaluación específica.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 6

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE SOSPECHA DE FQ

ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

El pediatra debe sospechar el diagnóstico y debe derivar lo antes posible al niño a un centro de referencia para realizar el diagnóstico definitivo, ya que requiere un abordaje multidisciplinario y un inicio precoz de sus cuidados. (Nivel de Evidencia III-IV, Grado de Recomendación C)

1. Recién nacidos y lactantes menores que presenten historia de:

- Ileo meconial
- Ictericia neonatal prolongada (colestásica)
- Síndrome de edema, anemia, desnutrición
- Esteatorrea, síndrome de malabsorción
- Incremento ponderal inadecuado
- Vómitos recurrentes

2. Lactantes:

- Tos y/o sibilancias recurrentes o crónicas que no mejora con tratamiento
- Neumonía recurrente o crónica
- Retardo del crecimiento
- Diarrea crónica
- Prolapso rectal
- Sabor salado de piel
- Hiponatremia e hipocloremia crónicas
- Historia familiar de FQ, o muerte en lactantes o hermanos vivos con síntomas sugerentes

3. Pre-escolar:

- Tos crónica con o sin expectoración purulenta, sin respuesta a tratamiento
- Sibilancias crónicas recurrentes inexplicadas sin respuesta a tratamiento
- Incremento deficiente de peso y talla

- Dolor abdominal recurrente
- Prolapso rectal
- Invaginación intestinal
- Diarrea crónica
- Hipocratismo digital
- Hiponatremia e hipocloremia crónicas
- Hepatomegalia o enfermedad hepática inexplicada
- Pólipos nasales

4. Escolares:

- Síntomas respiratorios crónicos inexplicados
- Pseudomona aeruginosa en secreción bronquial
- Sinusitis crónica, poliposis nasal
- Bronquiectasias
- Diarrea crónica
- Síndrome de obstrucción intestinal distal
- Pancreatitis
- Prolapso rectal, hepatomegalia

5. Adolescentes y adultos:

- Enfermedad pulmonar supurativa crónica e inexplicada
- Hipocratismo digital
- Dolor abdominal recurrente
- Pancreatitis
- Síndrome de obstrucción intestinal distal
- Cirrosis hepática e hipertensión portal
- Retardo del crecimiento
- Esterilidad masculina con azoospermia
- Disminución de la fertilidad en mujeres

Los síntomas respiratorios de la enfermedad, comienzan a manifestarse habitualmente en etapas tempranas de la vida, aunque en la mitad de los casos, el comienzo de la enfermedad pulmonar persistente, no ocurre hasta la segunda o tercera década de la vida. La enfermedad pulmonar como forma de presentación primaria de la enfermedad ocurre en aproximadamente un 40% de los casos de FQ. Las manifestaciones respiratorias de la FQ habitualmente comienzan con tos recurrente que gradualmente se transforma en persistente. En lactantes pequeños, esto puede manifestarse como episodios prolongados y recurrentes de bronquitis obstructiva con taquipnea y sibilancias.

Eventualmente la tos puede ser diaria, transformándose en productiva y a menudo paroxística. La naturaleza productiva de la tos en niños mayores, puede subestimarse ya que estos niños degluten estas secreciones. Las infecciones crónicas y la inflamación conducen progresivamente al daño tisular de la vía aérea. Otras complicaciones posteriores incluyen neumotórax espontáneo, y hemoptisis la cual puede ser masiva.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 7

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA FQ

Infertilidad en varones	95%
Insuficiencia pancreática	62,0%
Síntomas respiratorios agudos o persistentes (Infecciones respiratorias persistentes o de repetición, como neumonías; accesos de tos o sibilancias, etc)	50,5%
Retraso en el crecimiento (falta de progreso de peso y talla); pérdida de peso.	42,9%
Deposiciones anormales (abundantes y grasosas). Heces pálidas o color arcilla y con olor fétido o heces flotantes.	35,0%
Reflujo gastro-esofágico	25%
Prolapso rectal	3-20%
Íleo meconial (obstrucción intestinal en el neonato por ausencia de motilidad intestinal) en las primeras 24-48 horas de vida.	10-18%
Historia familiar (parientes enfermos).	16,8%
Colelitiasis.	12%
Diabetes Mellitus	10%
Anormalidades en los electrolitos (sodio y cloro sanguíneos).	5,4%
Enfermedades del hígado (ictericia, cirrosis)	4-5%
Pólipos nasales y sinusitis	2%
Intususcepción	1%
Otros signos y síntomas menos frecuentes: piel salada, tendencia a la fatiga, etc.	1-2%

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 8

ESTUDIO GENÉTICO EN LA FQ. ANÁLISIS DE LAS MUTACIONES DEL GEN DE LA FQ

Aunque son conocidas las limitaciones del estudio de las mutaciones de FQ, pues se conocen hoy en día cerca de 1000, éste análisis es fundamental y es recomendado en todo paciente con FQ. A pesar de las deficiencias metodológicas, se reconoce la utilidad del diagnóstico molecular para el consejo genético como único método capaz de establecer si otros miembros de la familia son portadores. En la FQ confirmada, tiene utilidad en la caracterización clínica, de severidad y en el pronóstico. En los casos de duda diagnóstica, puede ser un examen confirmatorio si se demuestra la presencia de mutación en los dos alelos.

El estudio genético es útil también para el diagnóstico precoz. Los familiares pueden estar más informados del riesgo real. Otorga la posibilidad de predecir la función pancreática, dar énfasis al soporte nutricional, utilidad en el consejo genético y único modo de establecer si otros miembros de la familia son portadores.

Para el diagnóstico de la FQ se requiere la demostración de la existencia de dos mutaciones causantes de alguno de los mecanismos básicos que alteran la función de la RTFQ.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 9 VALOR DEL TEST DEL SUDOR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA FQ

Este es uno de los aspectos más relevantes en el manejo de la enfermedad. Hay dos aspectos importantes que es necesario mejorar: el subdiagnóstico y el diagnóstico tardío de la FQ. Ambos determinan un inicio no oportuno del tratamiento, incrementándose la gravedad del daño, especialmente pulmonar y nutricional, dado que se ha demostrado que la intervención precoz mejora el pronóstico. Por lo anterior, es fundamental realizar el diagnóstico lo más precoz posible.

TEST DEL SUDOR. Examen del Cloro en sudor (Examen iontoforético del sudor; cloruros del sudor; examen del sudor)

Este es el examen fundamental para la comprobación del diagnóstico. Su solicitud debe ser hecha tan pronto como se sospeche la enfermedad. Es fiable incluso desde el primer mes de vida (Nivel de Evidencia Ia, Grado de Recomendación A). Siempre hay que tener en cuenta que una prueba del sudor negativa no excluye completamente el diagnóstico.

La técnica estándar es la de Gibson y Cooke, que consiste en recolección del sudor inducida por iontoforesis con pilocarpina, midiendo el cloro con cloridómetro digital. Una técnica alternativa, de buen rendimiento, considerada de cribaje, es la toma de muestra con sistema Macroduct® y medición del cloruro de sodio a través de conductividad.

El test del sudor con pilocarpina es considerado como el Gold Standard para el diagnóstico de la FQ. Cualquier otro test debe ser comparado con éste. Solamente el 1% de los pacientes con FQ tienen test del sudor normal y se relacionan con mutaciones raras e infrecuentes.

Es de importancia que los laboratorios que realicen el examen estén debidamente acreditados y cumplan con criterios de estandarización del método. Ante un mal procesamiento de la muestra la posibilidad de falsos positivos o negativos es alta. La hipoproteinemia y el uso de corticoides bajan los niveles de sodio.

Valores de Referencia según la técnica de Gibson y Cooke

Valores	Resultado	Conducta a seguir
Cloro > 60 mEq/L	Positivo	El test debe repetirse para certificar el diagnóstico
Cloro 40 a 60 mEq/L	Dudoso	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir el test. En caso de duda, frente a una alta sospecha clínica, debe derivarse al especialista. • Si se dispone de estudio genético está indicado hacerlo
Cloro < 40 mEq/L	Negativo	En términos generales descarta diagnóstico. Ante fuerte sospecha clínica, reevaluar por especialista

Valores de Referencia según la técnica de Macroduct más Conductividad

Valores	Resultado	Conducta a seguir
> 80 Eq NaCl mmol/L	Positivo	Confirmar diagnóstico con la técnica de Gibson y Cooke
50 a 80 Eq NaCl mmol/L	Dudoso	Repetir test con técnica de Gibson y Cooke
< 50 Eq NaCl mmol/L	Negativo	En términos generales descarta diagnóstico. Ante fuerte sospecha clínica, reevaluar por especialista

Se debe tener presente que puede haber valores **falsos negativos** por:

- Falla técnica
- Primer mes de vida
- Edema e hipoproteinemia

A quienes se debe practicar test del sudor:

Debido a que la presentación clínica de esta enfermedad es muy variada, es necesario hacer una mejor selección de los pacientes derivados para estudio que la utilizada hasta la fecha. En 1995, la OMS publicó criterios de sospecha diagnóstica de FQ según las distintas edades. Basándose en estos criterios se establecieron los siguientes criterios de realización:

- Neumonía a repetición (2 o más)
- Síndrome bronquial obstructivo refractario a tratamiento o persistente
- Tos crónica de causa no precisada
- Diarrea crónica, esteatorrea
- Desnutrición crónica
- Edema e hipoproteinemia en el lactante
- Íleo meconial
- Prolapso rectal
- Ictericia neonatal prolongada
- Obstrucción intestinal distal
- Hepatomegalia y/o enfermedad hepática inexplicadas
- Hermano con diagnóstico de FQ
- Hermano fallecido por causa respiratoria
- Imágenes radiológicas intersticiales o retículo-nodulares persistentes o crónicas
- Bronquiectasias
- Hipocratismo digital
- Presencia de Pseudomonas Aeruginosa o Staphylococcus Aureus en esputo, a cualquier edad

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 10

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA FQ

<p>1) Presencia de uno o más criterios clínicos:</p> <p>JUNTO CON:</p>	<ul style="list-style-type: none">- Uno o más rasgos fenotípicos.- Historia familiar de FQ (hermanos o primos).- Test de cribado neonatal positivo (TIR).
<p>2) Positividad de una o más pruebas complementarias. Evidencia de disfunción del CFTR demostrada por:</p>	<ul style="list-style-type: none">- Test de sudor por iontoforesis positivo en dos ocasiones.- Alteración en la diferencia de potencial nasal.- Identificación de dos mutaciones en el gen RTFQ.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 11 CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS COMPATIBLES CON FQ

<p>Enfermedad respiratoria</p>	<p>Tos y expectoración crónica.</p> <p>Obstrucción crónica bronquial.</p> <p>Acropaquias.</p> <p>Poliposis nasal.</p> <p>Alteraciones radiológicas: bronquiectasias,atelectasias, infiltrados alveolares, hiperinsuflación,alteraciones de los senos paranasales.</p> <p>Colonización persistente por <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> o <i>Burkholderia cepacia</i>.</p>
<p>Enfermedad digestiva</p>	<p>Íleo meconial, prolapso rectal, obstrucción intestinal.</p> <p>Pancreatitis recurrente, insuficiencia pancreática.</p> <p>Hepatopatía crónica con histología de cirrosis biliar focal o multilobular.</p> <p>Retraso de crecimiento, hipoproteinemia y edemas, déficit de vitaminas liposolubles.</p>
<p>Alteración urogenital</p>	<p>Azoospermia obstructiva por ausencia bilateral de conductos deferentes.</p>
<p>Alteración iónica</p>	<p>Pérdida aguda de sal; alcalosis metabólica crónica</p>

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 12

OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE LA FQ

Concentración sérica de tripsina inmunorreactiva (TIR)

Esta determinación se utiliza desde principios de los años setenta del siglo pasado. Los niveles en suero de tripsina inmunorreactiva son más altos en los recién nacidos con FQ que en aquellos que no están afectados por la enfermedad. Esto puede ser debido al bloqueo de los conductos pancreáticos exocrinos. La determinación se realiza mediante el análisis en sangre seca recogida en tira de Guthrie. La detección puede realizarse mediante técnicas de radioinmunoensayo (RIA), inmunofluorescencia a tiempo retardado (DELFA) o enzimoimmunoensayo (ELISA). Dependiendo del método utilizado los valores obtenidos pueden tener diferentes interpretaciones en cuanto a las cifras de normalidad. Con el DELFA se consideran normal la concentración por debajo de 60 ng/ml. Los resultados falsos positivos de esta determinación pueden ser debidos a la raza, el estado de portador o el nivel de salud perinatal. En cuanto a los falsos negativos se ven influenciados por la edad de realización de la prueba y por la presencia de íleo meconial.

Las mediciones de dicho enzima, junto con la prueba del sudor y el análisis de las mutaciones, constituyen la base de los programas de detección selectiva de FQ en los recién nacidos que se efectúan en muchas partes del mundo.

Estudio de la diferencia de potencial nasal transepitelial

La composición electrolítica del líquido periepitelial viene determinada por la capacidad de las células epiteliales de transportar iones, como el cloro y el sodio, generando una diferencia de potencial transepitelial que puede medirse *in vivo* en la mucosa nasal (DPN). La medición de este potencial permite establecer un patrón de anormalidad en pacientes con FQ, como consecuencia del aumento en la reabsorción de sodio que lo hace más electronegativo, existiendo escaso solapamiento con los valores observados en la población sana (media DPN en la FQ: 46 mV; frente a DPN en la población sana: 19 mV). Esta prueba se utiliza, cuando los resultados obtenidos con las otras no son concluyentes. El estudio se realiza tras la perfusión del epitelio nasal con diferentes sustancias como amiloride y/o isoproterenol. Es una técnica laboriosa y delicada por ello, aunque es una prueba muy fiable y sensible, su indicación estaría restringida a los pacientes en quienes existen dificultades para establecer el diagnóstico de FQ mediante la prueba del sudor y/o estudio genético.

Otras Pruebas

- Excrección fecal de grasa
- Pruebas Radiológicas
- Medición de la función pancreática
- Pruebas de Función Pulmonar

ACTIVIDADES RECOMENDADAS EN ENFERMEDAD CELÍACA Y FIBROSIS QUÍSTICA

ANEXO 13 MODELOS DE ATENCIÓN EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ordenador de Recursos

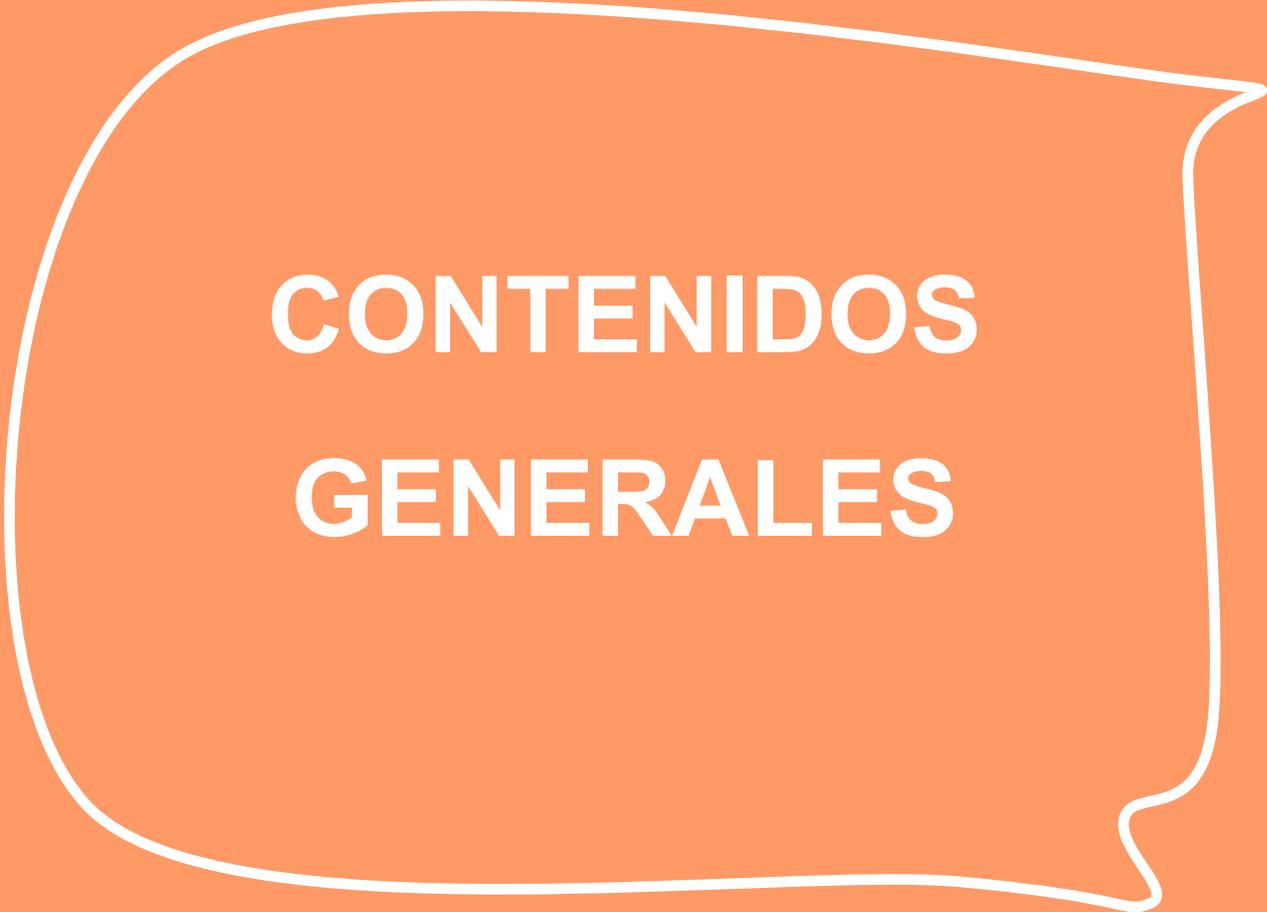
Un pediatra “Ordenador de Recursos”, debe conocer, a fondo, aquellas herramientas con que cuenta en su área de influencia. Esto, le permitirá poder ofertar en cada momento a sus pacientes posibles opciones de atención y a ser posible hacerlos copartícipes en la toma de decisiones. En este modelo, el paciente y su familia deben ser atendidos por múltiples especialistas de diferentes sectores, pero es el profesional de la atención primaria el que por su cercanía a la familia establece la función de coordinador de la asistencia. Es fundamental, no sólo conocer los recursos del área de influencia, sino también potenciar documentos que circulen entre los diferentes profesionales, donde se plasmen las actuaciones de los mismos y sirvan de historia clínica circulante del paciente. La cartilla de salud infantil, tan infrutilizada en nuestro medio, es una muestra de ese tipo de documento. Los pacientes con discapacidades psiconeurosensoriales pueden ser un ejemplo de este tipo de atención. Uno de los objetivos fundamentales de la coordinación sería el logro del “acto único” (el paciente es revisado en la misma fecha por diferentes profesionales)

Pediatra Gestor Principal de la Atención

En esta situación, el pediatra de atención primaria se responsabiliza de la base asistencial del paciente en cuanto a su proceso crónico, lo diagnostica, controla, educa y trata. No obstante, existen momentos puntuales del seguimiento, bien por mala evolución clínica o necesidad de pruebas complementarias no disponibles Atención Primaria, en las que precisa apoyo de otros niveles asistenciales. Para todo ello, precisará una actualización completa en múltiples disciplinas, deberá dedicar más tiempo a estos pacientes con necesidades especiales de atención a su salud y establecer con diferentes especialistas protocolos conjuntos de actuación y planes específicos de derivación. Un ejemplo de este tipo de modelo es la atención al paciente asmático o al paciente con EC

Pediatra Gestor Secundario de la Atención

En este caso, un especialista o grupo de especialistas en caso de enfermedades complejas, marca la pauta del seguimiento, estableciendo una serie de controles y pautas terapéuticas en las que el pediatra o los profesionales de Atención Primaria, colabora desde su nivel asistencial. Los procesos complejos requieren una participación de múltiples profesionales de diferentes sectores. La especialización de la asistencia requiere la creación de Unidades específicas. Su composición y el tipo de actuaciones que va a realizar con lleva que estas Unidades se establezcan en el ámbito hospitalario. La coordinación y dirección de dicha Unidad, será la que plantee la colaboración del resto de niveles para el correcto seguimiento de los pacientes. El ejemplo paradigmático de este tipo de atención es la fibrosis quística. La creación de las Unidades se relaciona directamente con la evolución histórica de la enfermedad.



**CONTENIDOS
GENERALES**

METODOLOGIA DEL CONSEJO

Población diana

- Cualquier niño o niña, adolescente o adulto relacionado con ellos y objeto de nuestra atención profesional.

Entornos

- Consulta en Centro de Salud.
- Entornos de relación educativo y social.

Periodicidad

A propósito de cualquier motivo de consulta relacionada.

Los consejos sobre estilos de vida saludables, tendrán como finalidad, propiciar el conocimiento de las conductas más saludables en la población atendida, de forma que lleven a un cambio de estilo de vida, cambio que se lograra tras sucesivas intervenciones y que llevara a una mejora de la salud.

Reducir la variabilidad de estas recomendaciones e intervenciones, que los profesionales sanitarios realizamos y ponemos en marcha, debe ser uno de nuestros objetivos, ya que los profesionales sanitarios nos encontramos en una situación privilegiada para dar consejos sobre la salud a las personas que atendemos propiciando cambios, pero la efectividad de estos no sólo será fruto de nuestra buena voluntad si no de la metodología que empleemos y de la continuidad de los mismos.

Para fomentar la adopción de comportamientos saludables que lleven a un cambio en la situación de salud, no podemos dejar de tener en cuenta que las personas deben poseer la información de *qué hacer, para qué y cómo hacerlo*. Así mismo el personal sanitario debe conocer el potencial que cada persona posee para la adquisición de nuevas formas de comportamientos en la gestión de autocuidados de salud. Por ello consideramos que no podemos pasar por alto una buena valoración del niño/a y el tándem que forma este/a con sus responsables directos de cuidados. En esta valoración sería deseable que el profesional captara la capacidad, los conocimientos y la voluntad para asumir el "consejo", sí queremos que este se convierta en un método eficiente de comunicación que propicie la adquisición de conductas protectoras y la modificación de comportamientos no saludables.

Con esto estamos apelando a que los términos educación para la salud e información no comparten el mismo significado, *informar no es educar*, y el hecho de ofrecer un apoyo técnico o un consejo de experto no es suficiente para la eficacia de nuestras acciones y es por ello que determinadas técnicas y habilidades de comunicación harán nuestras relaciones más gratificantes y efectivas, como es el uso de la Entrevista Motivacional y la Relación de Ayuda.

Entrevista motivacional: escuchar reflexivamente, expresar nuestra aceptación, obteniendo y reforzando selectivamente las propias “declaraciones de auto motivación” son las características y el origen de la eficacia de la entrevista motivacional (EM). Es una aproximación destinada a ayudar a las personas a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar.

La Relación de ayuda: tomando como referente a Carl Rogers (1961): “Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada...”. El terapeuta crea un ambiente facilitador, en el que la persona se sienta segura y amparada. Con una aceptación incondicional, una relación de autenticidad y una escucha empática, para crear una actitud de cambio, todo mediante la trasmisión verbal.

- Comunicación consistente en dos lenguajes: el lenguaje de hablar y el de escuchar
- Dar el protagonismo a las personas
- Aportar nuestros conocimientos, para conseguir poner a la persona en situación de que pueda ejercer su derecho a la salud
- No decidir por ella, pero sí ponernos en su lugar y aportar todos los medios que favorezcan la mejor decisión.

Tendremos que tener en cuenta Conceptos tales como la

- **Información:** se da en un ahora y aquí.
- **Educación:** búsqueda del cambio de conducta y creencias basadas en una relación humana donde influyen elementos como la imitación, identificación y persuasión.
- **Y elementos** en la participación de la entrevista: menores y acompañante/es basándonos en el aprendizaje significativo, relacionado con la exploración de las experiencias y conocimientos previos sobre el tema, siendo fundamental que los objetivos del cambio sean asequibles y no “utopías”, preferible pequeños pasos. Aunque llegado un momento en que no haya acuerdo y/o discrepancias nos será de utilidad el uso de la negociación como elemento fundamental que comparte la responsabilidad del proceso terapéutico y preventivo con el niño y sus padres. En la negociación también es importante clarificación de los objetivos, y calendarización de actividades/modificaciones y control siguiente.
- Podemos decir que la clave del éxito será la respuesta evaluativa (solicitar la opinión del usuario para conocer sus creencias e intereses) en lugar de la justificativa (profesional autoritario que centra la atención, no en la persona, sino en sí mismo).

Habilidades profesionales para facilitar la participación rutinaria del niño/a o los padres:

- **Incluir al menor, de forma verbal o no verbal (mirarlo, contactar con él...), en la entrevista.** Juan, y tu ¿qué nos cuentas? ¿que piensas de lo que dice tu padre?
- **Compartir los razonamientos: las ideas, los dilemas que tenemos....** “en mi experiencia, podría haber varias explicaciones para esta tos. Pienso que se podrían hacer varias cosas... ¿tiene usted alguna otra idea?”... exponer las dudas. Sinceridad.
- **Decir lo que esperamos que ocurra:** los resultados que esperamos de la actuación que proponemos. “Pienso que si te vas antes a dormir, te vas a encontrar menos cansado”.
- **Ofrecer alternativas.** Animar a los pacientes a tomar decisiones y a elegir. ¿Qué prefieres: ir a natación o ir caminando al colegio?
- **Implicar al menor o padres con sugerencias en vez de mandatos.** “Para tratar de adelgazar lo primero que nos recomiendan los expertos es ver menos televisión y hacer más ejercicio”.
- **Animar a que contribuyan con sus ideas, sus sugerencias y sus preferencias.** “Tú, ¿cómo ves esto de adelgazar? “Miguel ¿cómo podrías hacer más ejercicio?
- **Solicitar la opinión del menor o en su caso el cuidador/a** para conocer sus creencias, intereses.

Al conocer este posicionamiento, podemos reconvertirlo o llegar a acuerdos siendo fundamental dominar el clima emocional (no sentirse atacado, ofendido). Esta forma de abordaje requiere un entrenamiento y de forma práctica puede ejemplificarse de la siguiente forma en una entrevista: ¿cuál es el problema desde su punto de vista?, ¿qué cree que deberíamos hacer?, ¿alguna sugerencia más?...

El mensaje unidireccional es autolimitado en su efecto, pero la suma de estrategias aumenta la efectividad del mismo (consejo individual, material escrito, audiovisual, reuniones de grupo, recursos de la comunidad).

Herramientas para la comunicación

- Dar la información clínica de forma comprensible, estructurada y entretenida incluyendo a los niños en la conversación. Utilizar su propio lenguaje

Se recuerda mejor lo que se menciona en primer lugar, lo que está relacionado con conocimientos previos y lo que entendemos como verdaderamente importante para la salud.

- Que el menor o adolescente participe en la relación clínica, es preciso considerarlo un participante sensible, inteligente, capaz y cooperador, con sus propias necesidades cognitivas y emocionales.

El uso de técnicas de acomodación del acompañante habitual del menor.

- Autorresponsabilidad de su propia salud (en este punto se puede hacer necesaria la negociación)

Mención especial merece el grupo de adolescentes, cuya población es especialmente apropiada para intervenciones motivacionales cortas en las consultas de atención primaria cuya morbilidad está relacionada con factores sociales y conductuales. Se requerirá el seguimiento de unas recomendaciones metodológicas tales como:

- Asegurar que la persona entienda la relación entre comportamiento y salud.
- Implicación de los sujetos en la identificación de los factores de riesgo y de protección.
- Ser modelo adecuado de comportamiento.
- Seguimiento continuo de los progresos.
- Implicación emocional del equipo de salud.

Principios fundamentales de la conducta motivacional

El éxito para una modificación de conducta estriba en que la persona comparta un proyecto, una manera nueva de imaginarse.

El modelo de Prochaska y Diclemente (1986 y 1992), (modelo transteórico de etapas del cambio), es el modelo más utilizado para cambios en los hábitos de vida.

Este modelo nos propone una serie de etapas (Tabla 1) que nos predisponen en mayor o menor medida al cambio de hábitos. La persona pasara por las distintas etapas hasta que el cambio se propicie y la intervención del profesional y los objetivos que se proponga, dependerán de la etapa en que se encuentre la persona atendida, ya que deberá adaptarse de forma individualizada.

Tabla 1. Adaptado del Modelo transteórico de etapas del cambio

(Prochaska y Diclemente)

<p>DE PRECONTEMPLACIÓN</p>	<p>La persona no cree en el cambio de conducta: tiene hábitos de vida perjudiciales para la salud y no se plantea modificarlos.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - empatizar: aceptación incondicional sin juzgar, criticar o culpabilizar, la aceptación facilitara el cambio - Identificar prioridades, preferencias y posibles vías para el cambio
<p>DE CONTEMPLACIÓN</p>	<p>La persona siente interés por la modificación de conducta: tiene hábitos de vida perjudiciales para la salud, cree que debería modificarlos, pero no se decide ni se plantea modificarlos a medio plazo (en los próximos 6 meses).</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforzar la motivación para llegar al cambio
<p>DE PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN</p>	<p>La persona decide efectuar el cambio: tiene hábitos de vida perjudiciales para la salud, y ha tomado la decisión de modificarlos en este momento a corto plazo (1 mes)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inicio de acciones e identificar factores limitadores y facilitadores del cambio de conducta
<p>DE ACCIÓN</p>	<p>La persona ha adquirido hábitos saludables: riesgo de recaídas</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reforzar las habilidades de afrontamiento
<p>DE MANTENIMIENTO</p>	<p>La persona ha dejado los hábitos perjudiciales hace mas de 6 meses: alta probabilidad de que el nuevo cambio se convierta en estilo de vida</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reforzar para evitar retroceso. Minimizar los efectos negativos del cambio

LA FAMILIA COMO ESPACIO EDUCATIVO Y DE CRECIMIENTO SALUDABLE

El presente capítulo se presenta como un tema de consulta para los profesionales que manejen esta guía, por ello se encuadra en epígrafes que pueden ayudar a establecer una relación terapéutica con las familias de los menores que acuden a nuestros centros.

Cambios sociales de la familia española en la segunda mitad del s XX (primera transición familiar) hasta la familia plural y diversa del s XXI (segunda transición)

Cambios demográficos.

- Disminución la tasa de natalidad.
- Aumento de la edad de la primera maternidad.
- Aumento de la esperanza de vida, lo que permite una mayor coexistencia de generaciones entre ellas.
- Disminución de la nupcialidad y aumento la edad del primer matrimonio, lo que repercute en la formación de otro tipo de familias.
- Aumento del número de divorcios que también repercute en la formación de nuevos tipos de familia.
- Procesos migratorios que nos traen formas de familias que ya habíamos perdido (Varias generaciones conviviendo en el mismo domicilio).

Cambios sociales que están afectando al funcionamiento familiar

- Las funciones tradicionales de la familia son asumidas ahora por instituciones sociales.
- El aumento de la autonomía de la mujer dificulta la conciliación de la vida laboral y familiar. Sin embargo esta situación no ha logrado un nivel de paridad y de simetría entre los espacios intrafamiliares y extrafamiliares de ambos sexos.
- Autonomía creciente del individuo. Se constata una creciente conciencia y consideración del ser humano como individuo, sujeto de derechos, de autonomía y libertad personal.
- Pérdida de vínculos familiares o crisis del vínculo social (desafiliación familiar)

Estas transformaciones sociales han propiciado el desarrollo de reformas legislativas que las regulen: igualdad entre hombres y mujeres, el divorcio, la conciliación entre vida laboral y familiar...

Características funcionales en las familias sanas

(Tomado de Zigman de Galperin, 1996)

En general el funcionamiento familiar incluye los siguientes aspectos:

- Cada uno de sus miembros se siente integrado, pero sin dejar de ser uno mismo.
- Cada miembro es respetado por sus propias características.
- El clima emocional suele ser positivo y espontáneo. Son capaces de compartir tanto lo bueno como lo doloroso.
- Los límites internos y externos son claros. Se respeta la intimidad de cada miembro, lo cual no va en contra de conocer los proyectos, las preocupaciones y las personas significativas de cada uno de ellos.
- Cada progenitor ha logrado separarse de su sistema familiar de origen y favorece que sus hijos se independicen progresivamente.
- Se superan de forma natural las etapas del ciclo vital. A medida que los hijos e hijas crecen van tomando su propio rumbo y aunque mantienen el vínculo con sus propios padres, viven su propia vida.

Los progenitores son capaces de:

- Dar un buen soporte emocional y estimulan la individualidad y la autonomía de sus hijos e hijas.
- Alentar el crecimiento y la realización personal de sus hijos e hijas.

Ambos miembros de la pareja son capaces de:

- apoyarse mutuamente en su función parental.
- Fortalecer de forma saludable su vínculo como pareja.
- Mantener un buen equilibrio entre su espacio individual y el espacio para el encuentro familiar.
- No involucrar a los hijos en sus dificultades como pareja.

La comunicación familiar:

- Está basada en el diálogo, que implica escuchar y ser escuchado, para poder tener en cuenta el punto de vista del otro.
- Es fluida y abierta y se realiza con mensajes claros.
- Se permiten expresar puntos de vista y sentimientos propios que son diferentes a los de otras personas de la familia.
- Se evitan los secretos porque sus miembros pueden comunicarse abiertamente.
- Los mitos familiares se modifican en función de los requerimientos de la realidad cambiante.

Características que contribuyen al éxito en las familias reconstituidas

(Tomado de Visher y Visher, 1993)

- Realizan una buena adaptación al presente porque han elaborado el duelo de las pérdidas al desprenderse del pasado.
- Intentan no duplicar la familia anterior en el convencimiento de que la nueva familia será diferente de la anterior.
- La pareja consigue encontrar tiempo para ellos desarrollando así una pareja fuerte y unida sin olvidar que la relación del progenitor con sus hijos es una relación anterior y por tanto más antigua que la relación de la nueva pareja.
- Continúan manteniendo las tradiciones que se consideran importantes en el pasado y al mismo tiempo son capaces de establecer nuevos rituales e introducir nuevas costumbres en función de la evolución de la nueva familia.
- La pareja del progenitor asume paulatinamente su introducción en el nuevo sistema familiar, desarrollando una relación amistosa con los hijos de este, antes de llevar a cabo funciones normativas. No obstante si los hijos son muy pequeños, el padrastro/madrastra podrá ejercer más fácilmente un rol más parental.
- La pareja consensua las funciones normativas aunque la mayor responsabilidad corresponde al progenitor biológico.
- Los adultos de ambos hogares separados son capaces de cooperar mutuamente y de involucrarse adecuadamente, dando cuidado y apoyo a los hijos e hijas.

Algunas características de las familias disfuncionales

(Tomado de Zigman de Galperin, 1996)

- El poder es muy rígido, inflexible y monopolizado en un progenitor, siendo reconocido éste como el dominante y el otro como débil o sumiso. En ocasiones hay luchas por el poder entre ambos progenitores intentando involucrar a los hijos.
- Se producen coaliciones intergeneracionales perversas, vinculándose de forma excesiva con uno o varios hijos.
- Aparecen roles y contra-roles muy rígidos y polarizados, del tipo dominante-sometido, competente-incompetente...
- Los límites no están claros entre padres e hijos, se confunde quien es quien en esa familia y cuál es el lugar de cada uno.
- La comunicación entre los miembros es confusa y paradójica, emitiendo mensajes contradictorios.
- No se favorece la individuación de sus miembros por lo que el grado de autonomía es bajo.
- La rigidez del sistema familiar genera dificultad en aceptar cambios, separaciones y pérdidas.

Estilos educativos y familia

(Tomado de Cecilia Ruiz y Manuel Esteban, 1999)

Dimensiones básicas de las pautas educativas:

- **Grado de control.** Los progenitores influyen en los comportamientos de los hijos e hijas e intentan inculcarles determinados estándares con mayor o menor flexibilidad.
- **Comunicación.** Los progenitores con alto nivel de comunicación son los que suelen explicar las razones de sus acciones, dando argumentos y razonamientos y además, permiten que cada niña o niño exprese sus opiniones.
- **Exigencia de madurez.** Los padres con alto nivel de exigencia de madurez presionan al hijo a que sea autónomo y tome decisiones por sí mismo. Los padres con bajo nivel de exigencia subestiman las competencias del hijo y creen que no son capaces de realizar una determinada tarea.

- **Afecto en la relación.** Grado en que los progenitores expresan interés y afecto explícitos por las necesidades emocionales de cada hija o hijo y se muestran sensibles a éstas.

Las diversas combinaciones posibles de estas cuatro dimensiones dan lugar a distintos estilos educativos

- **Estilo autoritario.** Progenitores con altos niveles de control y exigencias de madurez y bajos niveles de comunicación y afecto explícito. Ponen muchas normas a sus hijos y exigen obediencia estricta.
- **Estilo permisivo.** Progenitores con altos niveles de afecto y comunicación y bajos niveles de control y exigencias de madurez. Son capaces de mostrar afecto pero poniendo pocos límites. El comportamiento del hijo merece, para estos padres, una actitud general positiva. Manifiestan una aceptación de las conductas, deseos e impulsos de sus hijos y utilizan poco el castigo.
- **Estilo democrático.** Existen altos niveles en las cuatro dimensiones: comunicación, afecto, control y exigencias de madurez. Los progenitores establecen reglas claras y adecuadas y pueden utilizar el castigo pero apoyándolo en el razonamiento. Tienen en cuenta los derechos y deberes del hijo. Manejan una comunicación abierta y frecuente. Tienden a ser directivos en las actividades del hijo. Aunque controlan y dirigen al hijo, sin embargo tienen en cuenta sus sentimientos y puntos de vista. Son padres con capacidad afectuosa pero no son indulgentes.
- **Estilo indiferente.** Cuando coexisten bajos niveles en las cuatro dimensiones. Los vínculos de apego son de baja intensidad. Presentan una cierta indiferencia hacia la conducta del hijo. Este tipo de progenitores dan poco al hijo, pero también le exigen poco. No imponen normas para cumplir y tampoco manifiestan afecto hacia sus hijos.

Consideraciones a tener en cuenta desde nuestra actividad diaria.

- La forma de familia no es el principal determinante de lo que ocurra dentro de la misma.
- Lo importante es observar el proceso que se desarrolla entre los miembros del grupo familiar, esto es lo que puede determinar la calidad de la relación familiar y la manera como los hijos puedan convertirse en seres humanos saludables y creativos.
- Todos los modelos familiares pueden ofrecer espacios de desarrollo parecidos, lo importante es tener en cuenta la forma de funcionamiento familiar y el estilo educativo de la misma.

- Debemos observar y señalar en la historia de salud cualquier rasgo que haga sospechar una disfuncionalidad familiar que comprometa el bienestar del menor.
- Ante la sospecha de una disfunción familiar que comprometa el bienestar del menor, teniendo como referencia los Criterios de Riesgo Social en la Infancia señalados en el capítulo de Valoración Social de esta guía, deben coordinarse con el/la Trabajador/a Social Sanitario perteneciente del centro. Este profesional realizará la valoración socio familiar y propondrá el oportuno Plan de Actuación Social Sanitario, si fuera preciso.

**PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA EN EL
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE LA SALUD INFANTIL Y
ADOLESCENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA
(GUÍA PARA PROFESIONALES)**

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN.....	486
2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	489
3. FICHAS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL-ADOLESCENTE Y SU ESTIMULACIÓN	491
4. GUÍAS TEMÁTICAS	492
4.1 Guías temáticas para todas las familias.....	492
4.2 Guías temáticas para situaciones específicas	493
5. SESIONES GRUPALES	493
Algunas consideraciones metodológicas para el trabajo en grupo	495
6. ANEXO A: IDEAS FUNDAMENTALES DE CADA FICHA SOBRE EL DESARROLLO Y SU ESTIMULACIÓN PARA TRABAJAR CON LOS PADRES Y LAS MADRES	497
Ficha “Del primer al segundo mes de vida”	497
Ficha “Del segundo al cuarto mes de vida”	498
Ficha “Del cuarto al sexto mes de vida”	499
Ficha “Del sexto mes de vida al primer cumpleaños”	500
Ficha “Del primer año a los quince meses”	502
Ficha “De los quince meses al segundo cumpleaños”	503
Ficha “De los dos a los cuatro años”	504
Ficha “De los cuatro a los seis años”	505
Ficha “De los seis a los diez años”	506
Ficha “Adolescencia. De los diez a los diecisiete años”	507

7. ANEXO B: IDEAS FUNDAMENTALES DE CADA GUÍA TEMÁTICA PARA TRABAJAR CON LAS MADRES Y LOS PADRES 509

Guía “Bebé a bordo: una nueva vida familiar”	509
Guía “La estimulación del desarrollo”	510
Guía “Cómo establecer un buen apego”	511
Guía “El logro de la autonomía”	511
Guía “El arte de educar”	512
Guía “Aprender y divertirse al salir de clase”	513
Guía “Llegó la adolescencia”	514
Guía específica para familias en proceso de separación.....	514
Guía específica para Familias combinadas o reconstituidas	515
Guía específica para familias homoparentales.....	516
Guía específica “Bebés con necesidades especiales”	517

8. ANEXO C: ACTIVIDADES Y OBJETIVOS GENERALES DE LAS SESIONES GRUPALES.....519

Sesión grupal 1 “Nueva vida familiar”	519
Sesión grupal 2 “Nuestro bebé: Adaptación y vínculo de apego”	519
Sesión grupal 3 “Cómo estimular el desarrollo infantil”	520
Sesión grupal 4 “El arte de educar”	520
Sesión grupal 5 “La llegada de la adolescencia”	522

1. PRESENTACIÓN

Este documento se integra en el proyecto “Evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz”, que incluye entre sus objetivos prioritarios el de apoyar a los profesionales sanitarios en la promoción de la parentalidad positiva, en el marco del programa de seguimiento de la salud infantil y adolescente.

Apoyados en el convencimiento de que la familia es el contexto natural por excelencia en el que se cubren gran parte de las necesidades básicas, tanto de niños y niñas como de chicos y chicas adolescentes, se han diseñado un conjunto de materiales que pueden ser utilizados por profesionales sanitarios con padres y madres que tengan hijos e hijas de entre 0 y 14 años, y que sean usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz, en el marco del programa de seguimiento de la salud infantil y adolescente. Con estos materiales se pretende contribuir a la formación y el apoyo a los padres y a las madres a fin de optimizar su ejercicio del rol parental y, con ello, garantizar la protección y el adecuado desarrollo de los y las menores andaluces.

En esta guía se describen los materiales diseñados y se ofrecen a los profesionales sanitarios algunas orientaciones para su utilización. Concretamente, se describen tres tipos de materiales:

- **Fichas sobre el desarrollo infantil-adolescente y su estimulación.** Fichas breves con información sobre el desarrollo infantil-adolescente a distintas edades y con pautas para su estimulación.
- **Guías temáticas.** Documentos que profundizan en aspectos relevantes para el ejercicio de la parentalidad positiva.
- **Sesiones grupales.** Actividades diseñadas para ser desarrolladas en grupos de madres y padres, en las que se tratan contenidos de especial relevancia para el ejercicio de la parentalidad positiva.

La tabla que se presenta a continuación contiene el calendario de visitas establecidas en el programa de seguimiento de la salud infantil y adolescente, así como una propuesta de cuándo utilizar los distintos materiales. No obstante, esta propuesta debe ser entendida con flexibilidad, de forma que la decisión última sobre su utilización debe ser tomada por cada profesional para que se ajuste a las características y necesidades de cada familia y su seguimiento desde la institución sanitaria.

VISITA	CARÁCTER	MATERIAL DE APOYO AL PROFESIONAL	MATERIAL ENTREGADO A PADRES Y MADRES	
			Fichas de desarrollo	Guías temáticas
1 mes	Individual	Guía para profesionales	Del primer al segundo mes de vida	Bebé a bordo: una nueva vida familiar (0-2 años)
2 meses	Grupal	Manual sesión grupal 1		
2 meses	Individual	Guía para profesionales	Del segundo al cuarto mes de vida	La estimulación del desarrollo (0-2 años) Cómo establecer un buen apego (0-2 años)
3-4 meses	Grupal	Manual sesión grupal 2		
4 meses	Individual	Guía para profesionales	Del cuarto al sexto mes de vida	
6 meses	Individual	Guía para profesionales	Del sexto mes de vida al primer cumpleaños	
8-9 meses	Grupal	Manual sesión grupal 3		
8-10 meses	Domiciliaria			
	Individual			
12 meses	Individual	Guía para profesionales	Del primer año a los quince meses	
12-15 meses	Individual	Guía para profesionales	De los quince meses al segundo cumpleaños	
2 años	Individual	Guía para profesionales	De los dos a los cuatro años	El logro de la autonomía (2-4 años)
2-4 años	Grupal	Manual sesión grupal 4		El arte de educar

4 años	Individual	Guía para profesionales	De los cuatro a los seis años	
6 años	Individual	Guía para profesionales	De los seis a los diez años	Aprender y divertirse al salir de clase (6-12 años)
10-12 años	Individual	Guía para profesionales	Adolescencia. De los diez a los diecisiete años	Llegó la adolescencia
10-12 años	Grupal	Manual sesión grupal 5		
En función de la necesidad (cualquier visita)				<p>Familias en proceso de separación</p> <p>Familias reconstituidas</p> <p>Familias homoparentales</p> <p>Bebés con necesidades especiales</p>

Previamente a la descripción de los materiales, se ofrecen algunas consideraciones metodológicas que deben tenerse en cuenta de cara a la intervención con madres y padres.

2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Los materiales que se describen en los siguientes apartados de esta guía se enmarcan dentro de las propuestas de intervención familiar de carácter psico-educativo, es decir, de propuestas en las que lo más destacable es su carácter formativo y educativo. Se trata de *ofrecer a los padres y a las madres oportunidades para la reflexión, el aprendizaje y el desarrollo, con objeto de optimizar su desempeño parental.*

En este marco de actuación, *las y los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental: mantienen contacto con la población general, lo que les permite actuar a nivel preventivo; disfrutan de un rol de experto altamente valorado en la sociedad, constituyéndose como una fuente de influencia muy valiosa en la opinión de padres y madres; y cuentan con un nivel de formación muy adecuado para manejar materiales del tipo de los que se presentan en esta guía. No es necesario por tanto ser una persona experta en psicología evolutiva o especialista en formación de padres y madres para utilizar estos materiales, aunque hay algunas consideraciones como las que se describen a continuación que pueden resultar de utilidad para su uso.*

Todo progenitor dispone de una historia previa que le acompaña y le permite ejercer su rol como padre o madre. Esta idea implica que la parentalidad es una tarea compleja que no se aprende por medio de enseñanzas académicas, sino que se construye en las situaciones cotidianas; por lo tanto, es necesario *animar a madres y padres a reflexionar sobre su vida familiar para que elaboren sus propias vivencias y creencias.* Es decir, a ser padre o madre no se aprende simplemente recibiendo la información oportuna. Aunque se puede ofrecer a los padres y madres consejos generales, es importante *dedicar un tiempo a hablar con ellos y ellas sobre sus preocupaciones, creencias y dudas, ayudándoles a hacerlas explícitas y a modificarlas mediante el contraste de ideas con el profesional.* Así mismo, *esta reflexión no debe llevarse a cabo en el vacío, sino concretamente sobre situaciones reales y específicas de la vida familiar de los progenitores; solo así se logrará que las reflexiones realizadas se conviertan en compromisos de cambio reales en su vida familiar.*

No existe un modelo ideal de ser madre o padre, válido para todos los contextos familiares. Resulta por tanto fundamental que el o la profesional tenga siempre presente el *reconocimiento de la pluralidad que existe en la configuración de los contextos familiares y en el desempeño del rol parental, abandonando la idea de un modelo ideal de madre/padre.* Resulta fundamental apoyar a mujeres y a hombres para fomentar y promover sus habilidades parentales desde el *reconocimiento de las diferencias individuales y de la diversidad de familias y contextos socio-culturales.* Cada mujer y cada hombre, cada familia, tiene que configurar su propio escenario familiar, único e irrepetible por un lado, pero similar en un aspecto con todos los demás: en todos los casos hay que asegurar que los padres y las madres sean capaces de construir un contexto familiar adecuado para el desarrollo infantil y en el que se garantice el bienestar de los y las menores.

Esta consideración sobre la diversidad en el ejercicio de la parentalidad implica que es necesario reconocer las capacidades y competencias de los progenitores y, por tanto, dirigir el trabajo con ellos a *optimizar el desempeño parental mediante el fortalecimiento de sus competencias,*

partiendo de los recursos y potencialidades existentes, y no desde los más tradicionales planteamientos centrados en limitaciones y deficiencias. Resulta fundamental otorgar a los progenitores un papel protagonista en su propio proceso de cambio y darles capacidad de decisión. El trabajo debe dirigirse, por tanto, a fomentar su autonomía en la tarea de ser padres y madres, creando en ellos y ellas un sentido de competencia personal en la tarea educativa, más que de total dependencia del conocimiento experto.

En este sentido, *la o el profesional sin duda constituye una fuente de información alternativa muy importante para los progenitores, pero no debe verse a sí mismo como una persona en posesión de los únicos conocimientos apropiados sobre el tema, como si la mente de padres y madres estuviera vacía y la labor profesional consistiera en llenarla de contenidos. El o la profesional ha de adoptar el papel de guía y fuente de apoyo.*

Para asumir de forma competente la tarea de ser padre o madre se requieren tanto habilidades específicamente educativas (conocer qué se puede esperar en cada edad, saber promover y apoyar el aprendizaje, utilizar estrategias adecuadas de control y supervisión...), como otras más generales de índole socio-personal (buena autoestima y percepción de competencia, satisfacción con su papel como padre y madre, estrategias de afrontamiento ante dificultades, satisfacción en la relación de pareja...). Por ello, *es importante proporcionar a madres y padres conocimientos y habilidades educativas, pero, al mismo tiempo, hay que promover en ellos la seguridad y la satisfacción con el rol parental necesarias para desarrollar las habilidades más relacionadas con su desarrollo adulto. Es decir, un padre o una madre competente es una madre o un padre satisfecho y seguro con el modo en que cuida y educa a su hijo o hija, y también un adulto con buen autocuidado, con buena autoestima, con relaciones de pareja satisfactorias, con una buena red de familiares y amigos, etcétera.*

Finalmente, es importante respetar la especificidad de cada contexto familiar, pero estar atento ante *las situaciones de riesgo psicosocial, es decir, aquellas en las que las necesidades básicas de los menores no se ven satisfechas y, por tanto, suponen una amenaza para su desarrollo y su integridad física y/o psicológica. Cuando el o la profesional sospeche que existe una dejación de las funciones parentales o un uso inadecuado de las mismas, comprometiendo o perjudicando el desarrollo personal y social del menor, es posible que se encuentre ante una familia en situación de riesgo psicosocial. En estas ocasiones puede ser necesario llevar a cabo un rol más directivo en la intervención e iniciar protocolos de derivación a los servicios competentes.*

Una última reflexión acerca del *lenguaje utilizado en las guías dirigidas a madres y padres. En ellas se ha optado por el uso del plural (“habladles” en lugar de “háblales”), porque se quiere así resaltar que en el universo vital de cada niño o cada niña son varias las personas que están comprometidas día a día con su desarrollo e involucradas en su vida cotidiana. En el plural que se usa en las guías se pretende incluir a todas estas personas que, incluso en el caso de las familias de un único progenitor, suelen ser más de una (abuelas, abuelos u otros familiares, hermanos o hermanas mayores, cuidadoras, nuevas parejas de padres o madres, etcétera).*

3. FICHAS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL-ADOLESCENTE Y SU ESTIMULACIÓN

Descripción del material: Las fichas sobre el desarrollo infantil-adolescente y su estimulación son, como indica su nombre, fichas coleccionables que contienen una breve descripción del desarrollo infantil y adolescente propio de cada edad, así como algunas pautas básicas para su estimulación en los diferentes periodos evolutivos. Tienen un carácter anticipatorio, ya que su contenido abarca el período evolutivo inmediatamente posterior al momento de entrega previsto.

Cada ficha contiene dos partes: una primera parte en la que se describen cuestiones claves del desarrollo infantil y adolescente, y se propone cómo favorecer su estimulación de forma diferenciada para distintas áreas del desarrollo. En la segunda parte de cada ficha se presenta un resumen con las principales ideas clave titulado “Recordad”.

Objetivos: En primer lugar, promover en padres y madres expectativas adecuadas sobre el desarrollo infantil o adolescente. En segundo lugar, ofrecer pautas de estimulación y educación apropiadas.

Cómo trabajar este material con los progenitores: Se propone imprimir y entregar estas fichas en cada una de las visitas individuales del programa de seguimiento de la salud infantil y adolescente, tal y como se presenta a continuación:

VISITA	MATERIAL ENTREGADO A PADRES Y MADRES
	Fichas de desarrollo
1 mes	Del primer al segundo mes de vida
2 meses	Del segundo al cuarto mes de vida
4 meses	Del cuarto al sexto mes de vida
6 meses	Del sexto mes de vida al primer cumpleaños
12 meses	Del primer año a los quince meses
15 meses	De los quince meses al segundo cumpleaños
2 años	De los dos a los cuatro años
4 años	De los cuatro a los seis años
6 años	De los seis a los diez años
10-12 años	Adolescencia. De los diez a los diecisiete años

Es importante dedicar algunos minutos de la visita a trabajar con los progenitores las ideas clave de la guía, es decir, los contenidos recogidos en el último apartado titulado “Recordad”.

Para ayudar al profesional en el abordaje de estos contenidos, el Anexo A de este documento resalta algunos mensajes que podría ser interesantes trabajar con padres y madres a propósito de cada ficha, si bien el o la profesional puede ampliarlos en función de las necesidades específicas de cada familia.

4. GUÍAS TEMÁTICAS

Descripción del material: Las guías temáticas son documentos que abordan con cierta profundidad temas de especial relevancia para un ejercicio positivo de la parentalidad. Cada guía incluye una descripción del tema en cuestión, así como diferentes pautas de actuación para los progenitores. Existen dos tipos de guías:

- Guías temáticas comunes: están diseñadas para todo padre y toda madre, ya que abordan aspectos relevantes de la tarea de criar y educar a distintas edades.
- Guías temáticas específicas: tratan sobre temas que afectan de manera particular a algunos colectivos, pero no a todos los adultos ni a toda la infancia.

4.1 Guías temáticas para todas las familias

Objetivos: Ofrecer a padres y madres información detallada y pautas de actuación sobre aspectos relevantes en materia de parentalidad positiva a distintas edades.

Cómo trabajar este material con los progenitores: Dado que los contenidos de las distintas guías se ajustan a aspectos de la parentalidad relevantes en un período evolutivo, se propone entregar estas guías en el marco del programa de seguimiento de la salud infantil y adolescente de forma aproximada a como se presenta a continuación.

VISITA	MATERIAL ENTREGADO A PADRES Y MADRES
	Guías temáticas
1 mes	- Bebé a bordo: una nueva vida familiar (0-2 años)
2 meses	- La estimulación del desarrollo (0-2 años) - Cómo establecer un buen apego (0-2 años)
2 años	- El logro de la autonomía (2-4 años)
2-4 años	- El arte de educar
6 años	- Aprender y divertirse al salir de clase (6-12 años)
10-12 años	- Llegó la adolescencia

Es importante dedicar algunos minutos de la visita a trabajar con los progenitores las ideas claves de la guía. Para ayudar al profesional en el abordaje de estos contenidos, en el Anexo B de este documento se describe brevemente el contenido de cada una de estas guías y se resumen las ideas fundamentales a considerar con los progenitores, si bien el o la profesional puede ampliarlas en función de las necesidades específicas de cada familia.

4.2 Guías temáticas para situaciones específicas

Objetivos: Ofrecer conocimientos y pautas adecuadas sobre el ejercicio de la parentalidad positiva a los padres y madres en circunstancias especiales, teniendo en cuenta aquellas situaciones que pueden implicar grandes diferencias en la actuación como padre o madre de cara a la promoción de la parentalidad positiva.

Cómo trabajar este material con los progenitores: La entrega de estas guías no está ligada a ninguna visita, sino que se proporcionarán a las familias cuando, a juicio del profesional, las circunstancias familiares así lo requieran. Concretamente, se ha diseñado una guía específica para las siguientes situaciones:

- Familias en proceso de separación
- Familias combinadas o reconstituidas
- Familias homoparentales
- Bebés con necesidades especiales

Es importante dedicar algunos minutos de la visita a trabajar con los progenitores las ideas claves de la guía. Para ayudar al profesional en el abordaje de estos contenidos, en el Anexo B de este documento se describe brevemente el contenido de cada una de estas guías y se resumen las ideas fundamentales a discutir con los progenitores, si bien el o la profesional puede ampliarlas en función de las necesidades específicas de cada familia.

5. SESIONES GRUPALES

Definición: Las sesiones grupales están diseñadas para ser desarrolladas con grupos de progenitores para abordar aspectos de la parentalidad positiva particularmente significativos, bien por su relevancia en determinados períodos evolutivos y/o por la pertinencia de ser abordados en formato grupal.

Objetivos: En primer lugar, promover en los progenitores, a partir de sus ideas y experiencias como madres o padres, conocimientos, prácticas y actitudes adecuadas de cara a la crianza y educación de sus hijos e hijas. En segundo lugar, facilitar la creación de redes de apoyo informales entre los progenitores participantes en las sesiones.

Cómo trabajar este material con los progenitores: Este material se trabajará a través de sesiones grupales temporalizadas en el calendario de seguimiento de la salud infantil y adolescente.

A continuación se presenta su cronología aproximada:

VISITA	MATERIAL DE APOYO AL PROFESIONAL
2 meses	Manual sesión grupal 1
3-4 meses	Manual sesión grupal 2
8-9 meses	Manual sesión grupal 3
2-4 años	Manual sesión grupal 4
10-12 años	Manual sesión grupal 5

Este material, a diferencia de los descritos con anterioridad, está pensado para servir de guía a los profesionales que desarrollen las sesiones. Es decir, no se trata de un material para entregar directamente a los progenitores, sino un manual de apoyo para la coordinadora o coordinador de la sesión. Concretamente, cada manual incluye:

- Introducción teórica en la que se describen los contenidos fundamentales que se desarrollarán en la sesión grupal, con breve síntesis de ideas clave al final.
- Objetivos generales de la sesión.
- Metodología de la sesión, que incluye: listado de actividades y su relación con los objetivos generales de la sesión, duración de cada actividad y materiales necesarios.
- Descripción pormenorizada de cada una de las actividades propuestas, que incluye: breve resumen de la actividad, objetivos específicos, materiales necesarios para su puesta en marcha, duración, desarrollo de la actividad con orientaciones para la coordinadora o coordinador y anexos para llevar a cabo la actividad.

En el Anexo C se exponen, para cada una de las sesiones grupales, una lista de las actividades diseñadas y los principales objetivos que tales actividades tratan de lograr.

Algunas consideraciones metodológicas para el trabajo en grupo

Finalmente, además de las consideraciones metodológicas generales descritas en el segundo apartado de esta guía, cabe señalar algunas apreciaciones específicas que pueden resultar de utilidad al profesional para llevar a cabo las sesiones grupales.

Utilizar una metodología de trabajo en grupo tiene importantes beneficios en la intervención familiar dirigida a promover la parentalidad positiva. En primer lugar, *potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y, con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal*, tan necesarias siempre para el desempeño de la maternidad y la paternidad, especialmente en situaciones de dificultad. En segundo lugar, *proporciona un escenario grupal de construcción del conocimiento* en el que se potencia el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos.

Para que la interacción grupal sea efectiva es fundamental *fomentar la participación activa de todos los miembros del grupo*, otorgándoles un papel protagonista en su propio proceso de cambio. Favorecer la participación de las y los integrantes del grupo fomenta la autonomía de los padres y las madres y potencia sus recursos personales, promoviendo en quienes participan un sentido de competencia personal en la tarea educativa. Concretamente, dentro de este marco participativo, las sesiones grupales propuestas se sustentan en una *metodología experiencial*, que propone la participación de madres y padres en una serie de actividades cuidadosamente diseñadas para facilitar que reflexionen sobre su propia realidad y revisen parte de la misma. La metodología experiencial propone que la promoción de la parentalidad positiva se ve favorecida por la reflexión cooperativa y el intercambio de perspectivas, sin partir de un modelo ideal de ser padre o madre y promoviendo el proceso de cambio a partir de las ideas y aportaciones de los y las participantes. Es decir, madres y padres necesitan reflexionar sobre sus propias experiencias diarias y situaciones concretas de la vida familiar para poder re-elaborarlas y encontrar alternativas útiles para su vida cotidiana.

Para que las actividades recogidas en estos materiales cumplan su función es indispensable que sean llevadas a cabo en consonancia con la metodología para la que han sido diseñadas; aspecto que, en gran medida, depende de la persona que guía o conduce el trabajo del grupo. En este sentido, resulta fundamental que *el o la profesional responsable de la intervención, es decir, la coordinadora o coordinador de la sesión, adopte un rol de “guía” o “mediador”*. Sin duda, la coordinadora o coordinador debe conocer a fondo los contenidos sobre los cuales va trabajar; por ello cada una de las sesiones grupales se introduce con una fundamentación teórica. Sin embargo, y aunque no debe olvidarse de estas cuestiones conceptuales, las investigaciones más recientes sobre los programas de formación y apoyo familiar han demostrado que el modo más eficaz de trabajar grupalmente con padres y madres es adoptar un rol de “guía” o “mediador”, y no de “experto”. Así, el coordinador o la coordinadora no deben percibirse como personas expertas en posesión de la verdad sobre el tema, creyendo que las mentes de quienes participan en el grupo están vacías y que su misión consiste en llenarlas gracias a sus conocimientos. En coherencia con los modelos participativos de formación, resulta mucho más adecuado el papel de guía o conductor del grupo, no siendo uno más de los participantes, pero sin tratar de simplemente instruirles o enseñarles. Es decir, la figura del profesional no es la de un experto que transmite conocimientos,

sino la de un mediador que facilita a los miembros del grupo la construcción de esos conocimientos a través de las actividades que propone y de la re-elaboración de las aportaciones de los participantes del grupo.

Como excepción a esta regla general, cuando se detecten pautas educativas que supongan una situación de riesgo para el bienestar de los menores será necesario adoptar un rol más directivo. En todo caso, debe hacerse siempre en un clima en el que se refuercen los sentimientos de competencia parental. Por ejemplo, si una participante comenta que a veces zarandea a su bebé para que deje de llorar, es importante que la coordinadora o coordinador adopte un rol directivo y sea muy clara o claro indicando que zarandear a un bebé tiene consecuencias muy severas para su desarrollo y que no debe hacerse en ningún caso. Estas instrucciones pueden ofrecerse de forma muy clara, manteniendo a la vez un buen tono emocional con la madre en cuestión y reforzando otras estrategias alternativas que dicha madre utiliza para lograr calmar el llanto de su bebé y sí son adecuadas (cuando le abraza para consolarle, cuando le canta una nana...). Con todo, debe recordarse que la mejor forma de cambiar comportamientos no es centrándose en lo negativo o lo que se hace mal, sino resaltando y reforzando lo positivo, de manera que, aparte de oponerse firmemente a toda forma de maltrato infantil, hay que buscar siempre la ocasión para reforzar comportamientos positivos, aumentando así el sentimiento de competencia parental tan importante en la crianza y educación infantil.

Además, el coordinador o la coordinadora no puede perder de vista los aspectos personales implicados en el trabajo con grupos que resultan especialmente importantes en el caso de los grupos de formación de padres y madres, en los que los componentes motivacionales y afectivos están presentes de una manera especial, y los contenidos que se trabajan resultan a menudo delicados. Como es evidente, en términos generales, *el estilo de relación debe venir siempre presidido por un buen clima emocional, el respeto a todas y todos los participantes y el fomento de la confianza mutua*. Sin embargo, el respeto a los y las integrantes del grupo y la toma en consideración de sus puntos de vista no debe confundirse con la aceptación de sus ideas en todos los casos. En bastantes ocasiones, el coordinador o la coordinadora deberá exponer puntos de vista alternativos y tratar de redefinir lo que pueden considerarse comportamientos parentales poco recomendables. Por otro lado, la motivación a los y las participantes del grupo de formación resulta crucial. Asimismo, *es importante que el coordinador o la coordinadora del grupo sea empático, que conozca y comprenda la perspectiva de las madres y los padres*. Esto le permitirá identificar las necesidades de las y los participantes, escoger los métodos de formación más adecuados, hacerse una idea de lo que piensan y ayudarles a conseguir sus objetivos.

PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA. GUÍA PARA PROFESIONALES

6. ANEXO A: IDEAS FUNDAMENTALES DE CADA FICHA SOBRE EL DESARROLLO Y SU ESTIMULACIÓN PARA TRABAJAR CON LOS PADRES Y LAS MADRES

Ficha “Del primer al segundo mes de vida”

Desarrollo físico y psicomotor

- Es importante resaltar la vulnerabilidad del cuerpo de los y las bebés, concretamente de la cabeza. El cuerpo del bebé es muy frágil y debe protegerse.

Desarrollo sensorial

- Desde el nacimiento, todos los sentidos de las y los bebés están funcionando (la vista, el oído, el gusto y el olfato); a través de ellos comienzan a percibir el mundo. A este respecto, existen creencias erróneas muy habituales: por ejemplo, algunos progenitores piensan que los y las bebés no ven durante el primer mes de vida, o que no es hasta los seis meses cuando sienten dolor, cuando lo cierto es que tanto la vista como la percepción del dolor están presentes desde el nacimiento.
- Los padres y las madres deben estimular a su bebé a través de todos los sentidos. En muchos casos, cuando se habla de estimulación únicamente se piensa en “estimulación psicomotriz” (hacer ejercicios con el o la bebé moviendo sus articulaciones, animarle a moverse o comprarle juguetes destinados a ello), olvidando por ejemplo que es habitual (y deseable) que la o el bebé explore llevándose objetos o partes de su propio cuerpo a la boca, o que se le puede acariciar con objetos de distintas texturas y temperaturas.

Desarrollo de la comunicación

- Hay que dejar muy claro que los y las bebés, en los primeros meses, nunca lloran por gusto. Ya sea por hambre, por incomodidad en la postura en la que está, porque tiene frío o necesita consuelo, en los primeros meses el llanto es una expresión de necesidad de cuidados o atención. Una buena forma de abordar esta idea con los progenitores es que se intenten poner en el lugar de su bebé, imaginando que no pueden hacer nada sin ayuda, ni siquiera moverse o cambiar de postura, pensando, por ejemplo, qué ocurriría si simplemente les picase la nariz y no pudieran rascarse.

Desarrollo socio-afectivo

- En las primeras semanas, las y los bebés aprenden a distinguir el rostro de los cuidadores; ellos son la principal fuente de información que tiene el bebé acerca del mundo. Además, las y los bebés se sienten muy atraídos por las caras humanas, su objeto visual preferido.

- Se puede trabajar con los progenitores para que aprovechen esta atracción para estimular a su hija o hijo. Su relación con el o la bebé es clave para promocionar su desarrollo socio-emocional, para desarrollar su confianza personal y su adaptación al mundo social, así como para favorecer el vínculo afectivo con sus cuidadores. Es importante que le hablen y acaricien con frecuencia y le transmitan mucho cariño y sentimientos positivos.
- Sentirse seguro y atendido es fundamental para el desarrollo afectivo del bebé. Su malestar o incomodidad se expresan a través del llanto, que debe atenderse incluso si ocurre de madrugada o cuando su padre y su madre están muy cansados.

Ficha “Del segundo al cuarto mes de vida”

Desarrollo físico y psicomotor

- Es importante dar al bebé la oportunidad de moverse para potenciar su desarrollo psicomotor. Como aún no puede cambiar de postura sin ayuda, se le puede poner en distintas posiciones para que ejercite las distintas partes de su cuerpo. También puede ayudar el colocarle objetos atractivos en distintos lugares para que intente alcanzarlos, aunque la coordinación ojo-mano y ojo-pie sea aún pobre a estas edades.
- Mantener al bebé en la misma postura (normalmente se hace simplemente porque es en la que se encuentra más cómodo) puede tener repercusiones negativas por la falta de estimulación de los músculos no implicados en dicha postura. Es necesario acostumbrar al bebé a distintas posiciones para estimular así todos los grupos musculares.

Desarrollo sensorial

- Se debe recomendar a los progenitores que elijan juguetes con colores vivos, sonidos agradables y movimiento. Este tipo de juguetes favorecen la atención del o la bebé y son fundamentales para estimular el desarrollo de la vista y el oído.
- Aún así, lo más importante es que los padres y las madres comprendan que son ellos quienes mejor pueden estimular a su bebé jugando con él o ella, ya que los juguetes no estimulan por sí mismos, sino gracias a la interacción con otras personas.

Desarrollo de la comunicación

- Para asegurar un buen desarrollo comunicativo hay que hablar al bebé desde el principio, mucho antes de que pueda entender lo que se le dice. Es fundamental animar a los progenitores a crear un diálogo con su bebé, como si les entendiera: preguntándole, haciendo como si se le diera tiempo para responder, siendo siempre sensibles a sus gestos, expresiones y vocalizaciones.
- A través de estos diálogos, los y las bebés comienzan a aprender que existen unas pautas para comunicarse, con turnos de intervención y donde los gestos y la voz dan información. Ésta es la mejor base para aprender el lenguaje.

Desarrollo socio-afectivo

- Desde muy pronto las y los bebés aprenden a distinguir el rostro de los cuidadores y comienzan a conocer las emociones a partir de lo que sus caras les muestren. Hay que recordar a padres y madres que ellos son el principal estímulo y la primera fuente de conocimiento sobre la realidad. Es importante transmitir a los padres y las madres la idea de que hay que relacionarse con el o la bebé con calma, serenidad y manifestando sentimientos positivos, ya que las y los bebés se impregnan de todas estas sensaciones y emociones. Sin embargo, mantener esta relación cálida y positiva puede resultar particularmente complicado en momentos de estrés, en los que padres y madres tienen prisa o el bebé está intranquilo (por ejemplo, llora). Conviene trabajar con madres y padres sobre estas situaciones, indicándoles la importancia de afrontar con calma y serenidad los momentos difíciles, así como planificar los cuidados con tiempo suficiente para disfrutar juntos de cada momento.

Ficha “Del cuarto al sexto mes de vida”

Desarrollo físico y psicomotor

- Entre los cuatro y los seis meses, los y las bebés tienen cada vez mayor movilidad, más fuerza y control de su cuerpo, siendo capaces de girarse hacia un lado y de permanecer sentados o sentadas con ayuda. Es importante que los progenitores den a su bebé la oportunidad de moverse y que le ayuden a permanecer sentado algunos ratitos para fortalecer la musculatura del tronco.

Desarrollo cognitivo

- A lo largo de todo el primer año, las y los bebés necesitan manipular las cosas y explorar el mundo que les rodea para aprender. A esta edad la inteligencia se desarrolla a través del contacto físico y la exploración del entorno que le rodea: manipulando objetos, probando cosas, experimentado...
- Es importante que padres y madres animen a su hija o hijo a explorar el mundo que les rodea, jugando con ella o él, utilizando distintos objetos que pueda coger, agitar, tirar, colocando en su cuna objetos adecuados que se puedan manipular, que produzcan sonido al agitarlos o golpear sobre ellos.... La coordinación ojo-mano y ojo-pie es ya más fina y hay que favorecer su ejercicio.

Desarrollo de la comunicación

- De los cuatro a los seis meses las y los bebés comienzan a ser más capaces de “dialogar” a base de sonidos y gestos. Alrededor de los seis meses, el o la bebé comenzará a prestar mayor atención a las cosas que le rodean y empezará a ser posible hablarle sobre lo que ve, le interesa, le gusta o le llama la atención.
- A partir de los cuatro meses, la o el bebé comenzará a jugar y experimentar con los sonidos del lenguaje, balbuceando, repitiendo sílabas. Hay que reforzarle para estimular la producción del

lenguaje: hablar con él o ella como si se tratase de un diálogo, responderle de forma agradable, sonreírle, aplaudirle...

- Es bueno fomentar juegos pautados (tipo “cu-cu-tras”, “aserrín-aserrán”, “cinco lobitos”...), que permiten crear una situación de interacción muy predecible para el o la bebé y sus progenitores, favoreciendo la anticipación y el disfrute mutuo.

Desarrollo socio-afectivo

- En el terreno afectivo, los y las bebés prefieren a las personas conocidas, reaccionando de modo más intenso y positivo ante su presencia. Sin embargo, aún no les molesta ser cuidados o cuidadas por personas desconocidas, siempre y cuando éstas mantengan sus rutinas de cuidado.
- Padres y madres deben demostrar su afecto y cariño hacia su bebé. Además, es importante transmitirles la idea de que para estimular su desarrollo afectivo es importante interactuar con ella o él: cogerle en brazos, hablarle, jugar con él o con ella, disfrutar de las rutinas de cuidado, limpieza y alimentación, reforzando así su interés por el mundo social y mejorando el vínculo afectivo entre el bebé y quienes le cuidan.

Ficha “Del sexto mes de vida al primer cumpleaños”

Desarrollo físico y psicomotor

- Desde los 6 meses hasta que el bebé cumpla su primer año, se observan grandes avances en su desarrollo psicomotor. Aproximadamente:
 - Alrededor de los 6-7 meses se podrá sentar sola o solo.
 - Sobre los 8-9 meses será capaz de desplazarse y dará los primeros pasos estando sujeto o sujeta. Es importante tranquilizar a los padres y las madres, explicándoles que todos los y las bebés encuentran su forma de desplazarse, aunque no siempre esta manera de desplazarse es a través del gateo, y no siempre el gateo adopta la misma forma: algunos bebés reptan, otras se arrastran por el suelo, otros se impulsan con sus brazos o sus rodillas...
 - A los 9, se sujetará para ponerse de pie y poco después caminará apoyándose en los muebles o cogido de la mano de su cuidador.
 - Podrá mantenerse de pie solo o sola cuando vaya a cumplir el primer año o en torno a esa edad.
- El gran avance del desarrollo motor fino es el la aparición de la pinza pulgar-índice, que le permite coger objetos mucho más pequeños.
- Es importante que se estimulen todos estos avances, dándole al bebé la oportunidad de moverse, motivándole para que lo haga, creando situaciones atractivas en las que tenga que hacer ejercicios específicos para que aprenda a desplazarse, ponerse de pie y caminar. También es beneficioso darle juguetes y objetos pequeños adaptados a su edad, para ejercitar la motricidad fina y el desarrollo de la pinza del dedo pulgar e índice.

Desarrollo cognitivo

- Los avances físicos y psicológicos del bebé le permiten ser cada vez más autónomo en la vida cotidiana.
- Es importante trabajar con padres y madres la idea de que dando una participación activa a su bebé en las rutinas de cuidado se fomenta su autonomía. Se le debe dar participación en dichas rutinas en la medida de sus posibilidades, por ejemplo, darle una servilleta para que intente limpiarse la cara, coger su mano para ayudarlo a poner el velcro de los zapatos, o dejarle comer con las manos algunos alimentos.

Desarrollo de la comunicación

- En los diálogos con el o la bebé, cada vez se podrá ver mayor producción de sonidos. Alrededor de los 6-9 meses balbuceará expresivamente, siguiendo las rutinas de conversación que ha ido aprendiendo. Hacia los 8-9 meses, comenzará a producir algo parecido a las palabras que, aunque no son correctas, suelen repetirse de forma semejante y con una intención comunicativa muy clara (frente a la fase anterior, donde producía sonidos solo por el placer de escucharse). Será alrededor de los 12 meses cuando pronuncie sus primeras palabras. Éstas serán de estructura muy simple y siempre con sonidos fáciles de pronunciar “papa, mama”.
- Para favorecer el desarrollo del lenguaje y la comunicación, padres y madres deben reforzar a su bebé con cada sonido que produzca, de modo que el lenguaje se convierta en algo divertido. Se debe recomendar a los progenitores que hablen con su bebé siempre que puedan, aprovechando el interés que ella o él empieza a mostrar por los objetos del entorno, y contándole para qué sirven.

Desarrollo socio-afectivo

- Alrededor de los 6 meses el vínculo de apego está ya bien establecido y claramente individualizado; ello se pone de manifiesto a través de ciertos comportamientos típicos, como son alegrarse cuando sus figuras de apego aparecen o regresan, resistirse a la separación, sintiendo ansiedad cuando algo les inquieta y las figuras de apego no están cerca... Además, entre los 7-9 meses se puede observar que si antes el o la bebé se dejaba tomar en brazos o cuidar por cualquiera, ahora manifiesta cierto rechazo o desagrado ante la aproximación de personas desconocidas.
- Es importante que los cuidadores del bebé sean comprensivos cuando se muestre poco sociable o rechace a las personas extrañas, ya que es normal a esta edad, así como que no fuercen el contacto con extraños o se las arreglen para que éstos se acerquen al bebé de forma tranquila y progresiva.
- Normalmente, hay una clara resistencia a la separación temporal del cuidador principal entre los 7-9 meses; sin embargo, éste es un indicador de un apego saludable a esta edad. Es importante trabajar con los progenitores para que cuiden el modo en que se realizan estas separaciones, intentando que las personas que le cuiden cuando mamá y papá no estén sean conocidas y, en la medida de lo posible, estables. De todas formas, el grado de resistencia a la

separación varía de unos bebés a otros, por lo que la angustia será más intensa en unos que en otros.

Ficha “Del primer año a los quince meses”

Desarrollo físico y psicomotor

- Para que el desarrollo motor avance es necesario dar al bebé la oportunidad de caminar y desplazarse por sí mismo. Además, se le puede empezar a ayudar a subir y bajar escaleras.
- Se puede ayudar a que el o la bebé mejore el dominio de sus manos dándole objetos y juguetes que requieran una manipulación más precisa: ensartar cuentas, juegos con piezas de construcción adecuadas para estas edades...
- Es importante animar a los padres y madres a que impliquen al bebé en las rutinas cotidianas, aprovechando sus nuevas capacidades para fomentar una creciente autonomía.

Desarrollo cognitivo

- Los y las bebés necesitan experimentar con los objetos que les rodean: empujándolos, sacudiéndolos, tirándolos... Para conocer las características de los distintos objetos las y los bebés necesitan probar qué pasa con ellos y darse cuenta de que cada material tiene unas propiedades distintas. Es necesario que los padres y las madres comprendan esta necesidad de explorar y no se impacienten porque su bebé sacuda o tire todos los objetos que tenga al alcance.
- Además, a medida que el o la bebé crece, debe aprender a desenvolverse de forma cada vez más autónoma en su día a día. Sin embargo, a veces algunos progenitores tienen dificultades para comprender que el fomento de la autonomía constituye un aspecto importante del desarrollo y pueden sentirse “malos padres” si dejan a su hija o hijo hacer las cosas por sí mismo. Es importante elaborar con ellos esta idea y animarles a que su bebé colabore en la medida de sus posibilidades en todos los cuidados cotidianos: a la hora de comer, en el baño, cuando le visten...

Desarrollo comunicativo

- A los 12 meses, los y las bebés se comunican de forma más o menos eficaz, mezclando gestos y palabras para llamar la atención de los adultos sobre objetos u eventos del entorno.
- Para aumentar el vocabulario del o de la bebé es muy importante el papel de los adultos: deben motivarle para conocer el nombre de las cosas, esforzarse por comprenderle y mejorar sus intentos de nombrar objetos, repitiéndole el nombre pronunciado correctamente.

Desarrollo social

- A esta edad suelen comenzar los primeros contactos con otros bebés. Pero la relación entre ellos se desarrolla de forma especial: juegan unos junto a otros, pero cada uno o cada una centrado

en su propia actividad, sin compartir un objeto de atención común, es decir, con escasa interacción real.

- Como estas primeras relaciones con otros bebés son muy sencillas, es normal que los progenitores les resten importancia. Sin embargo, es fundamental trabajar con padres y madres la idea de que dar a su bebé la oportunidad de interactuar con otros bebés impulsará su desarrollo social y le predispondrá a establecer en el futuro más relaciones sociales que aquellos niños o niñas que no tienen contacto temprano con iguales.

Ficha “De los quince meses al segundo cumpleaños”

Desarrollo cognitivo

- A esta edad los y las bebés han experimentado muchos avances que les llevan a ser más autónomos. Por eso hay que animar a los progenitores a que den algunas responsabilidades sencillas a su hijo o hija, siempre considerando que estén ajustadas a sus capacidades.
- La nueva capacidad de representación mental es cada vez más evidente: la o el bebé ya no se limita a manipular los objetos presentes y es capaz de imaginar y pensar sobre situaciones, objetos, personas y acontecimientos ausentes.
- Esta capacidad de simular situaciones no reales se manifiesta especialmente a través del juego (por ejemplo, arrastrar una caja de zapatos como si fuera un coche), aportando al bebé otras formas aprender que le permiten experimentar situaciones poniéndose en el papel de otras personas.
- Es importante favorecer el juego de simulación, donde el o la bebé da significados imaginativos a algunos objetos (una caja es un coche; un palo es un caballo). Es una forma de aprender y experimentar situaciones nuevas.

Desarrollo comunicativo

- Es importante promover que la o el bebé se comunique con los recursos que tenga, expresándose como pueda. En esta etapa no se debe reñir o corregir al bebé cuando pronuncia mal las palabras diciéndole “eso no es así” o “así no se dice”, pero sí hay que reformulárselas de forma correcta, de modo que el o la bebé siempre tenga un modelo correcto de pronunciación que guíe sus avances.

Desarrollo socio-afectivo

- Hay que transmitir a los padres y madres la importancia de permitir que su bebé exprese las emociones que experimenta, tanto las positivas como las negativas.
- De forma pareja a lo anterior, en esta etapa también es necesario que los progenitores empiecen a animar a su hijo o hija a ir aprendiendo a controlar sus emociones: algunas situaciones le provocarán llanto o miedo (por ejemplo, una caída) y deben empezar a aprender a afrontarlas y superarlas (aunque llore un momento porque le duele, debe empezar a aprender que no es motivo para llorar durante todo el día).

Ficha “De los dos a los cuatro años”

Desarrollo físico y psicomotor

- A partir de ahora, niños y niñas realizarán progresos muy significativos en sus habilidades motoras.
- Se debe trasladar a padres y madres que su hijo o hija va a nacer con la disposición de desarrollar estas habilidades, pero tiene que ejercitarlas y su ayuda será fundamental: cuantas más actividades le ofrezcan para poner a prueba sus habilidades y para disfrutar de su cuerpo, mejor para su desarrollo.

Desarrollo cognitivo

- Padres y madres comprobarán cómo a partir de los dos años, sus hijos e hijas tendrán importantes avances en sus capacidades intelectuales: entenderán cada vez mejor cómo está organizado el mundo que les rodea; imitarán en sus juegos, de forma simbólica, las situaciones cotidianas e irán mejorando sus capacidades atencionales y de memoria.
- Es necesario que se traslade a padres y madres que su papel en el desarrollo intelectual de sus hijos e hijas es muy importante. Así, a través del juego, deben animarles a desarrollar su curiosidad y sus ganas de saberlo todo. Para niños y niñas no hay distinción entre jugar y aprender.

Desarrollo lingüístico

- Las niñas y niños desarrollan el lenguaje a partir de las relaciones con las personas que los cuidan.
- Se debe animar a padres y madres a conversar con su hijo o hija, a que lo escuchen con paciencia y atención, y a que respondan a sus continuas preguntas.
- Es normal que niños y niñas cometan errores en la pronunciación. Es aconsejable comentar a padres y madres que no se preocupen por ello y atiendan también a lo que dicen bien y a sus avances. Para evitar que estos errores se sigan cometiendo, hay que hacer hincapié en que ellos mismos llamen a las cosas correctamente y que cuando se produzca algún fallo, en lugar de corregirle, es mejor repetir o completar la frase correctamente.

Desarrollo afectivo y social

- Es probable que padres y madres se sientan preocupados por el negativismo creciente de su hija o hijo.
- Hay que dejar claro que es una forma que tienen niños y niñas de afianzar su personalidad y que deben procurar comprender por qué actúa así y permitir que tomen pequeñas decisiones (como qué juguete llevarse al baño), aunque sin llegar a ceder en lo esencial (no pueden decidir no bañarse).

- Es esencial transmitir a padres y madres que son las figuras más importantes para sus hijos e hijas, y va a ser fundamental que organicen su vida, en todos los aspectos, de forma estable y coherente. Serán su mejor fuente de bienestar y aprendizaje. De igual forma, deben facilitar que sus hijos e hijas vayan ganando en independencia.
- Lo más importante es que padres y madres disfruten de y con sus hijos e hijas, que compartan tiempo de ocio junto a ellos y ellas cada día, y que les manifiesten de forma explícita su cariño incondicional.

Ficha “De los cuatro a los seis años”

Desarrollo físico y psicomotor

- Es importante recordar a padres y madres que el desarrollo motor aún continúa y que deben seguir ofreciendo oportunidades a sus hijos e hijas para ejercitar y mejorar sus capacidades motrices: jugar a la pelota, disfrutar con la bicicleta en el parque, animarles a hacer pequeñas manualidades, colorear o copiar figuras, etc.
- Es muy probable que el niño o la niña ya se haya definido como una persona diestra o zurda. En el caso de que el niño o niña sea zurdo, se debe indicar a los padres y madres que no es aconsejable intentar cambiar su tendencia natural. No obstante, si os comunican que no se ha producido una definición aún de la lateralidad (a veces usan una mano, a veces la otra), hay que aclararles que conviene que haya una mano preferente antes de que tenga que aprender a escribir. En cuanto al lado al cual hacerlo, si parece que el niño o niña tiene buenas posibilidades con uno y otro lado, es aconsejable que lo hagan hacia la derecha, teniendo en cuenta que nuestro mundo está organizado para diestros en muchos aspectos. Si hay dudas importantes, deben consultar con el o la pediatra.
- Es natural que a estas edades, niños y niñas vayan explorando y descubriendo las distintas partes de su cuerpo, dirigiendo probablemente más atención que antes a los genitales. Transmitid a padres y madres que lo acepten con naturalidad y que no impidan tocar o nombrar ninguna parte del cuerpo.

Desarrollo cognitivo

- Niños y niñas serán cada vez más inteligentes, capaces de ir comprendiendo mejor su mundo. Se debe animar a padres y madres a ayudarles a descubrir nuevas cosas cada día, aunque sean cosas corrientes para ellos: deben preguntarles por el nombre de las cosas, pedirles que clasifiquen objetos, que cuenten, que sitúen las cosas en el espacio, etc.

Desarrollo lingüístico

- Posiblemente algunos padres y madres estén preocupados porque su hijo o hija tenga algún retraso en la adquisición de palabras, tartamudez pasajera o dificultad para pronunciar algunos sonidos como la “r”.

- Hay que tranquilizar a quienes tengan esa preocupación, diciéndoles que no todos los niños y niñas avanzan al mismo ritmo en el lenguaje. Pero al mismo tiempo hay que animar a que sigan estimulándoles: conversando con ellos y ellas, leyendo cuentos a diario, y pidiéndoles, tras la lectura, que repitan algunas palabras y partes del mismo. Lo mismo pueden hacer cuando juntos algún programa apropiado para la edad.

Desarrollo afectivo y social

- En esta etapa cobra importancia el desarrollo de la autoestima en los niños y niñas. La construcción de la imagen de sí mismos va a depender en gran medida de lo que las personas que le rodean les vayan transmitiendo.
- Hay que indicar a padres y madres que lo más importante es mostrarles a sus hijos o hijas su afecto y aceptación, interesarse por sus pequeñas cosas y ser sensibles a sus necesidades y posibilidades, pues hay cosas que aún no podrán lograr. De igual forma, deben alentarles a alcanzar nuevos logros, y exigirles cada vez un poquito más.
- Padres y madres deben entender que tienen que alabar cualquier intento infantil por hacer algo nuevo, aunque tenga fallos y que deben evitar comentarios y etiquetas negativas, como “no sabes hacerlo”, “eres muy torpe” o “eres muy malo”.
- Hay que insistir en la importancia de que madres y padres pasen tiempo con sus hijos e hijas, disfrutando conjuntamente de actividades de ocio, que siempre son una buena oportunidad para aprender, reír y mostrar cuánto les quieren.

Ficha “De los seis a los diez años”

Desarrollo físico y psicomotor

- La práctica de ejercicio físico tiene importantes efectos positivos sobre el desarrollo integral de niños y niñas.
- Padres y madres deben animar a su hija o hijo a que dedique tiempo a juegos físicamente activos, siendo recomendable que lo apunten a algún deporte que le guste, lo que, además de mejorar sus condiciones físicas, permitirá que el niño o la niña pueda compartir una actividad con amigos y amigas.
- Conviene insistir a padres y madres en que es necesario que acuerden con sus hijos e hijas el tiempo que pueden pasar viendo la televisión o jugando con el ordenador o los videojuegos.

Desarrollo cognitivo

- En esta etapa, niños y niñas pensarán de forma más lógica y organizada sobre lo que hay a su alrededor y acerca de las situaciones y problemas que viven. Mejorarán sus capacidades de atención y memoria.
- A pesar de sus avances en capacidad atencional, para niños y niñas siempre habrá cosas más interesantes que estudiar o hacer los deberes. Es importante que padres y madres conozcan la importancia de crear un ambiente de estudio libre de distracciones.

- Como en cada visita, hay que recordarles a padres y madres la importancia de las oportunidades de aprendizaje que les pueden ofrecer día a día para que la capacidad intelectual de niños y niñas siga mejorando.

Desarrollo lingüístico

- La lectura trae enormes beneficios para niños y niñas, estimulando la creatividad, la imaginación, la inteligencia, la capacidad verbal y de concentración, etc.
- Padres y madres deben saber que pueden contagiar a su hija o hijo su afición por la lectura. Si les gusta leer, deben hacerlo también cuando su hijo o hija esté presente. Además, deben procurar que los libros estén a su alcance y compartir con él o ella momentos de lectura conjunta.
- De igual forma, pueden animar a sus hijos e hijas a que escriban, dejando a su alcance los materiales necesarios (papeles, libretas, lápices...) y animándoles a que los usen cada vez que haya una oportunidad: hacer la lista de la compra, o las invitaciones para su cumpleaños, escribir cómo terminaría un cuento, etc.

Desarrollo afectivo y social

- Las relaciones entre iguales (amigos, compañeros, vecinos...) ofrecen el contexto idóneo para aprender a intercambiar, cooperar y resolver conflictos, al mismo tiempo que son una fuente importante para el desarrollo del yo y de sentimientos de pertenencia al grupo.
- Se debe animar a padres y madres a fomentar que su hijo o hija pase tiempo con amigos y amigas. También, es importante que conozcan a estos niños y niñas y a sus padres.
- Aunque su hijo o hija comience a pasar mucho tiempo con sus iguales, padres y madres no deben dejar de hacer cosas en familia siempre que sea posible, pues siguen siendo su mejor modelo y las personas más importantes para él o ella.

Ficha “Adolescencia. De los diez a los diecisiete años”

Desarrollo físico

- Durante la adolescencia, los chicos y las chicas experimentan muchos cambios físicos a los que deben adaptarse. Es importante que padres y madres faciliten esta adaptación tratando de comprender sus miedos y preocupaciones. Se debe recomendar a los progenitores que traten estos cambios con naturalidad y eviten bromas relacionadas con el aspecto físico de su hijo o hija.
- Los cambios hormonales que tienen lugar durante la adolescencia suelen provocar cambios de humor en el adolescente. Es conveniente concienciar a padres y madres para que se muestren comprensivos con sus hijos e hijas, indicándoles que las muestras de irritabilidad e inestabilidad emocional son reacciones normales en esta etapa.
- En los primeros años de la adolescencia, chicos y chicas suelen implicarse en comportamientos de riesgo y búsqueda de sensaciones. Es importante recomendar a padres y madres que

supervisen de forma adecuada la conducta de sus hijos para evitar que asuman riesgos innecesarios.

Desarrollo cognitivo

- Durante la adolescencia surge una forma más compleja de pensar sobre la realidad que en ocasiones llevará a que muchos chicos y chicas se muestren más críticos y rebeldes, especialmente con las personas de su entorno con las que tienen más confianza. Resulta conveniente indicar a padres y a madres que no se tomen las críticas como algo personal, sino que las interpreten como un avance en el desarrollo intelectual de su hijo o hija.
- Es importante aconsejar a los progenitores que procuren reaccionar con calma y tranquilidad ante las críticas de sus hijos o hijas adolescentes, pues reacciones muy emocionales y subidas de tono provocarán conflictos y distanciamiento entre ellos.

Desarrollo socio-afectivo

- A lo largo de la adolescencia es normal que chicos y chicas muestren dudas e inseguridades sobre asuntos políticos, religiosos, ideológicos y/o profesionales. Se trata de una situación natural por la que pasan la mayoría de los adolescentes, y que les ayudará a madurar y a construir una identidad propia. Es conveniente indicar a los padres y madres que deben orientarles y apoyarles, sin presionarles y permitiéndoles tomar sus propias decisiones.
- La autoestima suele descender al inicio de la adolescencia. Se debe informar a los progenitores de esta cuestión y transmitirles que ellos pueden ayudar a sus hijos e hijas a recuperar la confianza. Para ello, será importante recomendar que le proporcionen muestras de afecto adecuadas a su edad, que los animen y apoyen, y que les devuelvan una imagen positiva de sí mismos.
- Las relaciones con los amigos y amigas son muy importantes durante la adolescencia, ya que aquellos y aquellas adolescentes que tengan buenas relaciones de amistad se mostrarán más seguros y satisfechos. Es conveniente transmitir a padres y madres la importancia que tiene para el o la adolescente contar con unas buenas relaciones de amistad.
- El deseo sexual suele aumentar durante la adolescencia, por lo que es frecuente que chicos y chicas se inicien en la sexualidad. Es importante recomendar a los padres y las madres que mantengan una actitud natural y abierta, de manera que el o la adolescente pueda vivir su sexualidad de forma natural y sin culpabilidad.

PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA. GUÍA PARA PROFESIONALES

7. ANEXO B: IDEAS FUNDAMENTALES DE CADA GUÍA TEMÁTICA PARA TRABAJAR CON LAS MADRES Y LOS PADRES

Guía “Bebé a bordo: una nueva vida familiar”

Esta guía se centra en la transición a la maternidad y la paternidad y en ella se proponen algunas orientaciones para organizar la nueva vida en familia. Concretamente, se reflexiona en torno a los principales cambios que los adultos experimentan al convertirse en padre o madre. Además, se ofrecen orientaciones para ayudar a padres y madres a tomar algunas decisiones importantes respecto a la crianza y educación del bebé y se presentan consideraciones a tener en cuenta a la hora de organizar los hábitos y rutinas del bebé.

Ideas claves

- Convertirse en madre o en padre es uno de los cambios más importantes que afrontan la mayoría de los adultos a lo largo de su vida.
- Los cambios individuales y familiares que se producen tras la llegada del bebé pueden resultar abrumadores. Ese sentimiento no debe ser motivo de alarma, porque después de un periodo de adaptación se recupera de nuevo la estabilidad personal y familiar.
- Cada persona y cada familia viven y afrontan la llegada del bebé de forma distinta.
- Disfrutar de la tarea de ser padre o madre favorece el propio bienestar adulto y la satisfacción en la relación de pareja; además se relaciona con formas de educar más adecuadas.
- La adaptación tras el proceso de convertirse en madre o padre implica, entre otras cosas, introducir una nueva organización en la vida familiar. Acordar y establecer esa organización desde el principio ayuda a que el proceso de adaptación tras la llegada del bebé se resuelva de forma más satisfactoria para todos los miembros de la familia.
- En la mayoría de los casos, es necesario contar con la ayuda de otras personas para cuidar del bebé. Contar con ayuda facilita a los progenitores el poder compaginar sus roles de padre y madre con el resto de roles de la vida adulta. Es necesario llegar a acuerdos sobre las cuestiones más fundamentales de la educación de los hijos e hijas con las distintas personas implicadas en su cuidado.
- Es muy importante para el desarrollo personal y para la dinámica familiar que los progenitores se sientan satisfechos con el resto de facetas de su vida adulta. Por ello es fundamental desarrollar estrategias para reorganizar la vida familiar de forma que se respeten el resto de facetas vitales además de la maternidad y la paternidad.

- Una forma de ayudar a los hijos y las hijas a crecer y a desarrollarse es organizando adecuadamente su vida diaria. Los progenitores pueden y deben, pues, organizar las rutinas diarias, los horarios y actividades que implican al bebé.
- A veces surgen dificultades con algunos hábitos cotidianos como el sueño o la comida. Sin duda hay bebés más y menos fáciles pero, en todos los casos, en la medida en que se introduzcan buenos hábitos desde el principio, es más probable que no surjan problemas.
- Las primeras normas para las y los bebés son los horarios y las rutinas. La estabilidad en las rutinas cotidianas es muy importante porque ayuda a niños y niñas a comprender que la vida tiene un orden y les ayuda a guiar su comportamiento.
- Si es necesario poner alguna norma al margen de los horarios y rutinas, se debe procurar que estas normas sean pocas, básicas, claras y bien explicadas.

Guía “La estimulación del desarrollo”

Esta guía pretende ayudar a madres y a padres a reflexionar acerca de la importancia de estimular el desarrollo de sus hijos e hijas, así como del importante papel que los progenitores desempeñan en dicha estimulación. Se describen las principales facetas del desarrollo que es necesario promover durante los dos primeros años de vida, se proponen pautas de estimulación al hilo de las rutinas cotidianas y se ofrecen algunos juegos de estimulación específicos para distintas edades.

Ideas fundamentales

- El desarrollo infantil puede y debe estimularse desde el nacimiento. Los padres y las madres desempeñan un papel fundamental para favorecer el desarrollo de sus hijos e hijas.
- Durante los dos primeros años de vida, hay distintas facetas del desarrollo que es importante estimular. Se puede ayudar a niños y niñas a controlar mejor su cuerpo, a ser cada día más inteligentes, a comunicarse, así como a querer y a relacionarse. Es importante asegurar la promoción de todas estas facetas del desarrollo.
- No hace falta buscar momentos especiales para estimular el desarrollo del bebé; por el contrario, hay que aprovechar las rutinas cotidianas. También es importante respetar el tiempo de descanso de niñas y niños.
- Niños y niñas necesitan cosas distintas a cada edad. Los progenitores deben conocer cuáles son esas necesidades para atenderlas adecuadamente.
- Cada bebé es único, tiene unas características personales propias. Madres y padres deben conocer bien a su bebé, respetar su ritmo de desarrollo y adaptarse a sus preferencias.
- Existen muchas formas de promover el desarrollo infantil en las actividades cotidianas. La mejor estimulación no es la más complicada ni elaborada, sino la que sintoniza mejor con las necesidades y capacidades de cada bebé.

Guía “Cómo establecer un buen apego”

Esta guía se centra en la promoción de un vínculo de apego seguro entre el o la bebé y sus progenitores. En una introducción inicial, se reflexiona en torno a la importancia de este vínculo para el desarrollo infantil. Posteriormente, se describe qué es el vínculo de apego y cómo se forma durante los primeros años de vida. Además, se ofrecen claves fundamentales para promover un vínculo de apego saludable. Finalmente, se ofrecen respuestas a algunas dudas habituales que suelen plantearse en relación con este tema.

Ideas fundamentales

- El vínculo de apego es la relación afectiva, especial y única que se establece entre el bebé y quienes le cuidan.
- El vínculo de apego se crea desde muy pronto, en los primeros meses de vida. No se crea de forma automática; se va estableciendo poco a poco gracias al afecto que impregna las relaciones cotidianas entre el o la bebé y las personas que le cuidan.
- El vínculo de apego es la base de un desarrollo psicológico saludable e influye en la seguridad emocional y en la forma de relacionarse con los demás.
- Madres y padres tienen la principal responsabilidad a la hora de establecer un vínculo de apego saludable.
- Es fundamental que los padres y las madres demuestren cuánto quieren a su hijo o hija y que sean sensibles a sus necesidades, atendiéndole adecuadamente.

Guía “El logro de la autonomía”

En esta guía, se resalta la importancia del logro de la autonomía en niñas y niños, describiendo los distintos logros que tienen lugar y ofreciendo pautas a los progenitores para ayudar a sus hijos e hijas a conseguirlos con éxito.

Ideas fundamentales

- A partir de los dos años, niñas y niños van adquiriendo la capacidad de valerse por sí mismos en distintas dimensiones de su vida.
- Este es un camino gradual y progresivo en el cual irá adquiriendo nuevas habilidades, tales como manejar los cubiertos, vestirse sin ayuda, controlar sus esfínteres, realizar sus primeras tareas en casa como recoger sus juguetes, dormir en su propia habitación así como pasar a un nuevo contexto como la escuela infantil.
- Para adquirir mayor autonomía se requiere apoyo, estímulo y comprensión por parte de las personas adultas de su familia. Este apoyo y comprensión hará que tenga mayor confianza respecto a sus propias habilidades, lo que le animará a llevar a cabo conductas más “complicadas”.
- Para favorecer la autonomía es aconsejable:

- Intervenir sólo cuando la niña o el niño no sea capaz de hacer algo por sí mismo o cuando reclame participación o ayuda.
 - Elogiar cuando consigan lo que se proponen y utilizar frecuentemente demostraciones de afecto e interés.
 - No sólo hay que alabar cuando consiga lo que pretenden, sino que hay que felicitarles también por sus intentos.
 - No culpabilizar o reprender excesivamente si no logran realizar algo, ya que se puede contribuir a que formen una mala imagen de sí mismos.
- Si se protege excesivamente a niños y niñas o se les da todo hecho, aunque sea con la mejor voluntad, se estará entorpeciendo su desarrollo, impidiendo su gradual autonomía.
 - No se debe proteger excesivamente pero esto no significa ir al otro extremo, ya que niños y niñas necesitan la supervisión de personas adultas. Por ejemplo, nunca se debe dejar al pequeño o la pequeña a solas en casa.

Guía “El arte de educar”

En esta guía, se presentan los ingredientes necesarios para que la tarea de educar sea lo más agradable posible y padres y madres ganen en seguridad en la crianza y educación de sus hijos e hijas.

Ideas fundamentales

En el proceso de crianza y educación hay que conjugar dos ingredientes esenciales e igualmente necesarios:

- Es importante que las relaciones entre los miembros de la familia y el ambiente en casa sean cálidos y afectuosos. Es también muy importante que se muestre abiertamente el cariño, responder a las necesidades de niñas y niños, interesarse por sus cosas, aceptarlos tal y como son, con sus virtudes y sus defectos. Igualmente es necesario dedicar tiempo a disfrutar en familia, no serán necesarias situaciones especiales, pues en cada momento del día puede ser una buena oportunidad para estar juntos.
- Es igualmente importante que en casa que existan disciplina, normas y límites al comportamiento de niños y niñas. Para ello es aconsejable:
 - Razonar y dialogar con él o ella para establecer normas y límites al comportamiento de niños y niñas.
 - Cuando las normas se cumplan no se puede olvidar premiarles.
 - Cuando las normas no se cumplan habrá que actuar en consecuencia, siempre teniendo en cuenta la edad y las características de la niña o el niño
 - Las consecuencias siempre deben ser proporcionadas a la conducta, no debiendo utilizar nunca el castigo físico y siendo siempre preferible premiar por lo bien hecho que poner toda la atención en los comportamientos que se quieren evitar.

- Es muy importante que las personas que estén cerca de él o ella estén de acuerdo en las principales pautas educativas. Si esto no es así, el niño o niña se confundirá.
- Rabietas
 - Las rabietas son algo normal en estas edades. Si se afrontan adecuadamente, irán disminuyendo poco a poco.
 - Probablemente los niños y niñas hayan aprendido que esa es la manera de conseguir las cosas. Por ello, hay que enseñarles que esto no es así.
 - La mejor manera de terminar con las rabietas es ignorar estos episodios siempre que ocurran y bajo ningún concepto ceder a ellas y que consiga lo que pretendía.

Guía “Aprender y divertirse al salir de clase”

En esta guía, se resalta la importancia del tiempo de niños y niñas después de la escuela, ofreciendo orientaciones a madres y padres acerca de cómo ayudar a sus hijos e hijas a organizarlo de manera que exista un equilibrio entre las responsabilidades y un ocio saludable.

Ideas fundamentales

- En la organización del tiempo después de la escuela, debe existir un equilibrio entre el tiempo dedicado a las responsabilidades y el tiempo libre de ocio.
- Desde la familia se debe hacerse un esfuerzo por estimular el interés de niños y niñas por la escuela y favorecer así su desempeño académico. Para ello, es aconsejable:
 - Apoyar a niños y niñas en sus tareas escolares.
 - Ayudar a hijos e hijas a organizar su tiempo de estudio.
 - Proporcionar un adecuado ambiente de estudio, tanto físico como de relaciones entre los miembros de la familia.
 - Favorecer que los niños y niñas participen en otras actividades que supongan un aprendizaje: actividades extraescolares, visitas culturales, deporte, etc.
 - Mantener una continua relación con la escuela.
- Aprender a divertirse es un aspecto importante del desarrollo y madres y padres pueden contribuir a este aprendizaje en sus hijos e hijas. Para ello, se aconseja:
 - Dar a conocer alternativas para el tiempo libre a los hijos e hijas.
 - Fomentar actividades de ocio en ellos y ellas que propicien conductas saludables.
 - Supervisar que exista diversidad de actividades, aunque no en exceso, por la posibilidad de convertirse en incompatibles con sus responsabilidades y horas de sueño.
 - Establecer tiempo compartido en familia.

- Supervisar el uso que niños y niñas hacen de distintas formas de ocio (videojuegos, ordenador y televisión), con el objetivo de potenciar los beneficios que suponen para ellos y ellas.

Guía “Llegó la adolescencia”

Esta guía pretende ofrecer a padres y madres una visión ajustada y realista sobre los cambios que podrán experimentar en las relaciones con sus hijos e hijas durante su adolescencia. En ella se proporciona a los progenitores estrategias y consejos para que se relacionen con sus hijos e hijas de una forma más saludable y positiva.

Ideas fundamentales

- Aunque con la llegada de la adolescencia pueden aparecer algunos problemas, la mayoría de los chicos y chicas atraviesan esta etapa sin demasiadas dificultades.
- El bienestar y el ajuste del adolescente puede favorecerse cuando padres y madres le escuchan atentamente, intentan comprenderle, le apoyan, le demuestran su cariño y estimulan su autonomía.
- El establecimiento de límites es muy importante durante la adolescencia. Padres y madres no deben olvidar esta cuestión, y establecer límites claros, razonados, coherentes y ajustados a las nuevas necesidades de sus hijos e hijas.
- Padres y madres deben evitar el empleo de técnicas de control psicológico como el chantaje emocional y la inducción de culpa.
- La negociación es la mejor estrategia para resolver los conflictos que puedan surgir entre los progenitores y sus hijos e hijas.
- Las relaciones con los iguales ganan mucha importancia durante estos años. Unas buenas relaciones de amistad van a proporcionar al adolescente seguridad emocional, además de favorecer un desarrollo adecuado de sus competencias y habilidades sociales.
- Durante la Educación Secundaria puede bajar el rendimiento académico de chicos y chicas, así como su interés y motivación por el estudio. Desde la familia se debe hacer un esfuerzo por estimular su interés por la escuela y favorecer así su rendimiento.

Guía específica para familias en proceso de separación

Esta guía está dirigida a familias que están pasando por un proceso de separación. En ella, se ofrecen algunas recomendaciones para que este difícil proceso se produzca de la forma más saludable posible, teniendo en cuenta las necesidades e intereses de los niños y niñas, así como de cada miembro de la pareja.

Ideas fundamentales

- Con respecto a las consecuencias que la separación puede tener para niños y niñas, es importante que se les transmita a padres y madres que lo que más daño hace a niñas y niños

es verse envueltos día a día en un conflicto abierto. Para los y las menores siempre será mejor vivir con su padre o su madre, por separado, pero en un mundo en calma, que juntos, pero infelices y en pleno campo de batalla.

- Es importante que se planifiquen y acuerden los cambios que se producirán en la dinámica familiar, a solas o con el asesoramiento de una persona experta que ayude a padres y madres a resolver la situación de la forma más deseable.
- Será fundamental que se transmita a madres y padres que las decisiones deben tomarse pensando sobre todo en que niños y niñas y no cambien radicalmente de vida y tengan en cada casa lugares estables con espacios que sientan como propios.
- Se ha de insistir en que no es posible ni bueno ocultarles la separación, que deben ser ellos y ellas quienes comuniquen a niños y niñas la decisión de separarse, cuando ya sea firme, desde el respeto mutuo y con respuestas consensuadas acerca del futuro de la familia.
- Será muy importante que los progenitores, siempre que sea posible, intenten mantener una buena relación basada en la comunicación, la colaboración y el respeto mutuo. No se les puede nunca olvidar que, aunque ya no sean pareja, siguen siendo padres y madres, y habrá decisiones relativas a la educación que tendrán que tomar conjuntamente.
- Las relaciones con los hijos e hijas también cambian, pero es importante que se mantengan, y aunque se pase menos tiempo con ellos y ellas, este tiempo es fundamental para demostrarles que les siguen queriendo igual.
- Nunca se debe usar a los hijos e hijas como arma o moneda de cambio en los conflictos; de igual forma, tampoco es recomendable que se conviertan en el “pañito de lágrimas” de los progenitores, ni en la única vía de comunicación.
- Es importante que cada parte de la pareja se conceda tiempo para adaptarse a la nueva situación, busque apoyos e intente reorganizar su vida. No será positivo para ellos y ellas anclarse en el rencor o la victimización.
- Será fundamental que padres y madres también sepan que sus hijos e hijas van a pasar malos momentos debido a la separación, sobre todo al principio. Deben ser sensibles a estos malos momentos, intentar darles dosis extra de cariño y de comprensión, así como de momentos en los que puedan expresar abiertamente cómo se sienten y qué les preocupa.

Guía específica para Familias combinadas o reconstituidas

Esta guía está destinada a las familias reconstituidas o combinadas, que se forman por la unión de dos personas que ya tienen hijos o hijas de uniones anteriores. Son, aparentemente, muy parecidas a las familias configuradas como primeras uniones, pero la mayor complejidad de las relaciones que hay en su seno hace que las dificultades en la convivencia suelen ser mayores y que precisen de asesoramiento específico.

Ideas fundamentales

- Es importante aconsejar a madres y padres que se den tiempo antes de establecer la convivencia de todos los miembros de la nueva familia. Es preferible que vayan estableciendo

paulatinamente las relaciones y que vayan compartiendo tiempos (de ocio, de vacaciones) antes de formalizar la convivencia bajo el mismo techo.

- Una vez constituidas, en estas familias hay que prestar especial atención a cuidar y dedicar un tiempo especial a todas las relaciones involucradas (de la propia pareja, de cada progenitor con sus propios hijos, de la pareja con los nuevos hijos, de la familia al completo).
- En estas familias hay relaciones que no están claramente definidas legal y socialmente (las nuevas parejas de los progenitores, sus hijos). Por ello, es importante no forzarlas, permitir que se vayan fraguando y aceptar que pueden tomar distintas configuraciones (a veces, niños, niñas y adolescentes las pueden vivir como nuevas figuras parentales o fraternales, y otras veces simplemente como personas cercanas)
- Es muy importante aconsejar a la pareja que se fortalezcan y cuiden su relación, porque con frecuencia deberán hacer frente a demasiadas tensiones y eso siempre es más sencillo si se pueden apoyar mutuamente y si sienten el bienestar ligado a su propia felicidad.
- Es aconsejable que respeten e intenten coordinar las tradiciones de las dos familias iniciales, así como establecer nuevas tradiciones y costumbres que ayuden a configurar una identidad propia a la nueva familia.
- En estas familias, por su mayor complejidad, los conflictos son seguramente inevitables y ante ellos lo mejor es conservar la calma y generar un plus de paciencia y esperanza en que se hallarán soluciones deseables para todos sus miembros.
- Cuando la familia se ve sobrepasada por los conflictos, hay que animarla a solicitar ayuda profesional para afrontar de la mejor manera la situación.

Guía específica para familias homoparentales

Esta guía está pensada para familias encabezadas por dos madres lesbianas o dos padres gays. Estas familias comparten con el resto de estructuras familiares la mayor parte de las dinámicas y situaciones cotidianas, pero también poseen algunas características que las hacen diferentes. En la guía se ofrece a las familias una serie de recomendaciones que les pueden ayudar a resolver algunas situaciones específicas a las que tendrán que hacer frente: cómo hablar con los hijos e hijas abiertamente de la situación familiar, en función de la edad; cómo prepararse para la inserción en otros contextos, como la escuela, y cómo saber identificar algunos aspectos que las hacen singulares y les permiten aportar a los niños y niñas experiencias muy valiosas.

Ideas fundamentales

- Las familias homoparentales constituyen un contexto apropiado para el desarrollo de niños y niñas. Aunque esto es así, en ocasiones el desconocimiento o los prejuicios consideran a las personas homosexuales como padres o madres “no idóneos”. Por ello, hay que transmitir a estos padres y madres que deben tener paciencia y responder con tranquilidad ante cualquier comentario acerca de la validez del modelo familiar.
- Hay ocasiones en las que los progenitores en estas familias se sienten más presionados para ser “buenos padres” o “buenas madres”. Hay que transmitirles tranquilidad, librarles de esta presión, puesto que no existe una familia perfecta y probablemente tengan que enfrentarse a

diferentes problemas, no por ser homosexuales, sino porque son los problemas que surgen en el día a día de cualquier tipo de familia (discusiones con los hijos e hijas, alguna dificultad en la escuela, etc.)

- Será muy importante que madres y padres hablen abierta y naturalmente con sus hijos e hijas de su situación familiar, adaptando la información que se les puede dar en función de la edad. La ayuda de cuentos apropiados puede resultar de utilidad para abordar el tema.
- Es interesante recomendar a padres y madres que se pongan en contacto con otras familias homoparentales, facilitando así también que sus niñas y niños puedan compartir dudas, inquietudes y experiencias con los de otras familias.
- De igual forma, deben hablar también con los hijos e hijas acerca de la posibilidad de encontrarse con algún tipo de discriminación por tener padres gays o madres lesbianas, así como darles estrategias para afrontar este tipo de situaciones de forma apropiada.
- Es importante que los padres o madres elijan escuelas “inclusivas”, donde la diversidad de modelos esté presente. Además, es recomendable comunicar la situación familiar en la escuela, e incluso proporcionar materiales que ayuden a tratar el tema en el aula.

Guía específica “Bebés con necesidades especiales”

Esta guía está pensada para familias con hijos o hijas que tienen necesidades especiales. En ella se reflexiona en torno a cómo se vive la transición a la maternidad y la paternidad en estas circunstancias. Además, padres y madres pueden encontrar orientaciones útiles para educar a los y las bebés con necesidades especiales. Finalmente, se incluye información sobre asociaciones donde pueden encontrar apoyo específico para diferentes necesidades.

Ideas fundamentales

- La noticia de un bebé con necesidades especiales es difícil de asimilar. Lo normal es sentir frustración o rabia al principio y no hay que sentirse culpable por experimentar esos sentimientos. Es importante reconocerlos y aceptarlos para poder hacer frente a la nueva realidad familiar.
- Cuidar y educar a una niña o niño con necesidades especiales requiere mucho esfuerzo y atención. Pero, a la vez, es una de las experiencias más gratificantes de las que puede disfrutar una madre o un padre.
- Todos los niños y las niñas necesitan ser cuidados, queridos y estimulados en sus familias, aunque la manera de hacerlo es distinta para cada bebé. Madres y padres deben conocer bien a su bebé y adaptarse a su ritmo de desarrollo.
- Para los y las bebés con necesidades especiales es fundamental estimular su desarrollo desde el principio.
- Como con cualquier bebé, el cuidado de niños y niñas con necesidades especiales debería ser compartido, siendo importante no sobrecargar con estas tareas a ningún miembro de la familia, especialmente a los hermanos y hermanas.

- Los hermanos y hermanas de niñas o niños con dificultades necesitan, como cualquier menor, cuidado, atención y cariño incondicional de sus progenitores.
- Es normal necesitar apoyo en estos casos y existen muchos profesionales, colectivos y asociaciones dispuestos a ayudar a las familias con niños o niñas con necesidades especiales.

PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA. GUÍA PARA PROFESIONALES

8. ANEXO C: ACTIVIDADES Y OBJETIVOS GENERALES DE LAS SESIONES GRUPALES

Sesión grupal 1 “Nueva vida familiar”

La sesión consta de tres actividades:

- **Actividad 1.** Se anuncia.
- **Actividad 2.** Mi tarta.

En la siguiente tabla aparece la relación de objetivos generales de la sesión y se indica qué actividades abordan cada uno de estos objetivos.

OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES
1. Reflexionar sobre la experiencia de convertirse en padre o madre, tomando conciencia de la relación entre las expectativas previas y la vivencia personal.	Actividad 1
2. Analizar y comprender como normales ciertas repercusiones emocionales de la transición a la maternidad y la paternidad.	Actividad 1
3. Identificar y analizar el peso de la maternidad y la paternidad dentro de los distintos roles que componen la identidad durante la adultez.	Actividad 2
4. Tomar conciencia del alto nivel de implicación que requiere el desempeño de las tareas relacionadas con el cuidado y la educación de los hijos e hijas y, al mismo tiempo, la gran satisfacción que produce este rol.	Actividad 2

Sesión grupal 2 “Nuestro bebé: Adaptación y vínculo de apego”

La sesión consta de tres actividades:

- **Actividad 1.** La balanza.
- **Actividad 2.** Vínculo de apego.

En la siguiente tabla aparece la relación de objetivos generales de la sesión y se indica qué actividades abordan cada uno de estos objetivos.

OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES
1. Conocer algunas estrategias para compatibilizar las tareas relacionadas con el cuidado y la crianza de los hijos e hijas con el desempeño de otros roles de la adultez.	Actividad 1
2. Reflexionar acerca de distintas posibilidades de organizar el cuidado alternativo del o de la bebé.	Actividad 1
3. Reflexionar sobre el importante papel que padres y madres desempeñan en la promoción del desarrollo de sus hijos e hijas.	Actividad 2
4. Aprender estrategias para promover un apego seguro con los hijos e hijas.	Actividad 2

Sesión grupal 3 “Cómo estimular el desarrollo infantil”

La sesión consta de tres actividades:

- **Actividad 1.** El reloj familiar.
- **Actividad 2.** La flor del desarrollo.

En la siguiente tabla aparece la relación de objetivos generales de la sesión y se indica qué actividades abordan cada uno de estos objetivos.

OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES
1. Reflexionar sobre el importante papel que padres y madres desempeñan en la promoción del desarrollo de sus hijos e hijas.	Actividad 1 Actividad 2
2. Tomar conciencia de la importancia de la organización de la vida familiar en el desarrollo infantil.	Actividad 1
3. Conocer qué características deben adoptar las rutinas cotidianas de los hijos e hijas para que respondan a sus necesidades.	Actividad 1
4. Conocer algunas estrategias que padres y madres pueden emplear para favorecer el desarrollo de sus hijos e hijas.	Actividad 2

Sesión grupal 4 “El arte de educar”

La sesión consta de siete actividades:

- **Actividad 1.** Introducción a la sesión.
- **Actividad 1.** Presentación de los y las participantes.
- **Actividad 2.** Estilos educativos.

- **Actividad 3.** Estableciendo normas.
- **Actividad 4.** Estableciendo consecuencias.
- **Actividad 5.** Un problema característico de estas edades: las rabietas.
- **Actividad 6.** Con mi hijo o hija... ¿Cómo actúo?
- **Actividad 7.** Conclusiones y cierre de sesión.

En la siguiente tabla aparece la relación de objetivos generales de la sesión y se indica qué actividades abordan cada uno de estos objetivos.

OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES
1. Introducir la sesión a madres y padres, explicándoles la finalidad de la misma y fomentando un clima de confianza y participación.	Actividad 0 Actividad 1
2. Transmitir a padres y madres que tanto el afecto y la comunicación, como las normas y los límites, son los ingredientes necesarios en la tarea de educar a sus hijas e hijos.	Actividad 2
3. Ofrecer a madres y padres estrategias que faciliten y hagan más agradable y eficaz la tarea de educar a niños y niñas.	Actividad 3 Actividad 4 Actividad 6
4. Ayudar a que padres y madres ganen en seguridad respecto a su papel como educadores.	Actividad 2 Actividad 3 Actividad 4 Actividad 5 Actividad 6
5. Proporcionar a madres y padres un espacio de reflexión para tomar consciencia sobre sus propios estilos y prácticas educativas.	Actividad 2 Actividad 3 Actividad 4 Actividad 5 Actividad 6
6. Ayudar a padres y madres en el manejo de uno de los problemas característicos de estas edades: las rabietas.	Actividad 5
7. Reforzar las ideas claves de la sesión y resolver las posibles dudas que permanezcan.	Actividad 7

Sesión grupal 5 “La llegada de la adolescencia”

La sesión consta de cinco actividades:

- **Actividad 1.** Mensaje de bienvenida a la sesión e introducción sobre los cambios físicos, sociales y psicológicos que se producen durante la adolescencia.
- **Actividad 2.** Juego de roles. “Invirtiendo los papeles”.
- **Actividad 3.** Análisis de una situación de comunicación inadecuada.
- **Actividad 4.** Resolviendo conflictos mediante la negociación.
- **Actividad 5.** Conclusiones y cierre de sesión.

En la siguiente tabla aparece la relación de objetivos generales de la sesión y se indica qué actividades abordan cada uno de estos objetivos.

OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES
1. Dar una imagen normalizada y realista de la adolescencia.	Actividad 1 Actividad 5
2. Ofrecer a padres y madres información sobre los cambios más significativos que tienen lugar durante la adolescencia.	Actividad 1 Actividad 5
3. Proporcionar a padres y madres estrategias que fomenten una parentalidad positiva durante la adolescencia de sus hijos e hijas.	Actividad 2 Actividad 3 Actividad 4

