

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.org

Vol. II - Abril 2005
Suplemento 1

IV FORO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA

Sumario

EDITORIAL Tiempos nuevos para la pediatría de Atención Primaria. **PAG 1**

TALLERES

- Exploración funcional del aparato locomotor
Alberto Delgado Martínez, Ignacio Martínez Caballero. PAG 2
- Modelos de coordinación en atención sociosanitaria. **PAG 13**
 - Inmigración. *Inmaculada Sánchez Becerra. PAG 14*
 - Educación en el niño sordo. *Inmaculada Sánchez Casado. PAG 25*
 - Atención Temprana. *Isabel Botana del Arco. PAG 32*
 - Trastornos del lenguaje. *Arturo Domínguez Giralt. PAG 38*

MESAS REDONDAS

- Aspectos ético-legales-profesionales en el ejercicio del pediatra de atención primaria.
 - Aspectos éticos. *Xavier Allué Martínez. PAG 42*
 - Problemática profesional. *José María Antequera Vinagre. PAG 45*
- Manejo de la obesidad infantil en atención primaria.
 - Aspectos epidemiológicos. Situación actual en Extremadura.
José E. Campillo Álvarez. PAG 53
 - Prevención y promoción de hábitos saludables. *M. Carmen Gutiérrez Moro. PAG 54*
 - Manejo práctico del paciente obeso en Atención Primaria.
Elena Fernández Segura. PAG 60

ANEXOS

- Guía de observación del desarrollo de lenguaje. **PAG 70**
- Lenguaje y comunicación: Prevención y detección de alteraciones. **PAG 74**
- Disfemia. **PAG 76**



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS



TIEMPOS NUEVOS PARA LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Queda muy lejos el tiempo en el que a los niños se los llevaba al médico cuando estaban enfermos, acatando de buena fe diagnósticos y tratamientos. Eran tiempos en los que había diferentes costumbres en el hogar, en la escuela, en la sociedad. Había pocos pediatras fuera de los hospitales.

No eran tiempos mejores ni peores, eran otros tiempos.

Ahora nos han tocado los tiempos de la prisa, de la duda, de la exigencia, de los muchos derechos y los pocos deberes. Hay menos niños y muchos más pediatras fuera del hospital, pero nos falta tiempo.

Nos falta tiempo para dedicar a nuestros pacientes.

Nos falta tiempo para compartir inquietudes con educadores, padres, compañeros.

Nos falta tiempo para aprender a afrontar nuevos retos.

Nos falta tiempo para dedicar a nuestra familia, a nuestro ocio.

Nos falta tiempo para explicar a aquellos que nos roban el tiempo con tonterías (no sólo padres/madres, sino políticos, funcionarios,..., con tantas reuniones baldías) que nuestro tiempo es precioso, y si supiesen emplear mejor su tiempo, habría más tiempo para todos.

Nos falta tiempo, pero... aún nos quedan "ganas".

Prueba de ello es que tras una semana agotadora, una más de este agotador invierno, nos reunimos un fin de semana robado a nuestro tiempo de ocio para aprender un poquitín más y, sobre todo, para compartir nuestras inquietudes.

Desde el convencimiento de que el pediatra de atención primaria es hoy día uno de los

profesionales mejor preparado, más adaptado a la evolución de la sociedad, más entregado a su trabajo, miro con cierto pesimismo el olvido existente por parte de las instituciones.

Nos queda mucho por conseguir, todos sabemos lo que nos falta, y no es mi intención detallar aquí una relación de necesidades de sobra conocida por todos.

Quiero más bien mirar un poco hacia atrás y reflexionar.

Para llegar hasta donde estamos, ya organizados, nuestra voz oída (aunque aún poco escuchada), ha sido necesaria la existencia de pediatras que consiguieron demostrar su valía cuando todo estaba en contra, cuando otros pretendían que el pediatra de atención primaria fuera sólo un apéndice más del hospital.

Estos pediatras con su esfuerzo pusieron en marcha el germen de las actuales sociedades de pediatría de atención primaria, que culminó con la creación de la AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria), parte integrante de la AEP (Asociación Española de Pediatría).

Desde aquí mi agradecimiento a todos ellos.

Por todo lo que hicieron merecen ser considerados socios destacados de nuestras sociedades científicas de pediatras de atención primaria.

Tenemos la obligación moral de continuar con esta labor, adaptándonos a los nuevos tiempos e intentando mejorar nuestras condiciones laborales y profesionales.

Es tarea DE todos y PARA todos.

Cecilia Matilde Gómez Málaga

Presidente Sección Pediatría de Atención
Primaria de Badajoz
Presidente Comité Organizador IV Foro



TALLER: EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR

Alberto D. Delgado Martínez.

FEA Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Complejo Hospitalario de Jaén.
Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.

Ignacio Martínez Caballero.

FEA Ortopedia Infantil.
Hospital del Niño Jesús. Madrid

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de las patologías del aparato locomotor en el niño se realiza en un 80% sólo por anamnesis y exploración clínica. Esto da una idea de la importancia de una correcta exploración del aparato locomotor. Además, en el caso del niño, a veces es difícil la realización de pruebas complementarias (radiografías, ecografía, resonancia, etc.), por lo que el valor de la exploración clínica es aún mayor.

Para una exploración adecuada, es necesario un conocimiento, al menos básico, de la anatomía de la zona a explorar. Sin embargo, el método ideal de aprendizaje (la realización de una exploración clínica ante un paciente con patología conocida en presencia de un experto) casi nunca es posible, y menos aún en el ámbito de la atención primaria.

En esta guía se presenta lo esencial, que servirá de guión para el taller práctico.

Como normas generales de exploración del aparato locomotor en el niño:

Observar los movimientos espontáneos al entrar en la consulta y al hacer la entrevista.

Comenzar tocando en una zona que no duela. Con esto nos ganamos su confianza.

Distraer la atención: preguntar sobre el tobillo mientras tocamos la rodilla, por ejemplo.

Si existen dudas sobre la exploración, no dudar en repetirla de nuevo en unos días

EXPLORACION CLINICA DE LA COLUMNA TORÁCICA

Es la parte más rígida de la columna por estar asociada a la caja costal. Presenta una curvatura primaria o cifosis torácica.

1º.- Inspección

Con el paciente de pie, y desnudo de cintura hacia arriba, valoraremos la presencia de deformidades, tales como una cifosis o escoliosis. Prestaremos especial atención a la altura de los hombros. También observaremos la presencia de deformidades torácicas, tales como el pectum carinatum o pectum excavatum.

2º.- Palpación:

Se debe palpar:

- Esternón
- Costillas
- Clavícula
- Abdomen
- Escápula
- Apófisis espinosas de las vértebras torácicas y musculatura paravertebral
- Articulaciones interapofisarias

3º.- Movilidad

a.- movilidad activa.

Se dice al paciente que realice una serie de movimientos. La movilidad torácica es limitada en condiciones normales.

- Flexión (20-45°): se puede medir con una cinta métrica por detrás: desde C7 a S1 se debe mover unos 10 cm (valora también columna lumbar), o haciendo una flexión con las rodillas extendidas y midiendo lo que le queda para llegar al suelo (esto valora columna torácica, lumbar, caderas e isquiotibiales)
- Extensión (25-45°)
- Desviación lateral (20-40°)
- Rotación (35-50°)

b.- movilidad pasiva

Se realizan los mismos movimientos que en la fase anterior, pero realizados de forma pasiva por el examinador.

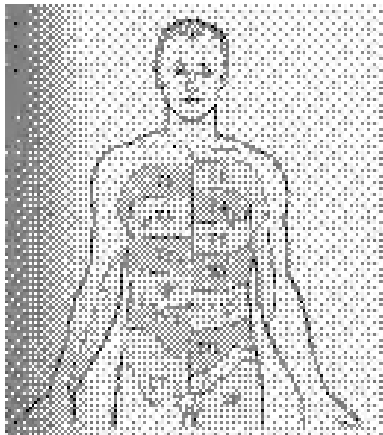
c.- movilidad activa resistida

Se valora la fuerza muscular de los distintos grupos musculares, diciendo al enfermo que no se mueva mientras el examinador intenta realizar el movimiento contrario (o indicándole que realice el movimiento contra la resistencia del examinador)



4º.- Pruebas especiales

a.- Distribución sensitiva:

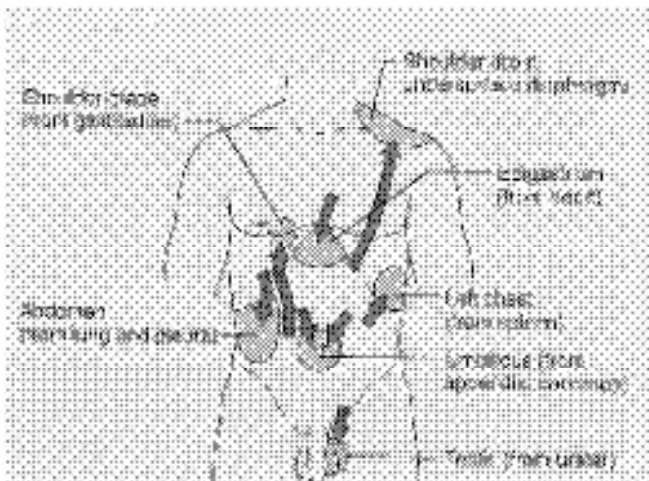


b.- Test de Adams: Al hacer flexión de la columna, vemos si las dos parrillas costales están alineadas (altura). Si forman un ángulo mayor de 7 grados, se considera que hay escoliosis y es criterio de derivación.



c.- Plomada: Valora la existencia de equilibrio en una escoliosis. Se coloca sobre la apófisis espinosa de C7 y se observa dónde cae.

d.- Dolor referido



EXPLORACION CLINICA DE LA COLUMNA LUMBAR

Soporta el peso del cuerpo y lo transmite a la pelvis y al miembro inferior. Es un segmento más móvil que el torácico y sometido a mayores cargas, por lo que es origen frecuente de patología.

Anatomía funcional

Los movimientos que realiza la columna lumbar son sobre todo de flexoextensión e inclinación lateral, con muy poca rotación, debido a la estructura de las apófisis articulares

- Flexión (40°): las apófisis articulares de la vértebra superior ascienden y la columna lumbar rectifica su curvatura.
- Extensión (30°): movimiento inverso con acentuación de la curvatura.
- Inclinaciones laterales: Las apófisis articulares, actúan de tope en el movimiento de inclinación derecha (20°) e izquierda (20°). Estas apófisis articulares aseguran la solidez de la columna lumbar.
- Rotaciones: Movimientos de rotación limitados a cada lado (5°) por la disposición de las apófisis articulares y la resistencia anterior del disco intervertebral correspondiente.

Con un disco intacto las superficies articulares soportan del 20 al 25% del peso axial; pero si hay degeneración del disco estas soportan hasta un 70%.

El daño, degeneración o traumatismo en el segmento del movimiento (apóf. articular y disco) puede provocar:

- Espondilosis: degeneración del disco
- Espondilolisis: fractura en la porción interarticular o el arco de la vértebra.
- Espondilolistesis: desplazamiento hacia delante de una vértebra sobre otra.
- Retrolistesis: desplazamiento hacia atrás (muy raro).

A veces, las vértebras lumbares se fusionan al sacro, o alguna vértebra del sacro se individualiza de éste:

- Lumbarización de S1 (6 vértebras lumbares): con movimiento de esta
- Sacralización de L5: sólo 4 lumbares móviles

El disco intervertebral degenera a partir de la segunda década de la vida con pérdida de agua desde el 90% hasta el 65% y mucopolisacáridos que se reemplazan por colágeno haciendo éstos menos flexibles.

1º.- Inspección

Observaremos la forma en que se desnuda el paciente. Con el paciente ya desnudo, valoramos la



existencia de manchas en la piel, tumoraciones (lipomas, etc).

También se valora la existencia de alteraciones posturales (escoliosis, rectificación de la lordosis lumbar).

2º.- Palpación:

Palpamos:

Cresta iliaca y espina iliaca posterosuperior

- Apófisis espinosas (L4 entre ambas crestas iliacas)
- Coxis
- Músculos de los canales vertebrales
- Punto de salida del nervio ciático: con el enfermo en discreta flexión de cadera, se palpa entre la tuberosidad isquiática y el trocánter mayor. Es doloroso en caso de compresión del mismo.

3º.- Movilidad

a.- movilidad activa.

Se realizarán los movimientos de la columna lumbar:

- Flexión (40-60°)
- Extensión (20-35°)
- Inclinación lateral (15-20°)
- Rotación (3-18°)

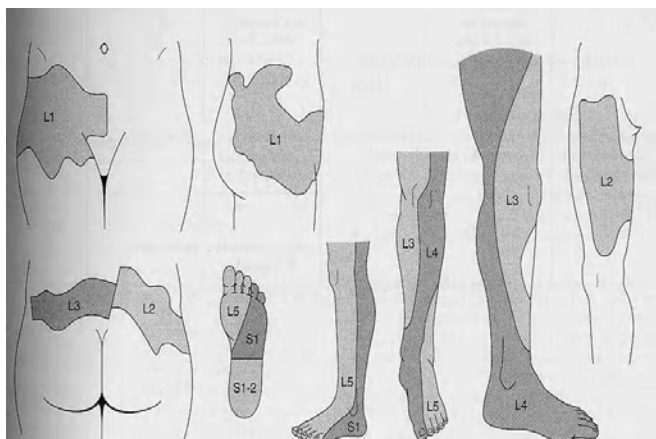
b.- movilidad pasiva

Se realizan los mismos movimientos que en la fase anterior, pero realizados de forma pasiva por el examinador.

c.- movilidad activa resistida

Se valora la fuerza muscular de los distintos grupos musculares, diciendo al enfermo que no se mueva mientras el examinador intenta realizar el movimiento contrario (o indicándole que realice el movimiento contra la resistencia del examinador)

4º.- Pruebas especiales



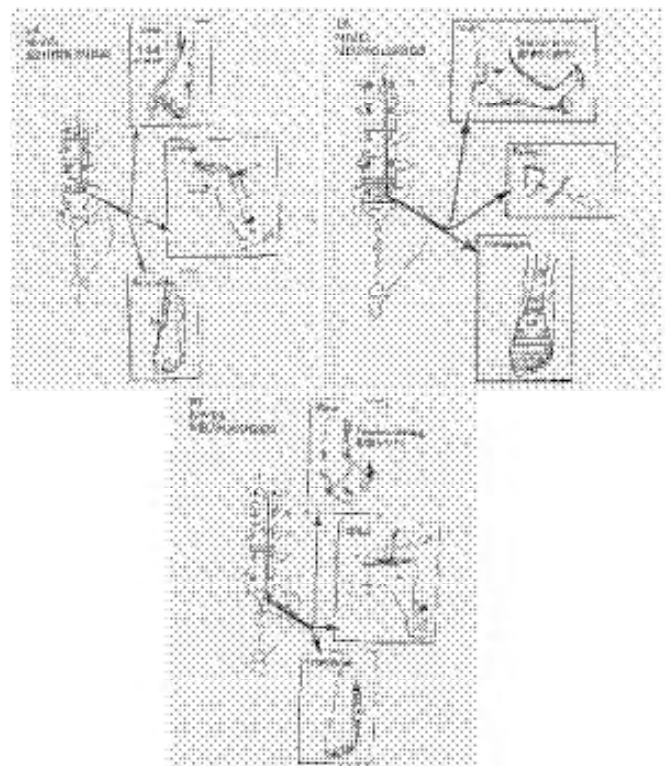
Para realizar la valoración neurológica:

a.- Niveles neurológicos:

Sensitivo:

Motor:

- Psoasílico: D12-L3
 - Cuádriceps: L2-L4
 - L4:
 - Tibial anterior
 - L5:
 - Extensor propio del dedo gordo
 - Extensor común dedos
 - Extensor corto dedos
 - Glúteo medio
 - S1:
 - Peroneos laterales
 - Tríceps sural (gemelos y sóleo)
 - Glúteo mayor
 - S2-4: Movilizan vejiga orina
- Reflejos:
- L4: patelar
 - S1: aquileo



b.- Reflejos superficiales:

Reflejos mediados por la corteza cerebral. Son:

- Reflejo abdominal superficial: tocar alrededor del ombligo y comprobar que éste se mueve



- Reflejo cremastérico superficial: tocar en la parte interna y superior del muslo. El saco escrotal se eleva
- Reflejo anal superficial: al tocar la piel perianal se contrae el esfínter
- c.- Reflejos patológicos:
Están mediados también por la corteza cerebral: su presencia indica patología:
 - Signo de Babinski: Se lleva un instrumento afilado desde calcáneo hacia dedos a través del borde externo-plantar del pie. Cuando es positivo, el dedo gordo se extiende mientras que los otros se flexionan y separan.
 - Prueba de Oppenheim: similar a Babinski, pero presionando sobre cresta tibial.
 - d.- Pruebas de estiramiento de la médula espinal/raíces:
 - Prueba de Lasègue: Consiste en elevar la pierna extendida del paciente para reproducir los síntomas. Se mide el ángulo de la cadera al que se reproduce el dolor. En ese momento, se disminuye un poco el ángulo y se flexiona el cuello (signos de Brudzinski y otros) o se flexiona dorsalmente el tobillo (signo de Bragard) para ver si se reproducen los síntomas. La prueba de Laègue va asociada al ángulo de cadera en que es positivo. A partir de los 70 grados es negativo. Explora básicamente las raíces bajas (L5-S1) y los nervios correspondientes.
 - Lasègue cruzado: Cuando se realiza en una pierna pero la clínica aparece en la otra. Indica más gravedad.
 - Lasègue invertido: es una maniobra de estiramiento de las raíces L2-4 y nervio femoral: se extiende la cadera y flexiona la rodilla.
 - e.- Pruebas para aumentar la presión intratecal:
 - Prueba de Valsalva: se le indica que haga fuerza como para evacuar el intestino, observando si reproduce los síntomas
 - Prueba de Naffziger: Se comprimen ambas venas yugulares del enfermo durante 10 segundos y luego se le dice que tosa

EXPLORACIÓN CLÍNICA DE LA CADERA

Los problemas más frecuentes varían con la edad del niño. (Tabla I)

Edad	Patología			
0-1 años	Displasia del desarrollo de la cadera (DDC)			
2-10 años	Enfermedad de Perthes	Sinovitis transitoria	Artritis séptica	Otras
11-14 años	Epifisiolisis traumática de cadera			

1. Exploración en el niño menor de 1 año (sobre todo para valorar displasia del desarrollo de la cadera, DDC)

A.- Desde el nacimiento hasta los 2 meses de edad: **NEONATO**

Prueba de Ortolani: REDUCCIÓN de una cadera luxada. (Fig. 1A). Se coloca al lactante en decúbito supino y relajado. Conviene explorar primero una cadera y luego la otra, no las dos a la vez. Con una mano se estabiliza la pelvis y con la otra se flexionan la rodilla y la cadera 90 grados, hasta formar un "4". Los dedos medio e índice (o medio y anular) se colocan sobre el trocánter mayor y el pulgar sobre la rodilla (¡no sobre el trocánter menor: duele!). De forma SUAVE se realiza la abducción con el pulgar y a la vez se empuja el trocánter mayor hacia arriba con los otros dedos. La maniobra es positiva cuando **NOTAMOS QUE EL FEMUR ENTRA**. No es un "click", ni siquiera a veces se escucha nada. Es una sensación propioceptiva, que se suele definir como "clunk de entrada". Los "click" de cadera son normales, debidos a fenómenos de vacío, chasquidos ligamentosos o de tendones de la zona. A veces incluso proviene de la rodilla, sin trascendencia patológica.

Prueba de Barlow: LUXACIÓN de una cadera reducida. (Fig. 1B). Se coloca igual que la maniobra de Ortolani, en discreta adducción. Se realiza una presión suave hacia atrás y afuera del fémur. Si la cadera es luxable, se notará la sensación de salida ("clunk de salida"). A mayor extensión de cadera (se explora con la cadera menos flexionada), ésta es más inestable. En la cadera inestable (patológica), la sensación es de "catalejo", o deslizamiento de la cabeza hacia delante y detrás, sin notar la "sensación de salida" completa.

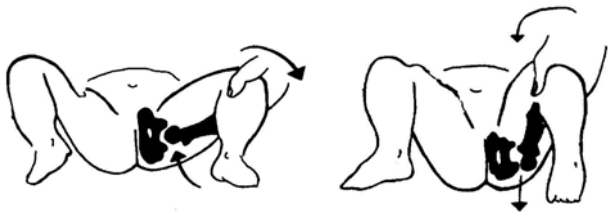
Prueba de Thomas: El recién nacido normal presenta una contractura en flexión de 15 a 30 grados de caderas y rodillas, que desaparece normalmente a los 2-3 meses de edad. Cuando la cadera está luxada, esta contractura se pierde y se observa la extensión completa de la cadera y rodilla.

En el neonato no son útiles los otros signos de luxación de cadera: asimetría de pliegues, limitación de la abducción y el signo de Galeazzi.

El diagnóstico clínico de DDC, conviene acompañarlo de un diagnóstico de imagen como la ecografía que ayude a cuantificar la inmadurez o displasia de cadera. Esta se puede hacer a partir de las dos semanas, y hasta los 3-4 meses. Sobre esa edad aparecen los núcleos de osificación en las radiografías y esta es más valorable entonces.



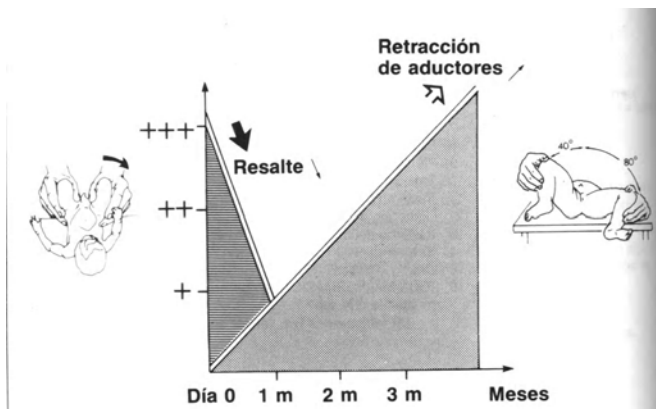
Figura 1, A, B. Pruebas de Ortolani y Barlow respectivamente.



B.- Desde los 3 a los 12 meses: **LACTANTE**. La exploración sigue siendo lo fundamental. Varía con la edad (Fig. 2). Se produce retracción de los músculos aductores, lo que provoca:

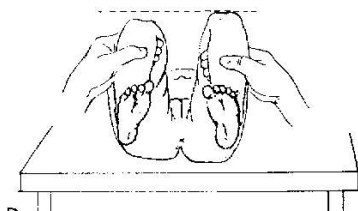
1.- **Limitación a la abducción**: es el signo más importante y fidedigno. Se coloca al niño en la misma posición que para la prueba de Ortolani. Se realiza abducción SUAVE de la cadera. La mayoría de los niños abducen hasta 90º grados, pero se debe conseguir, **al menos 75º**, para considerarlo normal.

Fig. 2 (NOTA: «resalte» indica Ortolani o Barlow es positiva) Signos exploratorios a distintas edades



2.- **Signo de Galeazzi** (fig 1 C): es el segundo signo en importancia: al observar al niño en la posición de exploración anterior, observaremos que una rodilla se encuentra más baja que la otra (acortamiento del fémur).

Figura 1C. Signo de Galeazzi.



3.- **Acortamiento relativo del miembro**: en decúbito supino y piernas extendidas, se miden los miembros desde las espinas ilíacas. Si no, el cuadro más frecuente que produce acortamiento aparente es la oblicuidad pélvica.

4.- **Movilidad “en catalejo”**: Al tirar y soltar del fémur, éste sube y baja con relativa facilidad: al estar fuera del cotilo, tiene más margen de movimiento.

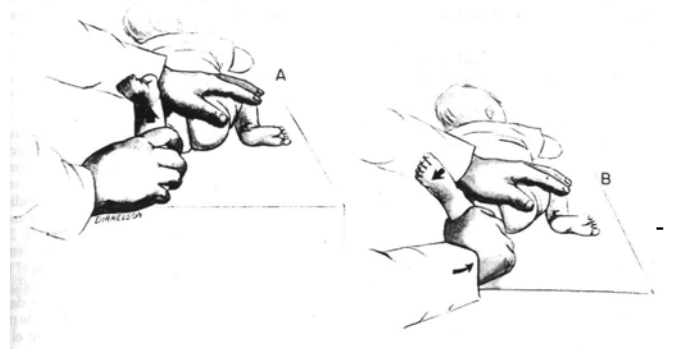
5.- **Asimetría de pliegues**: No es un signo de luxación, es un signo de alerta. La causa más frecuente no es la luxación de cadera, sino la oblicuidad pélvica.

6.- **Oblicuidad pélvica por contractura de abductores**: Es el cuadro que con mayor frecuencia se confunde con la DDC. Condiciona asimetría de pliegues y una extremidad inferior aparentemente más larga al explorar las dos en decúbito supino y en extensión. Es un síndrome postural, benigno, producido por la contractura de los músculos glúteos de la cadera “sana” que condiciona una oblicuidad en la pelvis. Palpando las dos crestas ilíacas se comprueba como esta inclinada la pelvis hacia el lado de la contractura de los abductores lo que explica que el talón de ese lado llegue más distal en supino. El signo de Galeazzi es negativo, con lo que podemos descartar la luxación.

Esta contractura “obliga” a la cadera contralateral a permanecer continuamente en una posición de aducción forzada alterando su desarrollo morfológico. Si no se trata puede provocar DDC en ese lado tardías (a partir de los 6 meses de edad). El niño tiende a voltearse cuando esta en decúbito supino hacia el lado aparentemente más largo, que es el lado en el que los abductores presentan rigidez.

En la exploración en decúbito prono se realiza una variante del test de Ober (Fig.3), con el niño boca abajo: una mano estabiliza la pelvis, la otra mantiene la rodilla en flexión y se intenta aproximarla a la otra sin que bascule la pelvis. Cuando existe una oblicuidad pélvica, resulta imposible llevar la rodilla de la cadera “sana” a la línea media del cuerpo. Esta maniobra es doblemente útil, ya que aparte de demostrar la contractura en abducción, representa los ejercicios pasivos que los padres deben realizar al niño durante el tratamiento de la Oblicuidad pélvica.

Fig. 3 Test de Ober.



Desde que comienza a caminar

Se observa **cojera** con basculación de la pelvis hacia el lado contrario y desviación de la pelvis hacia el lado



afecto. La prueba de Trendelenburg es positiva (ver más adelante). Hay hiperlordosis.

2. Exploración en el niño mayor:

A. - Inspección:

Valoraremos, si entra caminando, cómo es la marcha y la presencia de atrofiaciones musculares, en muslo o zona glútea. La posición típica de la cadera con derrame articular es en flexión, abducción y rotación externa y cualquier intento de cambiarla le produce mucho dolor.

B.- Palpación:

- Espina iliaca anterosuperior (EIAS) y anteroinferior (EIAI). En el adolescente es relativamente frecuente el arrancamiento de la EIAI por tracción del músculo recto anterior del cuádriceps.
- Trocánter mayor: Se valorará su altura relativa (comparando con el otro lado), la presencia de inflamación en la bursa que lo recubre o la posible existencia de una cadera en resorte externa (contractura de la fascia lata).
- Pubis: valorar zonas de dolor en la sínfisis del pubis, ramas ilio e isquiopúbicas, o músculos aductores.
- Músculos aductores.

C.- Pruebas especiales:

C.1.- Arcos de movimiento: es LO MAS IMPORTANTE. Los principales son:

- **Abducción:** En el niño mayor debe ser superior a 45 grados. Su limitación indica un acortamiento relativo de los aductores respecto al complejo articulación-fémur (por ejemplo, en la luxación de cadera). También es signo de mal pronóstico en la enfermedad de Perthes.
- **Rotación externa e interna:** el dolor o las limitaciones a las rotaciones es el primer signo de alteraciones de origen en la cadera y suele indicar patología intraarticular (por ejemplo, derrame). Se valorarán con la cadera en extensión completa y en flexión de 90 grados, ya que pueden estar limitadas en una posición y no en la otra. En decúbito prono con la rodilla a 90° se explora si hay asimetría en las rotaciones. También hay que fijarse en la posición general del miembro (marcha con pies hacia fuera o hacia dentro). Ante niños que caminen con los pies hacia dentro hay que valorar si el problema es de cadera mediante la exploración del arco de movimiento. En la epifisiolisis atraumática de cadera, el signo más precoz es una disminución en la rotación interna de la cadera, provocada por el desplazamiento hacia atrás de la epífisis.

Tabla II. Arcos de movimiento normales en distintas edades

Movimiento	Recién Nacido	4 años	8 años	11 años
Flexión	130°	150°	150°	150°
Extensión	-30° (flexo fisiológ.)	30°	30°	30°
Abducción	80°±5°	55°	50°	45°
Adducción	20°	30°	30°	30°
Rotación interna	75°	55°	55°	50°
Rotación externa	90°	45°	45°	40° C.2.

Prueba de Trendelenburg: Valora la potencia del músculo glúteo medio, que puede estar debilitado por se (alteraciones neurológicas o miopatías) o porque se encuentra funcionalmente acortado por otra causa (luxación de cadera, coxa vara, etc.). Se coloca al niño de pie, y se le dice que apoye sobre el lado enfermo. Si observamos que la pelvis contralateral cae hacia abajo, el signo es positivo.

C.3.- Estimación de la longitud relativa de las piernas: La forma más sencilla es, antes de realizar pruebas más agresivas (como radiografías), colocar al niño de pie, con las piernas rectas y medir con la mano la altura relativa de ambas espaldas ilíacas. Esto se hace palpando ambas crestas ilíacas una con cada mano y viendo a qué altura se quedan. O con una cinta métrica se mide la distancia entre la espina iliaca anterosuperior y el maleolo medial (exactitud de ± 1 cm) en decúbito supino, aunque esto puede ser menos fiable en niños gorditos.

Guía rápida de exploración de la cadera

- NIÑO 0-2 MESES:(DDC).

- Ortolani
- Barlow
- Thomas

- Niño 3-12 meses:(DDC)

- Abducción (>75 grados)
- Galeazzi
- Test de Ober

- Niño 2-14 años:(Perthes, epifisiolisis, sinovitis transitoria, artritis séptica)

- Inspección
- Palpación
- Pruebas especiales:

-Arcos de movimiento: Abducción (45°) y Rotaciones: interna 35° y externa 45°

- Trendelenburg
- Longitud relativa piernas



EXPLORACIÓN CLÍNICA DE LA RODILLA

1. Presentación clínica: Cuatro síntomas o signos principales:

a) **Dolor**: El lugar orienta sobre la región lesionada. Es un síntoma muy variable, y su intensidad no siempre está en relación al grado de lesión. Puede producir impotencia funcional, es decir, incapacidad para caminar o doblar la rodilla, distinto de la impotencia funcional verdadera, en la que el enfermo no pudo caminar ni doblar la rodilla en ningún momento tras el accidente (lesión grave).

La causa más frecuente de consulta de patología de rodilla en atención primaria es el dolor en cara anterior de rodilla en el adolescente y suele ser debido al llamado síndrome de hiperpresión rotuliana externa, que se debe a desequilibrio muscular en la rótula.

También es útil conocer el ritmo del dolor: mecánico (al apoyar), o inflamatorio (por la noche). Un dolor de tipo inflamatorio siempre precisa mayor atención, al poder tratarse de una afección reumática, infecciosa o tumoral.

b) **Dolor referido por patología de cadera**: es una forma de comienzo frecuente de la epifisiolisis traumática de cadera. Por ello, SIEMPRE hay que explorar la cadera en un niño con dolor de rodilla.

c) **Hinchazón**: Por derrame intraarticular o tumefacción de partes blandas. El derrame se caracteriza por ser más marcado por encima de la rótula (fondos de saco), mientras que los demás se localizan en otros puntos (sobre todo por debajo de la rótula). Pero si el traumatismo es grave, se puede romper la cápsula articular y el derrame difundir por los tejidos blandos, por lo que no se acumula en la articulación. El derrame limita la amplitud articular y produce discreto flexo antiálgico.

d) **Atrofia de cuádriceps**: refleja un problema importante.

e) **Otros**, menos importantes en el niño:

- Fallos: sensación de inestabilidad de rodilla. Pueden ser debidos a insuficiencia aguda o crónica del ligamento cruzado anterior (LCA) o de otros ligamentos y a inestabilidad rotuliana (subluxación o luxación lateral).

- Bloqueo: imposibilidad de extensión completa de la rodilla, quedando limitada a 20-45° de flexión. Casi siempre por lesión meniscal, aunque también puede ser debido a la presencia de un cuerpo libre intraarticular. En estos casos, el paciente suele notar "algo suelto en la rodilla". Es importante no confundir el bloqueo con la limitación de la extensión que ocurre en los derrames intraarticulares. Si el bloqueo coincide con un derrame, hay que evacuar éste antes de valorarlo como tal.

2. Exploración de la rodilla: importante realizarla siempre del mismo modo y sin prisas.

a) **Inspección**: Si camina (lesión leve) o no (grave) y si al quitarle la ropa dobla la rodilla o no (lesión más grave). Observar si hay heridas, equimosis, enrojecimiento o hinchazón, y en qué lugar.

b) **Palpación**: con la punta del dedo, detalladamente, en supino, desnudo desde la ingle hasta los pies y la rodilla en extensión completa.

b.1) Zona anterior: rótula, en el surco troclear (centrada sobre el fémur).

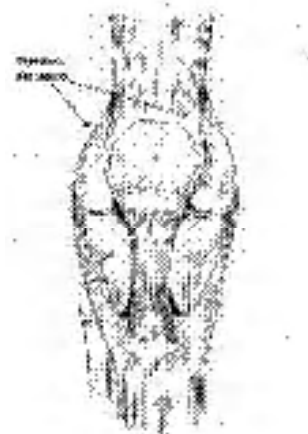
En el **síndrome de hiperpresión rotuliana externa** (mal llamada también "condromalacia rotuliana", ya que éste es un término anatomopatológico) hay dolor al presionar la rótula sobre el fémur. Al desplazar la rótula hacia fuera, podemos palpar la cara articular de la rótula, que puede ser dolorosa, confirmando el cuadro.

En la **luxación de rótula** ésta se desplaza en el 99% de los casos hacia lateral. El niño se presenta con la rodilla doblada y cuanto extiende, la rótula vuelve a su posición.

Después se descartan **fracturas** palpando la rótula en toda su extensión (hendidura si está desplazada; dolor selectivo si no lo está).

Si existe **derrame articular**, presionando con el dedo gordo la rótula hacia el surco intercondíleo, notaremos un choque con los cóndilos femorales. Para detectar derrames pequeños, "exprimir" los fondos de saco cuadrícipales (Figura 4) con los dedos de la otra mano, induciendo al líquido a colocarse bajo la rótula. Luego se repite la maniobra del choque. Si está a tensión, hay que hacer mucha fuerza dando la sensación de que no existe choque. En este caso, se deben palpar los fondos de saco, que demostrarán un gran volumen, y exprimirlos hacia la zona subrotuliana, sintiendo con los dedos una sensación muy parecida a la de la "oleada ascítica". Si hay derrame, está indicado extraerlo para mejorar el dolor y la mecánica articular y para el diagnóstico; por tanto conviene remitir al traumatólogo.

Figura 4: Fondos de saco cuadrícipales. Se encuentran en las esquinas superolateral y superomedial de la rótula.





En cuanto a los **alergones rotulianos**, cuando duele el interno, es posible que la rótula se haya luxado y luego se haya reducido sola. Para confirmarlo realizamos la prueba de la aprensión: con el dedo gordo de ambas manos intentamos llevar la rótula hacia lateral. Es positiva si el enfermo nos quita las manos de la rodilla.

También palpamos el **cuádriceps**, por si existe dolor (tendinitis) ó una solución de continuidad (hachazo). En este último si existe incapacidad para levantar activamente el pie de la camilla con el enfermo tumbado, puede significar ruptura completa del tendón del cuádriceps. También se valora su posible atrofia comparando su diámetro por encima de la rótula con la otra pierna.

El **tendón rotuliano** puede doler a la palpación (tendinitis) o tener solución de continuidad (hachazo: interrupción del aparato extensor). Las tendinitis más frecuentes son la rodilla del saltador (**Síndrome de Sinding-Larsen-Johansen** o tendinitis del polo inferior de la rótula) y la apofisitis de la tuberosidad anterior de la tibia (**E. de Osgood-Schlatter**).

Por delante de la rótula existe la **bolsa serosa prerrotuliana**, y por delante del tendón patelar, la **bolsa infrarrotuliana**. Cuando se inflaman (bursitis) aparece dolor prerrotuliano, con hinchazón y sin choque rotuliano.

b.2) Zona medial: con la rodilla semiflexionada, los pulgares a ambos lados de la rótula y el resto de los dedos en el hueco poplíteo, localizamos la interlínea femorotibial como una depresión a ambos lados de la rótula. Debemos palpar:

-**Fisis tibial y femoral medial**: Puede doler el tubérculo de los aductores (por encima del epicóndilo femoral). Epifisiolisis. Tumores.

-El **ligamento lateral interno (LLI)**: no es palpable pero si está roto o lesionado, se aprecia un dolor selectivo en la zona, con tumefacción. Su integridad se comprueba posteriormente.

-El **menisco medial**: a lo largo de la interlínea. Como el LLI y el menisco están muy unidos, es imposible distinguir la lesión de ambos sólo con la palpación, se necesitan pruebas específicas.

-**Pata de ganso**: dolor ("tendinitis de la pata de ganso").

b.3) Zona lateral: Palpamos:

-**Fisis tibial y femoral lateral**: Puede doler en la inserción de la fascia lata (tendinitis), o epifisiolisis, o tumores.

-**Ligamento lateral externo (LLE)**: Se palpa como una cuerda tensa que une el epicóndilo femoral y la cabeza del peroné, colocando el pie sobre la rodilla de la otra pierna (piernas cruzadas).

-**Menisco lateral**: Sobre la interlínea articular. Se palpa mejor en discreta flexión. No está tan unido al LLE como el menisco medial.

-**Tendón del bíceps crural**: Puede haber tendinitis. Las roturas son excepcionales.

b.4) Zona posterior: **hueco poplíteo**, entre los tendones del bíceps (lateral) y del semimembranoso/ semitendinoso (medial). Se debe palpar el pulso de la arteria poplíteo, con las puntas de los dedos, abrazando con las dos manos la rodilla en flexión 20-30°. En algunos casos se nota una masa, que suele ser un quiste poplíteo (Baker).

c) **Pruebas especiales**: ante traumatismos, para valorar lesiones ligamentosas y meniscales:

c.1) Ligamentos colaterales: aplicamos fuerza en valgo y en varo con la rodilla en extensión completa primero y luego a 30° de flexión, buscando dolor (No discrimina entre lesión ligamentosa o meniscal) o inestabilidad (la articulación se abre más de la cuenta y se nota un "clunk" al soltarla).

c.2) Ligamentos cruzados anterior (LCA) y posterior (LCP): Lachmann (LCA), con la rodilla en 30° de flexión, se abraza con una mano la parte proximal de la tibia y con otra la distal del fémur, siendo positiva si la tibia se desplaza hacia delante. Requiere cierta práctica, y es difícil de realizar en niños con muslos gruesos. Las pruebas del cajón (LCA y LCP) son más sencillas y útiles en atención primaria: con la rodilla en 90° de flexión, nos sentamos sobre los pies del niño, fijando así la parte distal de la tibia. Con ambas manos cogemos la parte proximal de la tibia y tiramos hacia delante y detrás.

c.3) Meniscos: Existen infinidad de pruebas. Las más usadas y fáciles son:

- Steinmann I y II: con la rodilla a 90° de flexión, realizar rotación externa e interna del pie. Es positiva si se produce dolor en un punto meniscal (Steinmann I). Es poco específica (no distingue entre lesiones ligamentosas, contusiones, etc.); por ello cuando es positivo, se lleva la rodilla a extensión completa y se repiten las rotaciones. Si el punto doloroso se mueve hacia delante, entonces sí es muy posible que sea meniscal (Steinmann II) (los meniscos se mueven hacia delante con la extensión de la rodilla).

- McMurray modificado: partiendo de una flexión de 90°, se va extendiendo la rodilla y realizando rotación externa mientras se palpa la interlínea articular. La misma operación se repite en rotación interna. Es positiva si se nota un chasquido, no dolor.

- Apley: distingue entre lesión meniscal y de ligamento colateral. En decúbito prono y rodilla a 90° de flexión. Se aplica presión longitudinal sobre la pierna y a la vez rotaciones externa e interna. Se comprueba dónde se produce el dolor. Después, con una pierna se fija el fémur



en la camilla y se tracciona del pie con las dos manos, aplicando de nuevo las rotaciones. Si duele menos en el mismo punto, es muy probable la lesión meniscal. Si duele más que antes, es muy probable la lesión ligamentosa

d) **No olvidar nunca la exploración de la cadera.**

Con la práctica se puede acortar la exploración en función de la edad y del diagnóstico: por ejemplo, sin traumatismo, se puede simplificar la exploración ligamentosa y meniscal.

Guía rápida de exploración de rodilla

1º.- Inspección: La marcha, Rango de movimiento, Zonas de hinchazón

2º.- Palpación:

-Zona anterior:

- Derrame articular: evacuar.
- Rótula: Sd. hiperpresión rotuliana externa, inestabilidad lateral
- Atrofia de cuádriceps Puntos dolorosos: Osgood-Schlatter, rodilla saltador

-Zona medial:

- Ligamento lateral interno
- Menisco medial
- Fisis femoral y tibial

-Zona lateral:

- Ligamento lateral externo
- Menisco lateral
- Fisis femoral y tibial

-Zona posterior:

3º Pruebas especiales (si traumatismo)

-Ligamentos colaterales

-Ligamentos cruzados: prueba del cajón

-Meniscos

4º.- valorar cadera

EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL TOBILLO Y PIE

1º.- Inspección

Se observará:

- La entrada en la consulta: cómo camina, deformidades en los zapatos, aspecto general del miembro inferior
- Con el pie desnudo, se observa en posición de carga (apoyando):
 - o Alineamiento general del miembro inferior: la rotación interna del miembro inferior tiende a aplanar el arco longitudinal del pie.
 - o Posición del retropié: varo (adducción) o valgo (abducción)
 - o Posición del mediopié: supinación o pronación
 - o Posición del antepié: adducción o abducción

o Movimientos combinados: inversión y eversión
Nota: hay bastante confusión terminológica en la literatura

o Deformidades en los dedos

o Tendón de Aquiles: posición, tensión.

o Arco longitudinal medial, lateral y transverso

o Huella plantar del pie (mejor con ayuda de un podoscopio)

- Con el pie desnudo, caminando:

o Ángulo de marcha (entre línea de desplazamiento y longitudinal de pié): normal entre 12-18 grados (5 grados en niños)

- Con el pie desnudo, en descarga:

- o Presencia de callos, alteraciones uñas, anomalías dedos, etc.
- o Existencia de deformidades fijas (pie zambo, dedos martillo, etc...)

Nomenclatura de las deformidades más frecuentes en niños:

- Respecto a la articulación del tobillo:

- o Pie equino: flexión plantar
- o Pie talo o calcáneo: flexión dorsal

- Respecto a la posición del calcáneo

- o Pie varo: talón hacia dentro
- o Pie valgo: talón hacia fuera

- Respecto a la posición de los metatarsianos en el plano horizontal:

- o Antepié adducto: antepié hacia medial
- o Antepié abducto: antepié hacia lateral

-Respecto al eje longitudinal del pie

- o Pie pronado: giro hacia dentro
- o Pie supinado: giro hacia fuera

-Altura bóveda plantar:

- o Pie plano: disminución o aplanamiento
- o Pie cavo: aumento

2º.- Palpación

Palpación ósea:

o Zona medial:

- o Cabeza primer metatarsiano
- o Articulación 1º cuña-primer metatarsiano
- o Tubérculo del escafoides
- o Cabeza del astrágalo
- o Maleolo medial

o Zona lateral:

- o Cabeza 5º metatarsiano
- o Cola del 5º metatarsiano
- o Calcáneo
- o Maleolo peroneo



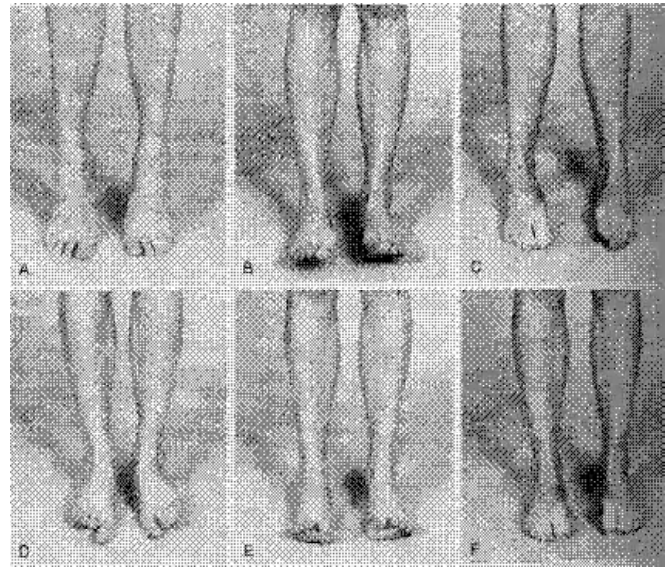
- o Zona anterior:
 - o Cabeza astrágalo (con pie en flexión plantar)
 - o Articulación tibioperonea inferior (sindesmosis)
 - o Zona posterior:
 - o Tuberosidad del calcáneo
 - o Zona plantar:
 - o Cabezas de los metatarsianos: valorar alineamiento de todos
- Palpación de partes blandas:
- o Zona medial:
 - o Bursa metatarsofalángica del hallux valgus
 - o Tendón del tibial posterior
 - o Ligamento deltoideo
 - o Tendones flexor largo dedos y del dedo gordo
 - o Arteria y nervio tibial posterior
 - o Vena safena interna
 - o Zona lateral:
 - o Tendones músculos peroneos
 - o Músculo pedio (extensor corto de los dedos)
 - o Ligamentos laterales del tobillo: peroneoastragalino anterior, posterior y peroneocalcáneo
 - o Zona anterior:
 - o Entre maleolos: Tendón tibial anterior, extensor propio dedo gordo, arteria dorsal del pie, nervio peroneo profundo, extensor común de los dedos
 - o Seno del tarso (articulación subastragalina)
 - o Zona posterior:
 - o Bolsa retrocalcánea
 - o Tendón de Aquiles
 - o Zona plantar:
 - o Fascia plantar

3º.- Movilidad

a) Movimientos activos

Veremos, tanto con el paciente en carga, como sin carga:

- Flexión plantar y dorsal del tobillo (normal: 50º y 20º, respectivamente). Al hacer flexión plantar del tobillo estando en carga (ponerse de puntillas) se debe acentuar el arco longitudinal del pie y llevar el talón a varo. Si no es así puede haber una alteración en el músculo tibial posterior (es muy habitual en niños la debilidad de este músculo hasta los 7 años).
- Inversión pie: la supinación normal es de 45-60 grados
- Eversión del pie: la pronación normal es de 15-30 grados
- Extensión y flexión de los dedos



b) -Movimientos pasivos:

Se valoran los mismos movimientos que antes, pero la movilización la realiza el examinador. Se debe explorar:

- Flexoextensión del tobillo: sobre todo para descartar la existencia de una contractura del tendón de Aquiles que limite la flexión dorsal del tobillo.
- Varo-valgo del retropié: Valora sobre todo la articulación subastragalina (descartar coalición tarsiana, alteraciones traumáticas, etc.).
- Abducción-adducción del antepié: Valora la articulación de Chopart (astrágalo-escafoidea y calcáneo-cuboidea) y Lisfranc (metatarso-cuneana)
- Pronación-supinación en articulación de Lisfranc. En supinación el primer dedo está ascendido con respecto al resto y cuando está pronado está más descendido.
- Inversión-eversión: Son combinaciones de los movimientos previos. En inversión el varo de la subtalar se combina con adducción y supinación en la mediotarsiana y en la eversión el valgo se asocia con abducción y pronación.
- Movilidad de los dedos

c) Movimientos activos resistidos:

Para valorar la fuerza de los músculos. Se realizan los mismos movimientos que antes, pero contra la fuerza del enfermo.

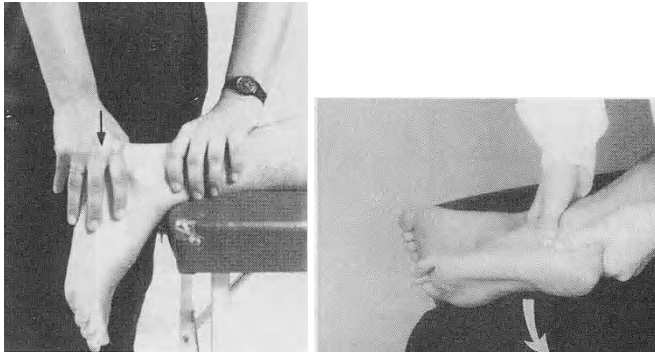
4º.- Maniobras especiales

Valoraremos:

Estabilidad del tobillo:



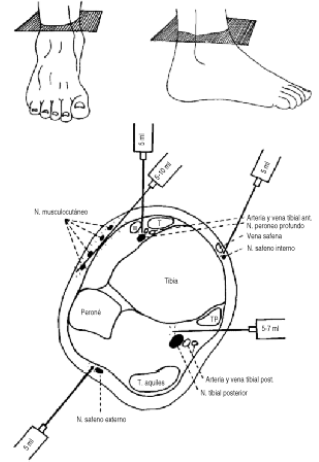
- o Cajón anterior del tobillo: Con el tobillo en discreta flexión plantar, se empuja el pie hacia delante respecto a la tibia. Si se siente que se desplaza hacia delante, es positivo, e indica lesión ligamentosa. En las lesiones agudas de tobillo sólo tiene valor si se realiza con anestesia (no suele hacerse). Se puede hacer en decúbito supino o prono.



- o Inclinación lateral del tobillo (talar tilt): con la rodilla en flexión, se aplica una fuerza en varo en el calcáneo. Explora la estabilidad del ligamento peroneocalcáneo.
- o Test de compresión tibioperonea: consiste en comprimir la tibia contra el peroné, en la pantorrilla o sobre los maleolos. Si duele indica lesión de la sindesmosis, fractura, etc.
- o Test de rotación externa: se fuerza la rotación externa del tobillo. Si duele es positivo e indica una lesión de la sindesmosis anterior. También se puede hacer con traslación lateral del tobillo.
- Integridad del tendón de Aquiles:
 - o Test de Thompson: en decúbito supino o de rodillas, se aplica compresión en los músculos de la pantorrilla. En circunstancias normales, esto provoca la flexión plantar del tobillo. Si no, se debe sospechar rotura del tendón.

- Exploración neurológica:
 - o Compresión lateral de las cabezas metatarsianas: si con esto aumenta el dolor en el antepié, se debe sospechar un neuroma de Morton (raro en niños)

- o Test de Tinel de compresión nerviosa (para el síndrome del túnel tarsiano): se aplican golpecitos suaves sobre el nervio tibial posterior y sus ramas en la cara medial del tobillo. Si se produce una "descarga eléctrica" en el territorio de distribución, la prueba es positiva.



- o Reflejos: reflejo aquileo (ya visto en la exploración de la columna lumbar)
- o Sensibilidad: en las zonas de distribución radicular (ya visto en la columna lumbar) y troncular
- o Fuerza de los distintos músculos.

- Valoración del pie plano:

- o Para distinguir si el pie plano es rígido o flexible, basta con poner de puntillas al paciente o decirle que haga dorsiflexión del primer dedo. En el caso de pie plano flexible, con esta maniobra se recupera el arco longitudinal del pie.
- o Nunca olvidar la valoración de la articulación subastragalina (para descartar coalición tarsiana, que provoca pie plano contracto)

Bibliografía recomendada sobre exploración del aparato locomotor:

- 1.- Hoppenfeld, S. **Exploración física de la columna vertebral y las extremidades**. México: Ed. Manual Moderno, 1979.
Libro clásico de exploración, muy claro y sencillo.
- 2.- Delgado Martínez, Alberto D. y Marchal Corrales, Juan A. "Manual de anatomía funcional y exploración clínica del aparato locomotor para médicos de atención primaria". Ed. Merck, 2004.
- 3.- Del Castillo Codes MD, Delgado Martínez AD: La exploración clínica de la rodilla en el área de urgencias. *Medicina Integral*, 31:359-66, 1998. Artículo específico sobre exploración de la rodilla. Centrado más en el adulto que en el niño.
- 4.- Berson L, Tria AJ. Examen de la rodilla. *Selecc current opin orthop* 1996; 1:21-28.

Similar al anterior.

Bibliografía recomendada sobre patología básica del aparato locomotor para el pediatra de AP:

- 1.- Dimeglio A. **Ortopedia infantil cotidiana**. Masson, 1991
Libro especialmente recomendado, por su sencillez y claridad.
- 2- Staheli "Ortopedia pediátrica." Ed. Marban; 2.003.
- 3.- Greene WB. *Essentials of musculoskeletal care*, 2ª ed. Academia Americana de cirujanos ortopédicos y la Academia Americana de pediatría. 2001.
Libro muy didáctico, pero quizá más centrado en el adulto que en el niño.
- 4.- Herring, JA. *Tachdjian's Pediatric orthopaedics*. 3ª ed. WB Saunders, 2002.
Muy exhaustivo, sólo para consultar.



TALLER: SEMINARIO DE MODELOS DE COORDINACIÓN EN ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Juan J. Morell Bernabé

Pediatra. Centro Extremeño de Desarrollo Infantil

Isabel Botana del Arco

Pediatra EAP Talavera la Real (Badajoz)

En la actualidad, el término Salud se aplica de una manera amplia a un estado de pleno bienestar físico, psíquico y social, que posibilita a la persona para integrarse en una actividad normal familiar, profesional y social, y "considerarse sano" frente a sí mismo y frente a la sociedad.

En el niño, especialmente en aquel con enfermedad crónica, discapacidad o necesidades especiales de salud, el objetivo general será optimizar su desarrollo y sus capacidades para alcanzar el máximo nivel de salud posible que le permita autonomía y participación social.

En este contexto, la salud deja de ser un asunto exclusivo de servicios sanitarios, siendo necesaria la participación de múltiples sectores, instituciones y profesionales para alcanzar esta meta y atender todas las necesidades de salud de estos niños y de sus familias. Habitualmente, en ello están implicados numerosos profesionales que trabajan desde el entorno sanitario, social y educativo.

Sin embargo, aunque los recursos existen, no solemos estar acostumbrados a compartir la atención que prestamos a un niño con otros profesionales; todos trabajamos lo mejor que sabemos para atender el problema de salud, pero, quizás, no tenemos la formación suficiente para conocer y atender todas las necesidades de salud de ese niño y su familia, o bien, desconocemos la existencia de otros recursos o la forma de acceder a ellos.

Indudablemente, buscar la coordinación entre diferentes agentes de salud que intervienen sobre un mismo niño y con un mismo problema de salud, sean de niveles asistenciales distintos o procedan de diversos ámbitos de actuación, es la única forma posible de optimizar los recursos existentes y de garantizar una atención integral de la salud de estos niños.

El pediatra de Atención primaria tiene un papel fundamental en el entorno comunitario y en la coordinación de la atención de la salud del niño y adolescente.

Durante el año 2.004, el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil realizó una encuesta entre los pediatras de Atención primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura para conocer la relación que mantenían con los recursos sociosanitarios y educativos del entorno comunitario, dirigidos a la atención de la salud de niños con trastornos del desarrollo.

De ella, queremos subrayar en éste momento, los siguientes resultados:

1. El pediatra de Atención primaria valora muy bien el Programa de Control de Niño Sano como una herramienta óptima para evaluar el desarrollo de un niño.

2. Uno de cada tres pediatras afirma que no conoce ni tiene relación con Centros o Servicios de Atención Temprana en su Zona de Salud; y en la misma proporción, no sabe de la existencia de Equipos Educativos.

3. Entre aquellos que los conocen, el 48% no mantiene ninguna relación de coordinación con profesionales sociales o educativos.

4. Casi la mitad de los pediatras reconocen que no saben cómo derivar a un niño a un Servicio de Atención Temprana o hacia los Equipos Educativos (en estos casos, se recurre a unidades de pediatría hospitalarias). Y el resto, mayoritariamente, lo hacen informando a la familia de su existencia.

5. Un 58% de los pediatras afirma que proporciona siempre información escrita al Centro de Atención Temprana cuando deriva a un niño con problemas del desarrollo; pero, 3 de cada 4 no obtienen nunca información escrita sobre la intervención que se realiza al niño ni de su evolución.

6. Y, en general, la impresión de los pediatras es que las familias aceptan bien la orientación de sus hijos tanto hacia Servicios de Atención Temprana como a los Equipos Educativos.

7. De forma casi unánime, los pediatras carecen de protocolos o pautas de actuación que les permitan coordinarse con profesionales sociales o educativos; y proponen como instrumentos para la coordinación: la utilización de informes escritos por ambas partes (de derivación y de respuesta o información), la creación de protocolos o planes de actuación conjuntos y, en menor medida, tener reuniones o entrevistas periódicas.

En general, los principales problemas que se detectan son: el desconocimiento de los recursos existentes y la descoordinación de las entidades, servicios o profesionales implicados.

Tanto los Equipos Educativos como los Servicios Sociales y los Equipos de Atención Primaria tienen entre sus funciones la coordinación con los demás recursos de la red local comunitaria, sanitarios, sociales y educativos, para satisfacer las necesidades de atención de la salud de los niños y adolescentes de una manera integral y global.

El objetivo de éste Taller o Seminario es hacer reflexionar a los pediatras que, precisamente en el nivel primario de atención, existen distintos agentes de salud (incluida la familia) que intervienen sobre el mismo niño y el mismo problema de salud, que debemos conocerlos, cuáles son las vías de acceso y compartir con ellos las actuaciones dirigidas a atender la salud integral de niños y adolescentes.



COORDINACION SOCIOSANITARIA: PREMISA INELUDIBLE PARA LA INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN INMIGRANTE

Inmaculada Sánchez Becerra

Lda. Sociología. Dpda. Trabajo Social.

Coordinadora del Servicio Social de Base de la Mancomunidad "Vegas Bajas del Guadiana II" (Badajoz)

INTRODUCCIÓN

El fenómeno migratorio es consustancial al ser humano, un fenómeno que se ha producido siempre y a escala planetaria. Por ello hablar de inmigración no es hablar de un problema sino de un proceso histórico y permanente que se ha dado y se seguirá produciendo.

Los flujos migratorios constituyen uno de los procesos sociales más relevantes en esta etapa histórica que llamamos globalización. Un estudio reciente de la Fundación de Cajas de Ahorro anuncia que para el año 2015 los inmigrantes serán más de la cuarta parte de la población de España. Los autores del informe auguran un incremento de la exclusión social y la xenofobia¹. Cabe pensar que el proceso migratorio de la etapa actual no ha hecho pues, si no comenzar, en la medida en que las migraciones a nivel internacional tienen su origen principalmente en las fuertes desigualdades del fenómeno de la globalización, que afecta de manera muy diferente a los países del norte o del sur del desarrollo.

La población extranjera se ha multiplicado por más de tres en la última década en nuestro país, y por ello todo apunta a la creciente importancia del fenómeno migratorio.

Pocas experiencias habrá tan fascinantes como la de salir de nuestra realidad cultural y entrar en contacto con otras, sea al nivel que sea, pero pocas experiencias pueden también, ser tan terribles como ésta: los seres humanos ansiamos la seguridad, la estabilidad. Esta aspiración se ve radicalmente amenazada por la simple existencia de "otras realidades" en nuestro entorno inmediato². Para la mayoría de los inmigrantes, la vivencia de la pluralidad cultural se convierte en experiencia de exilio, literalmente desoladas (privadas de suelo), quienes emigran se ven así enajenadas de aquello que las constituye como personas: la pertenencia a una comunidad social y política.

Extraño es todo aquello que no encaja en nuestro mapa cognitivo, o moral del mundo. Lo extranjero tiene su lugar propio, aunque no sea el nuestro. Pero lo que caracteriza a lo extraño es que aparece "en el lugar que no debe". El extraño no es alguien de fuera, sino de dentro, es un elemento del propio grupo, adquiriendo el carácter de auténtico enemigo interior.³ Por eso el inmigrante que se asienta en nuestra comunidad con su peculiar forma de vestir, de relacionarse, de hablar, con

sus creencias religiosas diferentes a las nuestras...es sentido por la sociedad como elemento "extraño".

La ciudadanía de nuestros ricos países representa el último privilegio de estatus, el último factor de exclusión y discriminación entre las personas, en contraposición a la proclamada universalidad e igualdad de los derechos fundamentales.⁴ Es la inmensa desigualdad entre el Norte y el Sur y no sólo la mayor o menor flexibilidad en las políticas de inmigración y acogida la que actúa como factor de atracción. Por ello, la inmigración no exige sólo actitudes éticas y compromisos políticos, sino también mecanismos de redistribución de recursos y bienes materiales.

En términos absolutos España es todavía un país de emigrantes, aunque la tendencia actual la va configurando como receptor de inmigrantes. Este hecho supone que tenemos que abordar la intervención con un colectivo que tiene unas dificultades específicas para acceder en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos autóctonos, a los recursos propios del Estado de Bienestar, y que somos los profesionales que en dichos servicios trabajamos el rostro de la institución ante los usuarios, y quienes debemos revisar en qué medida favorecemos o no la integración de "los extraños" en nuestras comunidades. Estas reflexiones no pretenden si no plantear un acercamiento a una realidad macroestructural, poliédrica, pero también una realidad concreta repleta de nombres y apellidos, de caras, de historias personales y familiares cargadas de sufrimiento, que atraviesan un camino de penalidades con el único objeto de ofrecer una vida mejor a sus hijos/as.

Esta tarea probablemente nos exige replantearnos nuestro quehacer profesional y nos supone dejar de trabajar como instituciones aisladas, porque la persona es una y no podemos fragmentarla en áreas. Nos exige coordinarnos para intentar acoger, adaptarnos, flexibilizar y en definitiva ofrecer respuestas inteligibles a sus demandas.

LA POBLACION INMIGRANTE EN ESPAÑA

En el seno de la inmigración no hay un colectivo homogéneo, podemos comenzar distinguiendo dos grandes grupos: los asilados o refugiados (personas desplazadas o huidas de sus países por motivos



políticos) y los inmigrantes (personas desplazadas de sus países por motivos fundamentalmente económicos), estos últimos son indudablemente el grueso mayor del colectivo.

En el Espacio Económico Europeo el promedio de inmigrantes se sitúa en torno al 6%, mientras en España estamos superando el 3% (cifra en aumento). Estas cifras confirman que el nuestro es ya un país de inmigración, y esta nueva situación nos acerca a escenarios similares al de nuestros vecinos europeos como Alemania, Reino Unido o Francia. En España hay un total de 1.977.129 inmigrantes con tarjeta o autorización de residencia⁵, procedentes 618.210 de la UE, y el resto de terceros países (lo que se denomina Régimen General), mientras que en términos absolutos en la UE se estima que hay 15 millones de inmigrantes.

Se habla de una cifra próxima al millón de irregulares, cifra igualmente estimativa porque se calcula con la diferencia entre inmigrantes empadronados y regularizados con lo que se obvia al grupo de inmigrantes no empadronados⁶, y por ende irregulares igualmente.

En Extremadura estamos experimentando un aumento importante de la población inmigrante de 3.000 personas en el año 91 a 18.935 personas actualmente (esta cifra incluye solamente a residentes con tarjeta en vigor, con lo cual es netamente inferior al número real de inmigrantes), o sea más del 1,5 % del total de residentes en nuestra comunidad. Del total de inmigrantes en Extremadura, 3.563 son menores de 15 años. La provincia de Cáceres cuenta con 10.632 inmigrantes con tarjeta de residencia y Badajoz con 8.303.⁷ Esta cifra contrasta con los 760.000 extremeños que son emigrantes actualmente en el extranjero o fuera de la región. La mayoría de los inmigrantes en Extremadura son población marroquí asentada y el factor de atracción es la ocupación en la agricultura. Algunas de las comarcas con más población inmigrante se encuentran en la provincia de Cáceres donde hay localidades que tienen ya un 50% de la población empadronada extranjera. El ejemplo de Talayuela es especialmente significativo porque la población inmigrante es la causante del crecimiento poblacional de la localidad.

Podemos destacar tres momentos fundamentales en la recepción de la inmigración actual en España:

1ª Oleada: en el segundo lustro de los años 70, inmigró la "comunidad cultural" procedente de Iberoamérica.

2ª Oleada: en el segundo lustro de los 80 y primeros de los 90, inmigró la "comunidad geográfica" por proximidad, perteneciente a los países del Magreb.

Nuevas Oleadas: en la actualidad un incremento de la población asiática y de países del Este.

En relación a la procedencia de terceros países (no pertenecientes a la UE) hablamos en España de 19.74%

procedentes de Marruecos, 10.92% de Ecuador y 6.93% de Colombia.

Lo referido en relación a la procedencia erige como una característica principal de la inmigración extranjera en España su **diversidad**. Hay un claro predominio de los residentes de origen europeo (incluidos aquí los comunitarios), seguidos de los procedentes de África y en tercer lugar de los americanos. La distribución extranjera en España muestra una pauta importante de concentración espacial en los dos archipiélagos, Cataluña, Valencia, Andalucía y Madrid. Los originarios del Tercer Mundo se asientan preferentemente en Cataluña y Madrid, los del Primer Mundo en Andalucía, Valencia y las islas.

La heterogeneidad del colectivo inmigrante no está solo relacionada con la procedencia y los destinos de asentamiento, otras variables marcan también diferencias internas. Existen diferencias demográficas: los originarios de América son una marcada mayoría femenina, mientras entre los africanos son mucho más numerosos los hombres. Coinciden todos en tener edad laboral mayoritariamente, con la repercusión que ello tiene a medio y largo plazo en el crecimiento natural del colectivo.

En el terreno lingüístico encontramos tres grandes grupos: los de habla hispana, los que en origen utilizan lenguas de "prestigio" (inglés, francés, etc.) y los que en origen utilizan lenguas desprestigiadas (africanos y asiáticos). Esto es crucial a la hora de intervenir porque determina la mayor o menor cercanía que podemos sentir hacia ellos. La población en general marca una distancia diferente hacia hispanoamericanos y, por ejemplo, marroquíes. A este factor hay que unir el tipo de vínculos históricos existentes entre la sociedad de origen y la de destino, que puede hacerlos más o menos afines en sus modos y culturas a los nuestros.

Atendiendo a criterios jurídicos administrativos, los inmigrantes pueden estudiarse desde los nacionalizados hasta los irregulares, pasando por los ciudadanos comunitarios, los no comunitarios pero con permiso de residencia y trabajo, etc. De todos ellos hay una parte que han venido acompañando a la inversión de capital transnacional, por otra los rentistas y jubilados del norte de Europa que habitan zonas turísticas aprovechando las ventajas comparativas de diferencias de rentas y clima, un tercer grupo son los trabajadores cualificados que deciden emigrar, y por último los inmigrantes que vienen a nuestro país acuciados por el hambre o la persecución política, descualificados, que se emplean en trabajos precarizados, y que son indudablemente la mayoría, los que crean cierta "alarma social", y ante quienes nos planteamos la integración.

Las razones que motivan la inmigración del último sector expuesto son principalmente la desigualdad, la pobreza y la escasez de derechos humanos. Para la elección del destino condiciona la prosperidad del país, la similitud cultural, y la existencia de conocidos en el



punto de llegada: sirva de ejemplo como en Talayuela (Cáceres) la procedencia de la mayoría de los inmigrantes marroquíes es de la misma región. En cuanto a la vía de llegada al país hay dos: la legal y la ilegal; es esta última la más utilizada, bien mediante la utilización de un visado turista sin prórroga posterior o bien cruzando las fronteras (pateras, por ejemplo).

La forma de buscar trabajo divide a los inmigrantes en temporeros o estables. En Extremadura se da una inmigración estable y otra de temporada, asociada al trabajo de campañas agrícolas, principalmente tomates, cerezas, uvas; si bien el número se va reduciendo debido a la mecanización de las tareas. Desde las Oficinas Permanentes para la Inmigración de la Junta de Extremadura, que hay en nuestra región se han detectado las siguientes problemáticas:

- Dificultades de los inmigrantes en Extremadura para regularizar su situación legal.
- Dificultad par alquilar una vivienda.
- Poca implicación de las familias marroquíes en la educación de sus hijos y poco interés en las acciones desarrolladas por Colegios e institutos.
- Falta de conocimiento mutuo entre las distintas culturas que residen en un mismo municipio.
- Falta de hábitos saludables relativos a higiene personal y del hogar.
- Falta de trabajo y consiguientes problemas socioeconómicos.
- Dificultad en la convalidación de títulos universitarios.
- Problemas lingüísticos
- Desconocimiento de los recursos y desconfianza mutua entre instituciones e inmigrantes.
- Poca participación en las diferentes actividades locales.
- Se destaca el carácter imprescindible de la presencia de **mediadores culturales** conocedores del dialecto y cultura de la zona de procedencia de la mayoría de los inmigrantes.

El período de estancia irregular por el que pasan la mayor parte de nuestros inmigrantes antes de obtener el permiso de residencia los sitúa en condiciones cercanas a la exclusión: sus posibilidades de participar en la vida ciudadana son reducidas, su inserción en el mercado laboral se da al margen de la legalidad, sus derechos humanos están mermados, su vida cotidiana transcurre entre miedos y con poco contacto con el entorno social. Este período de irregularidad acaba marcando a la persona inmigrada en lo que se refiere a sus hábitos y relaciones y produce notables retrasos en el proceso de integración social. El sistema basado en

impedir la entrada de nuevos inmigrantes para integrar mejor a los que están dentro no funciona, porque los inmigrantes siguen entrando y la ilegalidad a la que se les somete afecta a sus posibilidades de integración

El proceso migratorio tradicional, al estilo de los flujos migratorios de españoles, italianos y portugueses hacia la Europa rica en los años 50-70 o de otras regiones españolas (como la nuestra) hacia las más industrializadas del país, se basaba igualmente en la figura de hombres jóvenes que marchaban solos o acompañados de algún amigo o familiar hacia un lugar donde ya contaban con un soporte de acogida (parientes o amigos, del mismo pueblo) que les facilitaba la cobertura de las primeras necesidades, en un momento posterior ya vendrían los reagrupamientos con mujer e hijos.⁸

Este mismo proceso sigue vigente en parte de los colectivos migrantes extracomunitarios de una forma casi mimética. Pero también hay cambios importantes, ya que cada vez encontramos más mujeres solas o con hijos, donde son ellas quienes toman la iniciativa (sobre todo entre la población sudamericana o filipina), con lo cual se producen auténticos cambios revolucionarios en los respectivos países de origen tanto en el juego de roles por razón de género cuanto en la revalorización en su país, de la mujer con permiso de trabajo en Europa, a la hora de escogerla como pareja. Junto a esto, nuevos y graves problemas: por la separación familiar de hijos de sus madres, juegos de poder de abuelos e hijos mayores ante la madre ausente, y la ambigüedad de valorarlas por ser fuente de ingresos y a la vez denigrarlas por sus libertades y falta de control social.⁹

CONSECUENCIAS SOCIOSANITARIAS DE LA INMIGRACION

El hecho migratorio es realmente un factor de riesgo para la salud de los individuos: desde los propios viajes con riesgo para la vida, las múltiples pérdidas con el llamado "duelo migratorio", las separaciones familiares, la expectativa de la familia sobre el inmigrante y la obligación de "triunfar" en el proyecto, como factores inequívocamente estresantes, etc. A todos estos factores psicosociales hay que unir, las llamadas enfermedades del retorno (importadas o tropicales: que hacen referencia a las que surgen en el momento que el inmigrante lleva años viviendo en Occidente y pierde protección y defensas frente a unas patologías de su país de origen de las que antes estaba protegido, y que contrae cuando vuelve en vacaciones). Se da también la reaparición o aumento de algunas patologías reducidas a sectores muy marginales de la población autóctona (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, dermatológicas), desarrollo de nuevas patologías psicosomáticas de difícil diagnóstico (síntomas de dolores neurológicos, del aparato digestivo, trastornos afectivo-sexuales).¹⁰



Parte de estas situaciones vienen derivadas por las condiciones de vida que sufren colectivos de la población inmigrante y sus familias, y por el mismo proceso migratorio que supone un nivel de pérdidas, estrés, deficiencias en las condiciones de vida y vivienda, condiciones de riesgo en el trabajo, síndrome de persecución policial constante por parte de los indocumentados, aparición de nuevos barrios suburbanos en zonas periféricas, tanto en grandes urbes como en zonas rurales, rechazos de la población autóctona a alquilar viviendas y consiguiente proliferación de “infraviviendas” y hacinamiento.

En todo el territorio y especialmente en las localidades más afectadas por la incorporación de la población inmigrante se ha observado su efecto sobre el sistema sanitario, las limitaciones, legales o no, para su acceso a los servicios de salud, las diferencias de morbilidad, etc.

La actual literatura científica hace referencia a enfermedades importadas en el primer momento de contacto con nuestro medio social, por lo que en adelante deberían tener menos repercusión en la atención a inmigrantes. También se han centrado en la descripción de la morbilidad que sufre este colectivo por las malas condiciones de vida y trabajo en nuestro país, sin abordar la prevención de las mismas de una forma sistemática (con información adaptada a su nivel de conocimiento del idioma). La denuncia por parte de los profesionales de la sobrecarga de trabajo asistencial derivada de la atención a la población inmigrante no se ha visto, en general, acompañada de medidas institucionales favorecedoras de la atención (acceso a traductores y mediadores, distribución de documentos de apoyo para la utilización adecuada de recursos o para el seguimiento de las indicaciones terapéuticas, etc.).¹¹

En otros países se han realizado estudios sobre los embarazos no deseados en jóvenes mujeres inmigrantes. En Reino Unido, se observa que la mayor tasa de mortalidad infantil se produjo entre hijos de madres inmigrantes desde el año 2000. Parecería adecuado extraer de dichos estudios indicadores que permitan conocer estos datos y su evolución en nuestro país, con objeto de que se diseñen estrategias de intervención que prevengan el incremento de morbimortalidad en niños hijos de mujeres inmigrantes.¹²

Se observan dificultades importantes para abordar la problemática de la población sin residencia fija. Tenemos información sobre la mala situación de salud y de acceso a los servicios. El incremento global de esta población, su juvenalización y feminización (variables en aumento en todo el colectivo “sin techo” no sólo inmigrante) nos debe obligar a plantear alternativas que limiten o reduzcan los desfavorables efectos sobre la salud que tiene esta situación. Cabe afirmar en todo caso que los inmigrantes desfavorecidos socioeconómicamente tienen peor salud y mueren antes.¹³

El mismo hecho de migrar lleva a la mujer en un medio extraño, a colocarla en inferioridad de condiciones frente a la maternidad, la alimentación de la familia, los hábitos domésticos, el cuidado de sus hijos/as. Sería lógicamente, igual de dificultoso para cualquier mujer no inmigrante que no dispusiera de abuelos, parientes o amigos, acceso a recursos materiales o sociales adecuados, abordar eficazmente la atención de sus hijos/as.

Estos temas tienen una repercusión importante en el medio social y sanitario, y requieren saber encontrar las formas de llenar estos vacíos; es fundamental tomarlos en consideración en primer lugar, y abordarlos de modo coordinado entre las instancias sociales y sanitarias, puesto que su etiología también es sociosanitaria, promoviendo la creación de recursos para dar respuestas eficaces.

No se trata pues de problemas solamente de salud, ni pueden aislarse de otras variables y factores que determinan su aparición y, por tanto, su solución. Esto nos lleva a apuntar que la respuesta no puede renunciar a abordar las causas ni a obviar una visión global, y que ha de articularse en todo caso tomando como referencia la comunidad.

DIFICULTADES ANTE LA INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN INMIGRANTE

En el encuentro entre los inmigrantes y la estructura-servicios de salud, se dan los primeros elementos de choque cultural, de desconocimiento e incomprensión mutua, poniéndose en juego la capacidad de las dos partes de superar o no estos obstáculos y crear una dinámica más constructiva. En este contexto, la mediación de los Servicios Sociales (a través del Trabajador/a Social, del Educador Familiar etc.) puede servir para encontrar puentes que favorezcan el entendimiento.

Siguiendo a Vilarmau Vila¹⁴, entre el personal sanitario las quejas con relación a los inmigrantes son referidas a que no piden cita previa, no esperan su turno, se intercambian las tarjetas sanitarias, llenan las urgencias por nimiedades; traen documentos que no se entienden, exigen certificados para fines incomprensibles, no cumplen las prescripciones ni tratamientos médicos, no hacen prevención de salud, sus dietas son desequilibradas, su higiene deja mucho que desear, las mujeres no se dejan reconocer por hombres o los hombres no quieren ser atendidos por mujeres, expresan síntomas y enfermedades que no existen, no puede reconocerse a una mujer que va totalmente tapada, no se hacen entender con el idioma, y asienten a todo para luego hacer lo que quieren.

A todo lo anterior hay que sumar otras problemáticas no basadas en percepciones, como las dificultades de comprensión por razón idiomática y el consiguiente vacío de recursos; el desconocimiento de las características



básicas del proceso migratorio, cultural y de dinámica familiar; la inadecuación de los servicios a las nuevas realidades; las dificultades para plantear el acceso ágil a fondos documentales de experiencias en otros lugares; el desajuste entre grandes programaciones y la realidad cotidiana; el choque cultural y las dificultades para saber manejar situaciones nuevas como podrían ser la bigamia, la escisión del clítoris, etc.

Esta distancia frente a los “nuevos” usuarios inmigrantes no sólo es sentida por los profesionales, la propia población autóctona manifiesta su incomodidad. Los ciudadanos/as vivimos en las calles este cambio con gran ignorancia del porqué y sufrimos la tergiversación de los medios de comunicación, de manera que la presencia de inmigrantes parece acrecentar el temor al paro, se presupone un pretendido trato de favor que reciben quienes acaban de llegar, y de esta manera se extiende el racismo y la xenofobia que recorren todos los niveles de la sociedad española actual. Sirva de ejemplo el hecho de que en la vecina Francia en las últimas elecciones un partido de corte racista y xenófobo llegó a conseguir el 16% de los votos, procedentes en su mayoría de los cinturones periféricos de las grandes ciudades, barrios obreros anteriormente votantes de izquierda.

Finalmente, el inmigrante manifiesta según todos los estudios, un índice de satisfacción muy elevado con respecto al sistema de bienestar social occidental: salud pública, educación, servicios sociales, formación de adultos. Esta realidad supone para ellos una mejora incontestable con respecto a las situaciones de partida en sus países de origen y esto es lo que pueden aportar de positivo a sus hijos, y es uno de los elementos explicativos de tanto sacrificio y penalidad pasada en el proceso migratorio. No obstante sus vivencias concretas en el contacto con el sistema de salud, también se caracterizan por el desencuentro:

“ Me obligan a volver a vacunar a mis hijos de nuevo; me tratan como si fuera analfabeto o ignorante, son racistas, no les gusta atender a los extranjeros; me miran mal; no respetan mis costumbres ni mi religión; nos quieren obligar a cambiar de alimentación y vestido; no me han preguntado nunca por mi familia o mi país, utilizan a mis hijos pequeños para traducirme las cosas y no me gustan los temas de que hablan con ellos; dejan pasar a otros antes que a mí; no me dicen ni buenos días; no sé como expresar lo que siento, lo mal que me encuentro, sólo me dan recetas¹⁵. ”

Ante tanto sufrimiento sólo nos queda adoptar una **actitud de escucha activa**, facilitadora de la comunicación y que proporcione un clima de empatía. Por un lado, nos encontramos con la dificultad de comunicación verbal, pero también con las dificultades del sistema para analizar todos los problemas psicosociales derivados del mismo proceso migratorio, traumático, lleno de riesgos para la salud física y psíquica.

Todos estos posicionamientos (los de profesionales, ciudadanos autóctonos e inmigrantes) ponen en evidencia el conflicto latente y real al que nos enfrentamos en nuestro mundo profesional y como ciudadanos.

Ciertamente, el contacto del inmigrante con el sistema sanitario variará según lugares, según la experiencia de la región en la atención al colectivo. El nivel de desencuentro también estará condicionado por el tiempo de estancia del inmigrante en nuestro país, sus antecedentes de relación con esta sociedad y con el sistema de salud, la existencia de elementos negativos acumulados, el conocimiento o no del idioma, si el punto de procedencia es urbano o rural, y más o menos avanzado; si existe un cierto conocimiento de los servicios sanitarios; si se da un soporte en su entorno inmediato o no hay recursos familiares, y de amistad, si hay una situación de falta de documentación y factores de exclusión, etc.

En todo caso, si se da un buen nivel de coordinación interinstitucional y comunitaria será más probable el entendimiento que si se trabaja de modo aislado desde los niveles de atención sanitaria y social.¹⁶

La misma estructura de nuestras instituciones supone un obstáculo para un trabajo coordinado y flexible:

-La centralización cerrada de decisiones, implica un alejamiento de la realidad cotidiana y hay una falta de canales de retroalimentación con la población y de ésta con quienes toman las decisiones.

-Hay una actitud negativa a acomodarse a las demandas de los nuevos colectivos inmigrantes, asumiendo planteamientos pretendidamente universalistas y globales que entienden la atención como un derecho a unos servicios igualitarios sin distinción (y, por tanto, sin discriminación positiva a quienes parten de un estadio más precario que el resto), de ello se deriva la negativa a promover el cambio y a crear recursos puente o de refuerzo.

La discriminación positiva malentendida activa rescoldos sociales, profesionales y políticos frente a la pérdida de oportunidades de la población autóctona hacia la recién llegada, y delata el temor, las actitudes xenófobas e intolerantes, el individualismo, la insolidaridad y la débil plataforma de recursos de bienestar social conseguida en España, sistema que la población siente que se tambalea cuando hay que compartirlo con los “últimos en llegar”.

La deriva puramente asistencial de las políticas sociales, la reducción de las demandas sociales a cuestiones exclusivamente individuales y nunca colectivas; la renuncia a abordar sus causas limitándose a las consecuencias; todo esto ha llevado a la fragmentación de la acción social, a la pérdida de la visión global y a intervenciones cada vez más sectoriales y específicas.¹⁷ La proliferación de los recursos de



diferentes administraciones, sectores o áreas de las administraciones, en ausencia de una planificación global compartida, conduce a intervenciones sectoriales compartimentadas y crean barreras innecesarias.

¿COMO ABORDAR EL RETO DE LA INTEGRACION DESDE NUESTRO ESPACIO PROFESIONAL?

Integrarse es, en un sentido fundamental, integrarse en un espacio de diálogo. *“Inclusión significa que la comunidad política se mantiene abierta a aceptar como miembros de la misma a ciudadanos de cualquier procedencia, sin imponer a estos otros la uniformidad de una comunidad histórica homogénea.”*¹⁸

El aumento creciente de las demandas sociales determinado por la aparición de nuevas problemáticas como la que nos ocupa, produce muy a menudo el hecho de que los recursos se vean absorbidos por la atención inmediata y fundamentalmente individualizada, con consecuencias importantes tales como : la imposibilidad de hecho de atender las demandas colectivas; la imposibilidad de hecho de intervenir sobre las causas de las demandas; la ausencia de tiempos, espacios y órganos de coordinación y de intervención compartida; la imposibilidad de realizar intervenciones realmente preventivas; y la enorme dificultad para implicar correctamente a la población en procesos educativos y participativos absolutamente necesarios para invertir tendencias negativas y para conseguir resultados más permanentes.¹⁹

España ha pasado, como se dijo en el primer apartado, de ser un país de emigrantes a receptor y frontera directa entre el Norte desarrollado y el Sur. Esta realidad que en los últimos años ha cambiado tan rápidamente, genera nuevas demandas en el campo social y sanitario, y la necesidad de establecer intercambios entre colegios profesionales de otras zonas. A nivel de estructura poblacional, las migraciones suponen un cambio ya contrastable: aumento de empadronamientos, de matriculaciones escolares, rejuvenecimiento de la población española, incremento de nacimientos, aumento de cotizaciones a la Seguridad Social, etc.

En nuestro entorno el acceso al sistema sanitario público es universal (excepto para los inmigrantes no empadronados que exclusivamente tienen acceso a los servicios de urgencia).

El inmigrante no es un excluido, si lo comparamos a la luz de indicadores que manejamos con otros grupos que sí calificamos como tales, aunque la vulnerabilidad social en la que vive le ponga en riesgo de exclusión, sobre todo en el caso de quienes están en situación irregular. Es importante elegir medios adecuados para apoyarle, medios que respeten su identidad peculiar. La debilidad por la que atraviesan no es el resultado de una desestructuración personal o familiar, característica de

otros grupos excluidos, sino la consecuencia de una situación de precariedad económica y de desajuste social, muchas veces transitoria. ***El objetivo de las actuaciones no puede ser la reinserción, sino la integración. Ello requiere políticas y medios distintos a los utilizados para abordar otras situaciones de exclusión social.***

La incorporación de medidas desde el sector sanitario para favorecer la inclusión aborda una nueva perspectiva de trabajo intersectorial sobre un subgrupo poblacional en el que se concentran múltiples factores que condicionan su salud (problemas de vivienda, económicos, de apoyo y relaciones sociales, de educación, de desempleo o trabajo inestable, etc.)²⁰

En primer lugar es importante hacer una aproximación, sobre todo en el caso de las migraciones extracomunitarias, sobre los siguientes aspectos:

-La relación entre el sistema de salud occidental, con las percepciones, vivencias y posicionamientos del colectivo inmigrante, del profesional que interviene y el ciudadano, y cómo hacer para que este sistema de salud sea más próximo para esta población. Para ello hay que hacer un esfuerzo por traspasar las barreras que dificultan el conocimiento mutuo. Se precisa una negociación en la que ninguna de las partes puede ser negada por la otra y en la que el primer paso consiste en tratar de entender todo aquello que es significativo para el otro. Cuando nos planteamos modificar hábitos, estilos de vida o formas de tratar la enfermedad, la imposición conduce inevitablemente al fracaso. Las certezas científicas pueden significar muy poca cosa cuando se confrontan a planteamientos vitales que pueden ser muy dispares.

Tampoco deberíamos olvidar que todas las culturas tienen sus sistemas de curación, prevención, interpretación y cosmovisión. Es necesario tener muy presente a nivel profesional el gran respeto que se merecen las creencias de cada grupo respecto a la percepción de la salud y la enfermedad, la muerte, el valor dado al cuerpo humano, a aquello que se otorga categoría de pureza o impureza, permitido o prohibido...

Junto a las cuestiones de tipo existencial relacionadas con el sentido de la enfermedad, cada medio cultural genera también diferentes nociones sobre el cuerpo. La enfermedad puede ser vista como un castigo, quizá inmerecido, como una maldición, como un hecho ligado al destino, como una prueba impuesta por la divinidad como consecuencia de la malevolencia voluntaria o involuntaria de otros. De lo que se trata en realidad, es de intentar dar un sentido a un sufrimiento que en sí mismo aparece como un sinsentido.

En los estados de ánimo, enfermedades o problemas familiares, se plasman muchas creencias en fuerzas ocultas e invisibles. Desde ciertos centros de salud especializados utilizan estos elementos de las creencias



para favorecer el diagnóstico y un tratamiento adecuado. Hay diversos temas psiquiátricos, adicciones, discapacidades congénitas, etc. que son interpretados por quienes los sufren y su entorno como maleficios familiares, y esto hay que considerarlo para el abordaje profesional.

Estos elementos tienen un peso importante en el proceso de acercamiento; muchas veces puede romperse una relación debido a actitudes despectivas o de infravaloración de elementos considerados cruciales por la otra parte a este nivel. Por otro lado, lo cultural remite a un complejo de factores que tienen una importancia decisiva en las relaciones asistenciales, en la prevención y la promoción de la salud, y muy especialmente en la educación para la salud.²¹

No se puede pretender que los profesionales de lo social y lo sanitario, seamos especialistas en la diversidad humana pero sí: **conocer los elementos fundamentales del proceso migratorio; las características principales de los sistemas sociales y familiares tradicionales; el peso de la legislación; el valor del hecho religioso y espiritual; el rol que pueden asumir ciertos acompañantes como promotores de la salud; la apertura a lo nuevo y a lo que podemos aprender de los otros**, son los factores realmente importantes. Acercarse a ellos y hacerse próximo es clave para que exista el entendimiento

-Es necesario hacer una opción personal por un cambio de parámetros como profesionales y ciudadanos en la línea de la interculturalidad²², para poder afrontar nuestros prejuicios arraigados ante el hecho migratorio y la diversidad. Promoviendo para ello un abordaje más horizontal, abierto al diálogo, facilitando la flexibilización de los servicios y luchando, así contra todo tipo de exclusión. Esta postura **supone fomentar cambios en la rígida organización sanitaria actual, promoviendo el trabajo en red, interdisciplinar y transversal, dentro del propio sistema sanitario y con todos aquellos agentes, administraciones, servicios y asociaciones que actúan en una comunidad.**

Todos somos portadores de prejuicios y estereotipos frente a los demás, y no podemos pretender que nuestras respuestas en la relación profesional son inequívocamente neutras. Podemos constatar como nuestras profesiones están inmersas para bien y para mal en la sociedad y que los prejuicios, barreras, ignorancias y hasta los racismos y xenofobias más sutiles o más descarnados, ocupan también un espacio en las instituciones, servicios, profesionales, encontrando justificación para no tener que analizar los orígenes profundos de determinadas actitudes y comportamientos. Al lado de esto, podemos encontrar iniciativas y actitudes, realmente valiosos que conducen hacia el bienestar, igualdad, respeto, y convivencia.

Estamos predispuestos hacia ese *otro* de muchas maneras, por ello es imprescindible reflexionar sobre uno mismo y discernir lo personal de lo cultural. La formación

por sí misma no tiene porqué hacer cambiar las actitudes arraigadas en nuestra forma de actuar y ser, es necesario un esfuerzo extraordinario en la línea de la sensibilización, análisis y autocrítica. **La toma de posición personal por la interculturalidad es una opción ideológica y un compromiso personal.** Defender ciertos valores, ciertas igualdades de trato, ciertos esfuerzos suplementarios, etc. no es tarea fácil ni lo ha sido nunca.²³

Solamente cuando consigamos abstraernos de nuestros propios prejuicios podremos empezar a situar las dificultades conjuntamente y crear elementos integrales que favorezcan cambios y nuevas dinámicas de trabajo.

-Los llamados **recursos puente** o servicios y actuaciones específicas han de surgir de necesidades diferenciadas de grupos y colectivos que precisan unas atenciones concretas para superar los elementos negativos que los hacen especialmente vulnerables, y que los sitúan en inferioridad de condiciones frente al resto de los ciudadanos. Estos recursos han de existir mientras exista la dificultad. No deja esto de ser una medida articulada de discriminación positiva, en el más amplio sentido del término. Una referencia clásica ha sido la de la política de vacunaciones, que en el caso de población gitana, ha utilizado abordajes adaptados a sus características socioculturales, utilizando mediadores para promover la información y formación sanitaria de los padres, adaptando el horario de atención a la dinámica de funcionamiento del grupo y organizando campañas en los lugares de residencia de este colectivo con objeto de mejorar la accesibilidad de los niños.²⁴

-Es imprescindible disponer de **programas integrales de acogida** para los recién llegados, con presentación de los distintos recursos y peculiaridades de los servicios. La acogida supone no sólo información relativa a recursos, prestaciones, vías de acceso, normativas, si no también a nociones sobre la filosofía de nuestro sistema sanitario, social, educativo, sobre derechos fundamentales... *No pocas veces exigimos la adaptación del inmigrante a unas normas que nadie les ha explicado.* Para lograr la acogida, y la relación eficaz entre la persona inmigrante y la institución es muy necesaria la existencia de **mediadores socioculturales accesibles desde los Servicios de Atención Primaria.**

-Uno de los pilares fundamentales para conseguir que el proceso de integración sea posible pasa por **fomentar canales de participación de las nuevas poblaciones dentro de la sociedad.** Para que la intervención en educación para la salud sea eficaz se exige redefinir conjuntamente con la población sujeto de la intervención las situaciones problemáticas, negociar el sentido, la utilidad, la amplitud y los límites de las propuestas de cambio.

Pese a que la participación es un principio considerado en casi toda la legislación que regula recursos sociales, para los inmigrantes hacer efectivo



dicho principio está condicionado por:

- La estabilidad de su situación personal y familiar.
- Los antecedentes personales y de la sociedad de origen.
- Las características personales relacionadas con capacidad de liderazgo, iniciativa, compromiso.
- Tener elementos de unión e intereses comunes.
- Mayor o menor conocimiento de la sociedad de acogida.

-Un servicio aislado de su comunidad no refleja la diversidad de ésta, y no dará respuesta a las necesidades reales de la misma, al contrario será ineficaz y creará una mayor barrera en la percepción, culpando a las migraciones de los malos resultados de sus políticas e intervenciones. Sólo la **intervención en red entre las distintas instituciones de una comunidad, será permeable a las demandas y necesidades de la población a la cual atiende y se dejará cuestionar por ella**. La intervención así parte de la aceptación de nuestra condición de profesionales que aprenden cada día de la realidad con la que trabajamos: no hay edificios inamovibles, ni metodologías rígidas aplicables en molde a las situaciones humanas, y menos aún en un mundo que camina tan deprisa.

-En los servicios de salud debe haber profesionales formados en el reconocimiento y la comprensión de las particularidades culturales de los grupos sociales atendidos, que sean capaces de establecer relaciones interculturales beneficiosas para la mejora de la asistencia y promoción de la salud. En algunos estados norteamericanos se exige la existencia de programas de competencia cultural y de personal adecuado para implementarlos como condición para homologar a los centros sanitarios.²⁵

Nuestra labor pasa, cada vez más, por buscar la unión de energías, la complementariedad de las visiones y el conocimiento, sin olvidar lo insustituible del esfuerzo de cada cual. **Es necesario y posible retomar el terreno comunitario como uno de los terrenos de trabajo de los servicios, no por parte de un solo servicio sino a través de una eficaz coordinación comunitaria**. La relación coordinada con el territorio y con la comunidad local permite elevar el nivel de conciencia colectiva respecto a las demandas sociales existentes, sus causas y efectos, así como la búsqueda de soluciones comunes para la mejora de las condiciones de vida.²⁶

Todo ello requiere, un trabajo a nivel interinstitucional y entre las diferentes áreas de las administraciones para que asuman el territorio como referente de la intervención social y a su población como referente social. Quizás hoy más que nunca tenemos la suerte

de experimentar que la riqueza y la diversidad que nos aporta el intercambio entre mujeres, hombres y culturas es un valor, y no un problema.

POLITICAS DE INTEGRACION CON POBLACION INMIGRANTE

La integración es un proceso continuo y en dos sentidos: basado en derechos mutuos y obligaciones correspondientes, de los nacionales de terceros países con residencia legal aquí y de las sociedades de acogida con respecto a ellos/as. La verdadera integración va a producir al final una sociedad algo diferente a la que inicialmente fue la de acogida. Una política de este tipo ha de cubrir factores como el empleo, la educación, la enseñanza de la lengua, los servicios sociales y la salud, vivienda, cultura, participación, etc.

La Comisión Europea plantea la conveniencia de elaborar un enfoque integral y multidimensional de la integración que contemple tanto los aspectos económicos y sociales como los culturales, religiosos, ciudadanía, participación y derechos políticos²⁷. La Comisión identifica seis elementos clave²⁸:

- 1.- Integración en el mercado de trabajo: aplicar medidas a fin de prevenir concentración excesiva de mano de obra inmigrante en empleos sumergidos, articular medidas de formación.
- 2.- Educación y habilidades lingüísticas: particularmente en lo que respecta al aprendizaje de la lengua del país de acogida.
- 3.- Vivienda.
- 4.- Sanidad y servicios sociales: se plantean diversas medidas que faciliten el acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria y social, con actuaciones de difusión y orientación, formación del personal que trabaja en dichos servicios, o incorporación laboral progresiva de personas de diferentes procedencias étnicas en la planificación y desarrollo de los servicios de salud, con el fin de contribuir a prevenir la discriminación y eliminar las barreras culturales de la comunidad donde operan.
- 5.- Entorno social y cultural: reforzar la implicación de los inmigrantes en la vida civil.
- 6.- Nacionalidad, ciudadanía cívica y respeto por la diversidad.

Francia definió un modelo basado en su "*ideal republicano*" en el que las minorías tienen poco espacio para la manifestación de su propia identidad. El Reino Unido, sin embargo, ha favorecido la integración a través del diálogo con minorías muy organizadas, que mantiene sus características culturales.²⁹



En España, haciendo balance de diecisiete años de política migratoria, constatamos que se carece de un proyecto coherente en esta materia, un proyecto que articule de modo adecuado dos elementos esenciales: la clarificación de lo que significa integración y una gestión de flujos consistente. La importancia del proceso migratorio que se está viviendo en España contrasta con la escasa tradición de nuestro país en el conocimiento y el desarrollo de políticas migratorias.

Hay que señalar dos factores claves para entender la tensión generada por el proceso migratorio en España: la incorporación en 1986 a la entonces Comunidad Europea que significó un trasvase de competencias hacia un ámbito supranacional, que ha empezado a trazar líneas básicas de actuación común para sus estados miembros; y, por otro lado, la transferencia a las Comunidades Autónomas de las competencias más relacionadas con la integración social de los/as inmigrantes referidas a empleo, sanidad, educación, servicios sociales... A esto hay que unir todas las competencias relacionadas con permisos de residencia y gestión de flujos migratorios que corresponden al Gobierno Central español.

Para el periodo 2001-2004 se aprobó el Programa Global de Regulación y Coordinación de la Extranjería y la Inmigración en España (Programa GRECO), entre cuyos objetivos cabe destacar la acogida y atención de extranjeros que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Algunas de las críticas al programa provienen del escaso grado de contacto cotidiano con extranjeros por parte de los españoles, los arraigados prejuicios en torno a determinadas nacionalidades, la presencia de actitudes que, si no xenófobas, cabría calificar como expresivas de cierto recelo hacia otras culturas.³⁰ A esto hay que sumar la ausencia de asignación presupuestaria, la falta de medidas concretas para fomentar la integración, así como la escasa implicación de las Administraciones Autonómicas y locales.³¹

Las Comunidades Autónomas han ido desarrollando medidas relacionadas con la integración de los inmigrantes en terrenos como la sanidad, la educación, la vivienda, los servicios sociales, las políticas de igualdad o la juventud, a través de planes generales o incluso de algunos programas específicos. Algunas Comunidades han elaborado y aprobado planes regionales para la inmigración. La primera experiencia fue de Cataluña en 1993, y se sumaron a estos planes Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Madrid, Murcia y Navarra. Existen también planes locales como es el caso de Huesca o Lérida.

Del análisis de los planes autonómicos para la integración de inmigrantes cabe destacar algunos aspectos³²:

- El **carácter bidireccional del proceso de integración social**: “Se basa en el criterio de la reciprocidad, que está tan lejos de la mera inserción

pasiva que niega la identidad cultural del inmigrante, como de la segregación que aísla y empobrece el pluralismo cultural (...) suma valores en lugar de fraccionar y fragmentarlos” (Plan de Andalucía).

“La consideración de la inmigración exige tener en cuenta también a la sociedad de acogida y trabajar simultáneamente con ambas poblaciones. De esta forma se evitará el reduccionismo de considerar la inmigración como problema social, negando la contribución de ésta al enriquecimiento cultural y social del conjunto de la sociedad”. (Plan de Aragón)

-**Principios de la integración social**: incluyen la integralidad y transversalidad. Los planes autonómicos adoptan un enfoque multidimensional de la integración social de las personas inmigrantes planteando la actuación desde diversos ámbitos como: empleo, formación, salud, servicios sociales, educación, vivienda, cultura, sensibilización, etc. Se trata de una concepción integrada de las necesidades de las personas inmigrantes que implican de una manera transversal a los diferentes ámbitos de intervención, y que refrendan la hipótesis que vertebra este documento, **sólo desde una concepción integrada podremos intervenir eficazmente**. Se incluyen como principios también, la descentralización en aras a destacar la importancia de la proximidad para detectar y solucionar los problemas de los ciudadanos, y la coordinación.

Cabe destacar en relación con estos principios de integración social un principio rector presente en el Plan de Madrid basado en la idea de que “*la familia inmigrante cumple un papel esencial en el proceso de integración del extranjero: su presencia ayudará al emigrante a vivir su adaptación e integración en la sociedad de acogida como un proyecto a largo plazo*”.

- Con respecto a las **áreas de intervención recogidas en los planes autonómicos**, abordan las particularidades de ciertos colectivos que pueden encontrarse en desventaja social, como las mujeres, los jóvenes o los menores.

Las **medidas de integración** recogen una serie de propuestas **relacionadas con la salud**, que por su conexión con el presente documento paso a especificar más detalladamente:

1. Fomento del acceso de la población inmigrante a los servicios públicos de salud. Los aspectos relacionados son :

1.1. Captación activa y difusión de los circuitos de entrada al sistema sanitario: fomentando la coordinación entre Administraciones y organizaciones sociales y con acciones de difusión sobre dichos circuitos y formación a los profesionales del mismo para poder informar al respecto.

1.2. Referencia a situaciones específicas de potencial



exclusión del sistema sanitario: población inmigrante sin recursos económicos, o en situación irregular.

2. Herramientas y conocimientos orientados a los profesionales para mejorar la atención sanitaria de la población inmigrante.

2.1. Servicios de traducción/interpretación basado en la colaboración con entidades y organizaciones sociales (esta medida ha sido contemplada en los planes de Andalucía y Navarra).

2.2. Mediación en el ámbito sanitario: proponiendo la figura y formación de agentes sociosanitarios.

2.3. Elaboración de materiales orientativos para la atención sanitaria: guías, protocolos de acogida en salud, o en detección precoz de enfermedades según lugares de origen; página web sobre salud e inmigración con información específica para los profesionales.

2.4. Formación a los profesionales de los servicios de salud: formación intercultural, conocimientos sobre salud en relación con distintos colectivos de inmigrantes, sensibilización para una discriminación positiva.

2.5. Ampliación de plantillas de personal en aquellas zonas con mayor concentración de población inmigrante.

3. Información y educación para la salud con las personas inmigrantes.

3.1. Elaboración de material informativo sobre salud dirigido a personas inmigrantes: temas como

vacunaciones, medidas preventivas, salud materno-infantil, patologías de riesgo, planificación familiar, habilidades sanitarias en el manejo y cuidado de personas con problemas de salud, niños, etc.

3.2. Desarrollo de programas de educación para la salud: incluyendo la perspectiva intercultural, orientadas a fomentar estilos de vida saludables, y educación sobre la *"conceptualización que sobre la enfermedad se hace en la sociedad de acogida"* (Canarias y Madrid)

4. Actividades de estudio e investigación sobre la situación de las personas inmigrantes en relación con la salud.

4.1. Conocimiento del estado de salud de la población inmigrante: control de condiciones higiénicas en el trabajo, en el alquiler de viviendas..

4.2. Seguimiento del acceso al sistema sanitario y a los programas y acciones de salud, y detección de necesidades: vacunaciones, *"identificar contextos en los que las diferentes etnias y culturas dan lugar a dificultades específicas de trato e incomprensión con un seguimiento de los riesgos específicos de discriminación estructural en el sector sanitario"* (Madrid).

5. Apoyo a proyectos sobre inmigración y salud desarrollados por otras entidades.

6. Tratamiento de colectivos específicos: mujer e infancia.

7. Enfermedades y tratamientos específicos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Zubero I. "¿Qué significa integrarse? De la integración como fin a la integración como proceso" Rev. Documentación Social Nº 132 2004, pp 31.

² Ibid- pp 12-16

³ Simmel, G. "The Stranger". En Wolff Kurt. The Sociology of Georg Simmel. New York: Free Press, 1950.

⁴ Zubero, Imanol. "¿Qué significa integrarse? De la integración como fin a la integración como proceso" Rev. Documentación Social Nº 132. Año 2004

⁵ Anuario Estadístico de la Oficina Permanente para la Inmigración (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). Datos 31-12-2004

⁶ López JM y Giol J. "El modelo de integración: una decisión pendiente". Rev. Documentación Social Nº 132-2004

⁷ Anuario Estadístico de la Oficina Permanente para la Inmigración (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). Datos 31-12-2004

⁸ Vilarmau Vila, J. "Para una sanidad intercultural y democrática. Retos del Trabajo Social para el nuevo milenio". Rev. Servicios Sociales y Política Social. Nº 64. Año 2003 pp 41-50



- ⁹ Ibid
- ¹⁰ Díaz-Plaja, Guillermo “La condición emigrante” Edit. Cuadernos para el diálogo. Madrid 1974
- ¹¹ Palanca Sánchez I. Tendencias en salud y calidad de vida. Exclusión social y salud, Indicadores”. Rev. Documentación Social Nº 127, pp.52-54
- ¹² Ibid, pp. 53
- ¹³ Ibid. pp. 49
- ¹⁴ Vilarmau Vila, J. “Para una sanidad intercultural y democrática. Retos del Trabajo Social para el nuevo milenio”. Revista Servicios Sociales y Política Social. Monográfico Trabajo Social y Salud. 2003
- ¹⁵ Achotegui , Joseba “Migrar, duelo y dolor”, El Viejo Topo.
- ¹⁶ Vilarmau Vila, J. “Para una sanidad intercultural y democrática. Retos del Trabajo Social para el nuevo milenio”. Revista Servicios Sociales y Política Social. Monográfico Trabajo Social y Salud. 2003- pp 52
- ¹⁷ Marchioni Marco “Unos recursos técnicos infrautilizados”. La Veu del Carrer. Octubre 2004.
- ¹⁸ Habermas, Jurgen. “La constelación postnacional”. Barcelona. Paidós 2000.
- ¹⁹ Marchioni, Marco “Unos recursos técnicos infrautilizados” La Veu del Carrer. Octubre 2004-
- ²⁰ Palanca Sánchez I. “Tendencias en salud y calidad de vida. Exclusión social y salud, Indicadores”. Rev. Documentación Social Nº 127, pp. 54
- ²¹ Vilarmau Vila J. “Para una sanidad intercultural y democrática. Retos del Trabajo Social para el nuevo milenio.”Rev. Servicios Sociales y Política Social. Nº 64. 2003
- ²² Harvey (1993) definiendo interculturalidad de acuerdo al Consejo de Europa “ interpenetración entre las culturas, sin mezclar o diluir la identidad específica de cada una de ellas, poniendo lo multicultural en movimiento para transformarlo verdaderamente en intercultural, con todo el dinamismo que esto implica”
- ²³ Vilarmau Vila, J. “Para una sanidad intercultural y democrática. Retos del Trabajo Social para el nuevo milenio”. Revista Servicios Sociales y Política Social. Monográfico Trabajo Social y Salud. 2003
- ²⁴ Palanca Sánchez I. “Tendencias en salud y calidad de vida. Exclusión social y salud. Indicadores” Rev. Documentación Social. Nº 127-2002. pp.51
- ²⁵ Canals Sala, Josep. “La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud”. Rev. Servicios Sociales y Política Social. Nº 65. Año 2004
- ²⁶ Marchioni, Marco “Unos recursos técnicos infrautilizados”. La Veu del Carrer. Octubre 2004
- ²⁷ “Inmigración y ciudadanía en Europa. La inmigración y el asilo en los años dos mil” IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000
- ²⁸ Bonino Covas C. “Los planes de las Comunidades Autónomas para la integración social de las personas inmigrantes”. Edit. Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Madrid 2003
- ²⁹ López JM y Giol J. “El modelo de integración. Una decisión pendiente”. Rev. Documentación Social Nº 132. Año 2004
- ³⁰ CIS, Estudio 2383, Barómetro febrero de 2000. CIS Estudio 2409, Barómetro febrero 2001
- ³¹ Moreno, J.a. “Valoración del programa GRECO por parte de la Comisión ad hoc del Foro para la Inmigración” en Inmigración, Extranjería y asilo, Federación de Servicios y Administraciones Públicas de Comisiones Obreras, p. 63-67.
- ³² Bonino Covas, C. Et al. “Los planes de las Comunidades Autónomas para la integración social de las personas inmigrantes”. Confederación sindical de comisiones obreras. 2004



EDUCACIÓN DE LA PERSONA SORDA: “ANÁLISIS SISTÉMICO PARA DISEÑAR MODELOS DE INTERVENCIÓN”

J. INMACULADA SÁNCHEZ CASADO.
PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGÍA DE UEX.

1. La Educación de la persona sorda en los albores del siglo XXI: “*principios teóricos y necesidades educativas*”.

La educación de la persona sorda en la segunda mitad de pasado siglo, me refiero al recientemente finalizado siglo XX, se ha desarrollado paralelamente a la idea propuesta y desarrollada a través del *constructo de la “diferencia”*. La filosofía del mundo de las necesidades educativas especiales supera el carácter específico de la vasta disciplina llamada Educación Especial. A partir de ahora se abre camino el hecho de tratar en el propio seno de la comunidad los problemas que presentan algunos de sus miembros, bien como dificultades de aprendizaje, problemas de salud mental o de adaptación social. Se cuestiona asimismo la fase de no-inclusión como la alternativa más funcional a la hora de dispensar tratamientos específicos para llegar a la propia inclusión grupal y/o social.

Muchas veces asistimos a nuevas formas educativas, de intervención social o psiquiátrica demasiado precipitadas en sus inicios o en su planteamiento de seguimiento. Lo cierto es que después del Informe Warnock, en 1978, se flexibiliza el concepto de normalización, delineando “*continuum*”, líneas imaginarias, que permiten superar departamentos estancos de modelos clasificatorios y categorías diagnósticas. **El sujeto** es importante, pero un protagonismo esencial adquiere **el entorno** que le permite actualizar sus potencialidades de aprendizaje. La convivencia del día a día, es la traducción más positiva de la auténtica integración porque constituye un reflejo de la sociedad divergente y global actual.

Principios teóricos que exigen formas de trabajo multimodales, porque la práctica educativa debe ajustarse, en nuestro caso, también a la población sorda. Su esencialidad definitoria implica **dificultades de comunicación e interacción**. Desde que comenzaron las paradojas respecto al rendimiento académico alumno sordo vs normoyente, el paso siguiente se ha focalizado en la presencia de un déficit muy importante de su aprovechamiento escolar, extensible a las áreas instrumentales del curriculum.

La diversidad en el grupo es obvia, Moores (1992) indicaba que el éxito académico depende de un cúmulo

de factores interdependientes y carece de sentido atribuir malos resultados a una sola variable. No obstante y aunque hemos sido testigos de que alumnos sordos profundos congénitos, y con modalidad de comunicación signada, han finalizado sus estudios universitarios, los resultados de este subgrupo quedan relegados a un producto muy por debajo del nivel alcanzado por oyentes de un similar contexto socioeconómico.

Marchesi, en 1987, citaba datos procedentes de la Oficina de Estudios Demográficos de Gallaudet University en relación a niveles medios de rendimiento entre alumnos sordos y oyentes. Los resultados estimaban diferencias entre 6 ó 7 años. En esa dirección, muchos autores insisten en las dificultades específicas de comprensión lectora o expresión escrita. A lo cual añadiríamos aspectos como:

- limitaciones cognitivas ligadas a la merma de la estimulación socio-lingüística que padecen en la primera infancia.
- bajo dominio de la lectoescritura, mecanismo básico de transmisión escolar.
- fallo en el código de acceso: difícil, poco consistente y artificial para el bebé sordo.
- inadaptación de la oferta de escolarización y propuestas metodológicas comunicativas para la identidad de la persona sorda.
- problemas añadidos a su autoconcepto, baja autoestima como la inmadurez o inseguridad.
- no correlacionan las aptitudes intelectuales con la inserción laboral.

Está claro que hemos de superar la dicotomía de base en cuanto a los dos grandes grupos educativos cuya línea de intervención no puede generarse tan sesgada desde el principio:

1. Por un lado, HIPOACÚSICOS, cuya audición resulta más o menos funcional con prótesis o sin ella (Myklebust, 1975), capaces de alcanzar una formación básica de lenguaje interior en palabras, -de saber verbal en palabras de Aramendía-, con procesos mentales



basados en el habla interiorizada (Schraeger, 1983) porque como afirma Löwe, en 1981, la vía auditiva merced a re-educación auditiva determina su mayor capacidad.

Así pues, este grupo, cada día más mayoritario, puede alcanzar un dominio más o menos productivo en lengua oral, gracias al entrenamiento auditivo y toda una larga lista de materiales electroacústicos. Estas ayudas les permiten mejorar el residuo auditivo indemne: desde los audifonos digitales hasta la adaptación protésica infantil, desde el diagnóstico precoz por otoemisiones y potenciales hasta la intervención educativa temprana e, incluso, los implantes cocleares practicados en las primeras etapas de la vida que permiten aprovechar la plasticidad cerebral sin perder un solo momento de estimulación, porque como dice Yoshinnaga la etapa de 0 a 6 meses se convierte en un núcleo de trabajo primordial.

Todo lo cual ha hecho posible que dentro de este grupo de alumnos se incorporen muchos con pérdidas auditivas medias e incluso superiores a 90dB. Pensamos, a tenor de los resultados de los últimos dos años de la subunidad pacense para el diagnóstico precoz de la sordera, que cada vez este grupo se incrementará. Lo positivo de estos resultados es que el rendimiento de este colectivo, con las ayudas apropiadas son capaces de seguir el curriculum ordinario con adaptaciones más o menos importantes en el acceso. Su traducción escolar más relevante es que no encontrarán como los sordos profundos y prelocutivos tantos problemas con el lenguaje oral y escrito, ni tampoco en la adquisición de contenidos académicos.

2. Por otro lado, aparece el segundo grupo desde un punto de vista de intervención educativa, integrado por aquellos alumnos SORDOS PROFUNDOS PRELINGUALES, cuya audición no les resulta funcional para la vida ordinaria como explicitaba Myklebust en 1975.

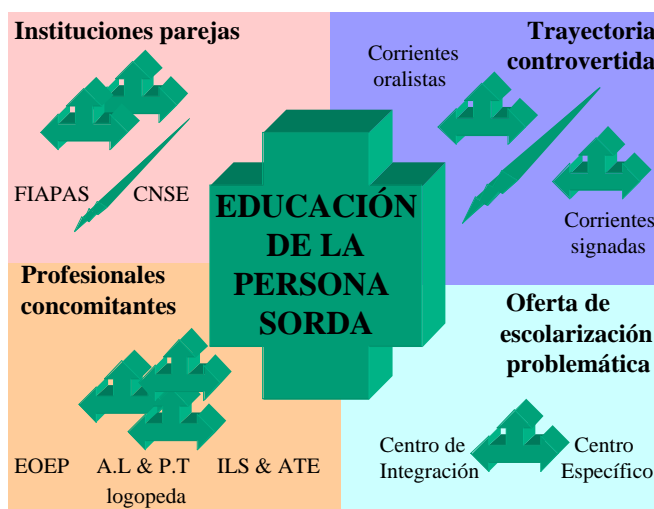
Los propósitos de la vida normalizada se ven sensiblemente mermados y casi imposibles de conseguir, aún bajo los auspicios de ayudas técnicas de última generación; por tanto se ven obligados a percibir el habla fonoarticulatoria utilizando primordialmente la vía visual, con lo que categorizan la realidad, esto es, almacenan el lenguaje interior base de pensamiento por medio de códigos visotáctiles, manuales o cinestésicos, como ya apuntaba Conrad en 1979, Löwe en 1981 o Schraeger en 1983.

Así, la lengua oral es mantenida por el recuerdo visual y propioceptivo, donde la vía auditiva apenas cuenta como tal, puesto que su ayuda es exigua y la vía visual es el principal acceso tanto de información como de comunicación. Lo triste del tema es que muchos de nuestros alumnos incardinados en este grupo terminan su escolaridad sin el pretendido dominio de la lengua

oral mayoritaria, ni tan siquiera obtener el beneficio de la lectoescritura como medio para adquirir conocimientos. Es un conjunto que necesita, en la mayor parte de los casos, acceder a los contenidos del curriculum ordinario mediante el empleo de otros códigos de comunicación diferentes o complementarios a la lengua oral.

Siguiendo esta argumentación podemos plantearnos: **¿Qué consecuencias trae la adopción de las distintas modalidades de enseñanza para un alumno sordo?**

Mucho se ha hablado del tema pero con tanta información interconexiónada, solapada y reutilizada, caemos en la tentación de perdemos y analizar datos parciales. Trataremos, por tanto, de responder con un mapa cognitivo que integra la complejidad del problema con todas las variables que inciden en la situación actual.



Desde hace dos siglos la educación de la persona sorda ha pasado por distintas fases, cuya evolución ha sido adoptada en relación **al posicionamiento ideológico del profesional**, esto es, a la toma de decisiones respecto al sistema de comunicación que debía utilizarse en el centro educativo.

La *corriente oralista* obliga fundamentalmente a los alumnos situados en el segundo grupo a formar, tanto su conocimiento del entorno como de la lengua, a través de una percepción incompleta y por tanto de base insegura y sesgada. Hasta ahora no se le ha sacado todas las posibilidades al canal visual, los prejuicios siguen siendo vigentes en los albores del siglo XXI, pese a la evidencia empírica de que los sistemas alternativos de comunicación como sistemas visuales complementarios y/o otra lengua paralela, y utilizados con procedimientos adecuados de trabajo, facilitan el desarrollo de la comunicación como vehículo precoz, afianzan el aprendizaje de la lengua oral, pues modulan



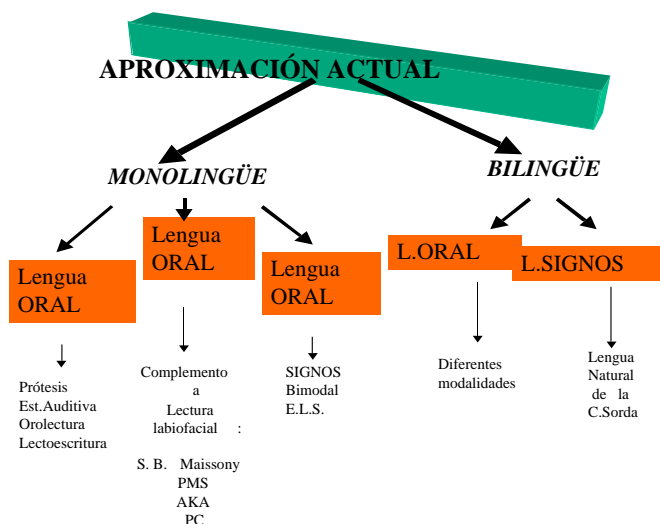
la construcción de redes metacognitivas lingüísticas y promueven la adquisición de conocimientos (Alegría, 92; Rodríguez, 92; Torres, 94 o Marchesi en el 95).

Todos hemos llegado a la conclusión que un bebé sordo necesita contar con un sistema eficaz de comunicación tan pronto como sea posible. Estudios como los de Fernández Viader (1998) han destacado el uso temprano de la lengua de signos como código pleno para efectuar interacciones comunicativas en las primeras etapas del desarrollo comunicativo-lingüístico. Sin esta competencia el aprendizaje de las normas sociales, los “modos de estar en el mundo”, y un buen número de estrategias de pensamiento o de resolución de problemas no podrán adquirirse naturalmente.

El hombre es biuterino, siguiendo a Rof Carvallo (1961), un ser relacional por excelencia, y justo en esa interacción con los demás nos apropiamos de nuevos conceptos, intercambiando mensajes a través de un código lingüístico. No podemos olvidar cuestiones suficientemente demostradas como la calidad del sistema simbólico de representación. Cuanto más eficaz sea el nivel de categorización y comunicación, más se incrementará las posibilidades de relacionarnos, y de adquirir en esa interacción conocimientos, destrezas mentales y habilidades sociales, con lo cual el desarrollo cognitivo y socioafectivo de la persona sorda será más completo como afirmaba Conrad en 1979 y Oleron en 1983.

No basta con un conocimiento parcial de la lengua oral, ni con el dominio exclusivo de la lengua de signos (con algunas limitaciones en léxico y con pocos estudios formales estructurales que permitan su normalización, registro y divulgación) porque se habrá de profundizar en precisión para aprovechar satisfactoriamente los intercambios comunicativos con el entorno.

Actualmente podemos distinguir dos grandes corrientes, dentro de las cuales caben diferentes modalidades de aplicación según la importancia que se conceda a los sistemas comunicativos.



La **corriente monolingüe** se conceptualiza en relación a la utilización preferente de la lengua oral y escrita del lugar donde se sitúa la persona sorda. Por ejemplo, aquí en nuestra Comunidad Autónoma Extremeña se usa la lengua castellana. Dentro de esta opción se sitúa el modelo audioral. Un oralismo puro que excluye cualquier otro tipo de comunicación que no sea mediante la lengua oral. La tolerancia respecto a la lengua de signos se ha ido suavizando gradualmente desde ser directamente reprimida, recuerdo comentarios quizás un poco subjetivos, pero pienso que ciertos, de personas adultas sordas que estudiaron en colegios lejanos de nuestra región y en donde se les castigaba, - se les ataba las manos- para que no las pudieran utilizar y se les forzase a usar más la lengua oral-, otras veces, es tolerada en determinados entornos –en la residencia del centro- pero considerada como externa al proceso de enseñanza.

Pese a esto, podemos encontrar otros modelos que aún considerando la oralización como principal objetivo educativo e instrumento de enseñanza, utilizan otros sistemas de comunicación como la propia lengua de signos, la combinación de signos a nivel léxico y lengua oral a nivel estructural, esto es, el bimodal, el apoyo a la labiolectura con claves y elementos signados como la palabra complementada o distintos sistemas de representación visual de la lengua oral como la dactilología, gestos de apoyo o escritura.

En general, esta gradación anterior participa de la filosofía de *la comunicación total*. Una mixtura de todas las modalidades en función de las características principalmente del sujeto sordo afectado pero también teniendo en cuenta el medio, entendiendo éste como familia y entorno educativo. Lo auténticamente relevante es operativizar al máximo la intervención, y en este sentido no se desecha nada si puede ser beneficioso para el desarrollo del alumno, un desarrollo no sólo lingüístico sino también cognitivo y afectivo-social.

Muchas veces es cuestión de “principios subyacentes”, tal planteamiento calificado a veces de “neoralismo” propugna una orientación monolingüe en la que el uso de todos esos sistemas implica una opción aumentativa, es decir, técnicas al servicio del código oral como vía de comunicación y del código lectoescrito como referencia del sistema de enseñanza (Juárez, 1992; Torres y otros, 1995).

La **corriente bilingüe** considera que la lengua natural del colectivo formado “en y por” la comunidad sorda es la de signos, y en cuya vía de transmisión ha de vertebrarse el sistema educativo de sus miembros. Como quiera que el 90% de chicos sordos proceden de familias oyentes, tal referente natural ha de adquirirse mediante procedimientos ajenos, en la mayoría de los casos, a la familia: profesores sordos u oyentes competentes en lengua de signos. Se ha de exponer, por tanto, al hijo sordo, a entornos signados donde pueda apropiarse de



forma natural de dicha comunicación. Puesto que sobre ésta se ha de sentar su educación, completándola con la lengua oral y escrita del lugar, es decir se la considera como un objetivo esencial dentro del proceso, una materia de enseñanza primordial pero para algunos sectores más “radicalizados” no superior a un segundo idioma.

Aunque hemos de diferenciar, siguiendo a Drasgow (1993), que en la misma apropiación de la lengua del contexto oyente se prioriza a favor de su modalidad escrita, con escasa importancia de la labiolectura o la dicción. En otros modelos la temporización es más equilibrada entre sendos códigos idiomáticos, nos enfrentamos a un modelo bilingüe donde algunas asignaturas eligen uno u otro, algo parecido a lo que ocurre en algunas escuelas o institutos inglés-español o alemán-español.

De esta breve exposición se trasluce que la defensa a ultranza de estas dos corrientes, con sus opciones y modalidades intermedias obedecen a planteamientos teóricos, prejuicios, presupuestos, historias reivindicadoras que dificultan un análisis serio y neutral. En suma responden a una misma naturaleza, superar un problema que es consecuencia de la sordera. Abogamos, por consiguiente, por **un modelo de integración** ya que si es difícil desarrollar cada opción, los peligros aumentan si radicalizamos los presupuestos de base; todos hemos topado con un ser “de carne y hueso” en el que un oralismo radical ha perjudicado su desarrollo como persona. Un gran número de personas con hipoacusias profundas no han sido capaces de asumir un proceso tan exigente, y el producto obtenido ha sido denunciado no sólo por la comunidad de sordos sino por muchos profesionales que han detectado como el nivel cultural era muy bajo, al igual que el académico, además de problemas de personalidad, identidad y baja autoestima.

Por contra, renunciar a la estimulación en la primeras etapas de la vida por medio de la lengua oral arroja por tierra el proceso de mielinización, el periodo crítico neurológico que permite al cerebro aumentar su plasticidad y así desarrollar aprendizajes lingüísticos específicos. Postergar el desarrollo de la labiolectura o la capacidad de un habla funcional oral también impide el desarrollo integral de la persona sorda.

Nuestro modelo educativo adopta como fin-meta un posicionamiento que optimice estas dos posturas, que además están íntimamente interconexiónadas. Ello implica evaluar de forma personalizada cada situación, definiendo los pasos de cada programa para que así se pueda superar posturas “a priori” que pretenden defender opciones de intervención por sus intenciones.

La bondad de una intervención queda explicitada en el desarrollo y ejecución práctica. Profesionales y familias se enfrentan a la necesidad de este eclecticismo, modulado por una parte por las propias necesidades de

su hijo, lo que genera la utilización de un medio de comunicación rápido y eficaz desde el principio de su vida al mismo tiempo que admitir su diferencia como consecuencia de su sordera; y por otro, el aprendizaje más artificial, sistemático y arduo del código mayoritario que le facilitará su realización e integración social, esto es nos referimos al dominio de la lengua oral y escrita del lugar, cuyo proceso de trabajo difiere de los principios directores de la enseñanza escolar.

2. Formas de escolarización para las personas sordas.

Los *modelos organizativos* en cuanto a la organización de las personas sordas se vertebran en función de un parámetro fundamental: la metodología y corriente a la que se adscriben.

La nueva ordenación del sistema educativo que ha permitido la incorporación de las personas sordas al sistema regular, ha reducido sensiblemente el alumnado de **los centros específicos**. Algunos colegios de sordos han desaparecido, otros han cambiado el perfil de sus potenciales usuarios: reduciendo su número, con graves problemas de aprendizaje y además con deficiencias asociadas. Por lo que cada vez utilizan más metodologías signadas y de apoyo multisensorial.

La diferencia con las dos modalidades restantes radican en su cierta homogeneidad, el hecho de presentar el rasgo de sordera y la especialización del profesorado. Hoy por hoy, en el primer mundo, parece ser el recurso mayoritario para los alumnos con hipoacusia severa y/o profunda. Se extienden desde infantil hasta secundaria, pero éste último tramo se cubre con formaciones profesionales muy específicas. La enseñanza superior es escasa, por ejemplo sólo existe una única universidad en el mundo para sordos, la Gallaudet University en California (USA). Como comprobamos el recurso segregador, focaliza el planteamiento educativo en la rehabilitación mientras que es menos ambicioso respecto a exigencias curriculares. Muchos colectivos de sordos adultos, algunos padres y profesionales defienden esta forma como la más acertada.

El centro ordinario, quizás sea la más denostada por ese mismo sector, aunque algunos alumnos han cursado su escolaridad en este tipo de instituciones. La característica primordial es que su nivel de hipoacusia respondía a un tipo ligero o medio, incluso severo; lo que está claro es que el apoyo externo era muy importante, servicios de logopedia y refuerzo curricular además de un ambiente familiar muy comprometido han hecho posible que estos alumnos sordos, dotados de unas capacidades en mucho casos por encima de lo normal, continuaran adelante.



Es realmente complicado para una clase regular poner al alcance del niño sordo las explicaciones del profesor, todas y cada una de ellas, los debates, las conversaciones cotidianas, los materiales escritos. No se trata de seguir el curriculum ordinario con una idea general de lo expuesto, ni de que adquieran un concepto aproximado de la unidad didáctica trabajada. El objetivo debe ser que obtuviesen un conocimiento preciso, complejo y matizado, es decir que puedan servirse de lo aprendido funcionalmente. Reducir la enseñanza a una mera restricción de contenidos y simplificación de conceptos mediante un resumen o una página de preguntas y respuestas es condenar a una persona sorda a la simplicidad.

Por último, la tercera fórmula organizativa es la que hace referencia al denominado **centro de integración**. Una institución en cuyas aulas se escolarizan niños y niñas con problemas auditivos, junto con otros tipos de discapacidades. En principio, estos centros disponen de equipos especializados de apoyo, realizan adaptaciones curriculares tanto en los elementos de acceso como el propio curriculum. A veces esta comunidad educativa ha realizado algún proyecto bien educativo o de formación que en sus orígenes creó la infraestructura necesaria para dar una respuesta personalizada a las demandas de todos los alumnos escolarizados en su seno. La coordinación entre el profesorado experto y el ordinario permite utilizar fórmulas variadas en cuanto a tipos de agrupamiento, formas de apoyo mediante elaboración de textos escritos adaptados, apoyo dentro y fuera del aula, introducción de un ILS –si es centro de secundaria o de enseñanza superior–...

Hemos de manifestar que el aprendizaje de una lengua o de un SAC (sistema alternativo de comunicación) exige un importante esfuerzo. No sólo por parte del profesorado –que deberá mantener la motivación para aprenderlo en un primer momento, y utilizarlo día a día, además de perfeccionarlo y mantener un “seminario” que permita profundizar en el mismo y asumir a los compañeros que se incorporan nuevos al centro y que no tienen experiencia con alumnos sordos–, sino también para que un código cumpla su misión debe ser también dominado por el resto de sus compañeros. La interacción con el grupo de iguales es fundamental para la consolidación de la autoestima y la inclusión social.

Así pues se opta, incluso dentro de un mismo centro, por diferentes modalidades que se aplican indistintamente a lo largo del periodo de escolaridad de un mismo discente sordo. En una forma de *integración parcial* el alumno sordo comparte horario entre la clase ordinaria y la clase de apoyo tanto logopédico como académico adaptado a sus características. La proporción de estas bandas suele variar dependiendo de las dificultades existentes para hacerles partícipes de las actividades cotidianas y del hecho de que no todos los profesores tutores son expertos en deficiencia auditiva.

En general, el horario de apoyo es mucho mayor en infantil y secundaria para atender, en el primer caso a sus necesidades comunicativas y de intervención en la estimulación del lenguaje y del habla; y en el segundo caso debido a las dificultades propias de este nivel. Así en el tramo primario, gracias a la atención individual obtenida en clase, el apoyo se reduce a sesiones individuales de carácter más logopédico.

Teóricamente este tipo de escolarización evita la segregación, ofrece la posibilidad de convivencia con normoyentes de edades próximas y permite aprovechar como un recurso más del centro al profesorado experto en comunicación. Pero exige una buena planificación de horarios, una buena dotación de profesorado y un número de alumnos suficientes para organizar **una unidad** por curso y/o ciclo. Los alumnos sordos comparten con sus compañeros las actividades que más se prestan a ello y reciben en aulas específicas las materias más complicadas y el entrenamiento propio.

Las aulas de integración fueron una opción bastante frecuente hace dos décadas en nuestro país, pero posteriormente se fueron sustituyendo por el modelo de centro integrador.

La idea de atender de forma específica a los alumnos sordos en un centro ordinario, favoreciendo su convivencia al compartir determinadas actividades como recreo, comedor, excursiones, educación física o manualidades,... propiciando, igualmente, una integración progresiva de aquellos alumnos sordos que pudieran seguir la clase, no deja de contar con muchos partidarios, que ven en esta modalidad un paso para resolver sino todos los problemas gran parte de ellos. Adaptaciones de materiales para favorecer el acceso al curriculum, la participación en actividades de gran grupo, el contacto con profesores sordos o maestros tutores muy especializados, el nivel elevado de estrés a que es sometido el alumno sordo, el agravio comparativo respecto a los compañeros oyentes que cursan una misma asignatura y perciben como se les facilita el acceso a ella -que por otro lado le vendría genial a éstos porque muchos materiales preparados para sordos dan excelentes resultados con oyentes con dificultades de aprendizaje-, la disminución de tiempo o de material específico para todos los sordos,... serían cuestiones pendientes de resolver.

3. Propuestas metodológicas de intervención con personas sordas.

En realidad, la valoración de unas y otras fórmulas, o lo que es lo mismo, explicitación de ventajas e inconvenientes dependen más bien de los recursos que se inviertan para la consecución de los objetivos propuestos de acuerdo a las posibilidades del alumno sordo, y de la congruencia del modelo elegido para el proceso a realizar.



Un centro específico, con apoyo estructural bien desarrollado tanto a nivel familiar (de lunes a viernes) como social (favoreciendo actividades comunes con niños y adolescentes oyentes) puede ser efectivo para determinados casos. Un centro de integración ha de contar asimismo con medios e infraestructura suficiente para responder diferenciadoramente, evitando la marginación del grupo de alumnos sordos dentro del centro o su infravaloración respecto a sus compañeros oyentes.

Por la experiencia profesional de participar en los programas de integración tanto de primaria como de secundaria, hemos podido constatar que una idea generalizada en los centros es que a medida que los alumnos sordos van creciendo y disponen de mayores habilidades lingüísticas van a necesitar menos apoyo, y menos adaptaciones académicas. Creemos que es justamente lo contrario porque el fallo en la vía auditiva implica que la barrera del acceso permanece indemne, quizás mucho más fuerte porque la carga verbal de la enseñanza es mucho mayor, el vocabulario más rico y la cantidad de matices sutiles más importante a medida que avanzamos.

Los niveles de adaptación para cada apartado pueden oscilar en función de las necesidades del alumno sordo y de los recursos metodológicos con que nos encontremos. Vamos a graduar desde ese punto de vista la respuesta que, especialmente, una hipoacusia grave y prelingual sobre el ritmo cognitivo-lingüístico impone, más si cabe en aquellas situaciones de convivencia propias de un centro regular:

- **Contexto:** Las adecuaciones del entorno implican la utilización de equipos de FM, ubicación en la clase en la que pueda mejor controlar al profesor y a los compañeros, ajuste de la manera de hablar y enseñar del tutor, mayor utilización de recursos visuales, colaboración de los compañeros para la toma de apuntes, mediador o monitor, presencia de intérpretes, mayor tiempo de tutoría individual, etc.

- **Académicas no-significativas:** Se refieren a cambios en el curriculum que no afectan a su contenido fundamental sino a determinados aspectos que bloquean el aprendizaje de alumnos con limitaciones lingüísticas: uso de textos y materiales elaborados *ad hoc*, ajuste del sistema de evaluación al nivel comunicativo del alumno sordo, aplicación del diseño en otras situaciones de aprendizaje y/o con otros profesionales distintos al aula regular.

- **Académicas significativas:** Son modificaciones de disciplinas porque la dificultad es general y permanente respecto al contenido desarrollado. La ley establece la posibilidad de cambiar asignaturas que están afectadas por la consecuencia inherente de la sordera como por ejemplo: música, inglés, lengua,... sin que impida al alumno sordo seguir los niveles correspondientes de

estudio. Algunos alumnos sordos también necesitan adecuaciones en todas las áreas, y así el programa configurado jerarquiza habilidades sociales y resolución de problemas básicos que no permiten alcanzar los niveles escolares previstos para la enseñanza obligatoria. En dichos casos, el centro escolar y los equipos psicopedagógicos revisan la orientación general del programa articulando objetivos, actividades, metodologías de aplicación y sistemas de evaluación individualizados.

En resumen, podríamos enumerar la siguientes propuestas integradoras que tratasen de superar viejas dicotomías percibidas desde los mismos ámbitos profesionales que trabajan en el sector: equipos específicos que atienden directamente al niño o que lo hacen a través del general; papel del PT frente al AL, puesto que hasta ahora, el maestro-logopeda cumplía las dos funciones con los alumnos sordos, tanto de apoyo curricular como de tratamiento logopédico; definición de un nuevo perfil como son los intérpretes y coordinación con el AL en la toma de decisiones y propuestas comunicativas. La radicalización de posturas es también percibida a través del movimiento asociativo, instituciones colaterales como FIAPAS y CNSE, son buena prueba de ello. La dos trabajaban por la persona sorda pero sus planteamientos están en algunas ocasiones muy alejados. De ahí que sería bueno seguir trabajando en una línea cohesionadora que fructificase en un único objetivo: **la mejora de la calidad de vida de la persona sorda.**

Para ello, deberíamos generar diseños que permitiesen:

a) Dotar al niño sordo de un sistema de comunicación temprano, equivalente al que maneja el oyente. La lengua oral necesita más tiempo, por lo tanto el código más rápido es el signado, y para que éste sea generalizable debe ser asumido por el entorno. Así pues, las instituciones educativas deben procurar contar con profesores hábiles en comunicación signada.

b) Los sistemas de apoyo para la percepción del habla, palabra complementada, combinados con lengua de signos en sus etapas iniciales, padres muy sensibilizados y entornos muy favorables constituyen un sustrato tremendamente positivo e indicador de éxito educativo.

c) La enseñanza de la lengua oral debe empezar cuanto antes. Hoy se sabe que la etapa de 0 a 6 meses es fundamental para las habilidades fonológicas y auditivas. La adaptación de audífonos de última generación de forma precoz o la utilización de implantes cocleares practicados en las primeras etapas ayudarán a sacar el máximo provecho al residuo auditivo. Además, con ello se incrementará la comprensión lectora y el manejo de la escritura al afianzar los componentes lingüísticos de base.



d) La auténtica inclusión responde a la oportunidad de convivir entre iguales sordos e iguales oyentes, profesores sordos y profesores oyentes. **Los centros de escolarización preferente** son, hoy por hoy, la opción educativa que puede generar desde un diseño de curriculum donde se incluyan contenidos específicos de sordera (ayudas técnicas, metodología verbotonál, lengua de signos, estudio de la audición, historia de sordos ilustres, ...) hasta diseños psicoinstruccionales en que los profesores rentabilicen las posibilidades del canal visual con apoyos audiovisuales, intérpretes, asesores sordos, estrategias gráficas y experiencias reales.

e) Por lo tanto, y creo que será un reto del siglo XXI para todos que el curriculum ordinario de los niños y adolescentes sordos gane en exigencia, y no "se y nos" conformemos con meros recortes en contenidos y actividades. La aproximación a la vida educativa no existe, es preciso que mentalizarnos a que entre todos podremos conseguir que "se viva tal cual". Eso significa que una persona sorda puede desarrollar sus potencialidades al máximo, sin que le limite su desarrollo integral la propia sordera o la respuesta del entorno circundante.

Referencias Bibliográficas:

- ALEGRÍA, J. (1992). *Adquisición de la lectura en el niño sordo. Problemas*. En Actas del I Congreso de FIAPAS. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- CONRAD, R. (1979). *The deaf schoolchild. Language and cognitive function*. Londres: Harper and Row.
- DRASGOW, A. (1993). *Sign Languages as the first language*. Hamburgo: Signum.
- FERNÁNDEZ VIADER, P. (1998): *La comunicación de los niños sordos*. Madrid: CNSE.
- JUÁREZ, A. y MONFORT, M. (1992). *Estimulación del Lenguaje Oral*. Madrid: Santillana.
- LÖWE, A. (1981). *La Audiometría en el niño. Implicaciones Pedagógicas*. Buenos Aires: Panamericana.
- MARCHESI, A. (1987). *El desarrollo cognitivo y lingüístico en los niños sordos*. Madrid: Alianza-Psicología.
- MARCHESI, A; ALONSO, P; PANIAGUA, G y VALMASEDA, M. (1995). *Desarrollo del lenguaje y del juego simbólico en niños sordos profundos*. Madrid: CIDE-MEC.
- MYKLEBUST, H.R. (1975). *Psicología del sordo*. Madrid: Magisterio Español.
- OLERON, P. (1983). *Le Language gestual des sourds, est-il une langue*. En *Reeducation Orthophonique*, nº21, p 409-429.
- ROF CARBALLO, J. (1961): *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Madrid: Labor.
- RODRÍGUEZ, M.A. (1992). *Lenguaje de signos*. Madrid: CNSE-ONCE.
- SÁNCHEZ CASADO, I. (1999). *Material de la asignatura "Aspectos evolutivos y educativos de la Deficiencia Auditiva"*. Badajoz: UEX. Documento fotocopiado.
- SCHRAEGER, O. (1983). *Orientaciones diagnósticas y médicorre recuperativas de las discapacidades auditivas en la infancia y la niñez que afectan al aprendizaje*. En *Rev. Logopedia, Foniatría y Audiología*, nº4, Vol II, pág 196-205.
- TORRES, S. (1994): *Discapacidad y sistemas de comunicación*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a las Personas con Minusvalías.
- TORRES, S; RODRÍGUEZ, JM; SANTANA, R; GONZÁLEZ, A. (1995). *Deficiencia auditiva. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- WARNOCK, M. (1978). *Necesidades Educativas Especiales. Informe sobre Educación Especial de los niños y jóvenes ingleses*. Revista de Educación. Monográfico, pág 45-73.



LA ATENCIÓN TEMPRANA

Isabel Botana del Arco

Pediatra. EAP Talavera la Real (Badajoz)

La Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta lo más precozmente posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Estas intervenciones deben considerar la globalidad del niño, es decir, los aspectos biológicos, sociales, educativos y su relación con el entorno y, por tanto, deberán ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

En sus comienzos, la Atención Temprana ("estimulación precoz", como se la denominaba comúnmente) atendía principalmente a un grupo de niños con patología instaurada y tenía un carácter rehabilitador y asistencial; en la actualidad, los objetivos de la intervención se abren a la población de riesgo, primando la atención preventiva y el tratamiento global (familiar, social y educativo; además, del sanitario). Se busca evitar futuras discapacidades en aquellos problemas del desarrollo que puedan ser transitorios o derivados de una situación de riesgo y/o atenuarlas en aquellas situaciones de trastornos permanentes, desarrollando al máximo las capacidades del niño que le permitan autonomía personal y una integración familiar, escolar y social.

Así, la detección precoz y la atención temprana son claves para evitar/prevenir o atenuar discapacidades.

Se considera niño de alto riesgo, aquel que presenta coincidencia de factores biológicos y sociales que hacen prever la posibilidad, de que en un futuro más o menos próximo, padezca trastornos de conducta, retrasos en el desarrollo y enfermedad en mayor proporción y frecuencia que el resto de la población. Entre un 3% a un 5% de los recién nacidos pueden presentar factores de Alto Riesgo Psico-Neuro-Sensorial, por lo que precisarán de su inclusión en un Programa de Seguimiento desde el nacimiento hasta la edad escolar, que permita la detección precoz de dichas alteraciones. Es en estos niños de riesgo, por la diversidad de la patología y sus secuelas, de los medios requeridos para su estudio y tratamiento, donde va a ser imprescindible la coordinación entre todos los profesionales que atienden directamente al niño y entre las distintas áreas asistenciales: Salud, Asuntos Sociales y Educación.

Para la selección de los recién nacidos de riesgo, se siguen las pautas dadas en 1982 por el Comité de Perinatología del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, modificadas posteriormente por la sección de Perinatología de la Asociación Española de Pediatría:

1. RECIEN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO:

- Gran prematuridad: RN < 1500 grs ó edad gestacional < 32 semanas; o con peso < P10 para la edad gestacional
- Asfisia perinatal: Apgar < 3 al minuto o <7 a los 5 minutos.
- RN con ventilación mecánica más de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotrasfusión.
- Convulsiones neonatales.
- Sepsis, meningitis, encefalitis neonatales.
- Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC.
- Malformaciones del SNC.
- Neurometabopatías.
- Síndromes dismórficos con afectación neurológica.
- Hijos de madres con patología mental o consumo de drogas que puedan afectar al feto.
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Siempre que el pediatra lo considere oportuno.

2. RECIEN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL: VISUAL.

- Ventilación mecánica prolongada.
- Gran Prematuridad.
- Hidrocefalia.
- Infecciones congénitas del SNC.
- Patología craneal detectada por ECO/TAC.
- Síndrome Malformativo con compromiso visual.
- Infecciones postnatales del SNC.
- Asfisia severa.



3. RECIEN NACIDO E RIESGO SENSORIAL: AUDITIVO.

- Hiperbilirrubinemia que precisa exanguino-transfusión.
- Gran Prematuridad.
- RN con peso < a 1500 grs.
- Infecciones congénitas del SNC.
- Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados en el embarazo.
- Síndromes Malformativos con compromiso de la audición.
- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Infecciones postnatales del SNC.
- Asfixia severa.

4. EL RIESGO SOCIO-FAMILIAR es valorado siempre, ya que es quizás la variable de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y también a la morbilidad perinatal a largo plazo. En este aspecto es muy importante contar con la colaboración de los trabajadores sociales tanto de los Centros de Salud, como los hospitalarios y de los ayuntamientos. Los criterios de riesgo socio-familiar son:

- Acusada deprivación económica.
- Embarazo accidental traumatizante. Madres adolescentes.
- Dinámica familiar disfuncional.
- Padres con bajo CI / Entorno no estimulante.
- Enfermedades graves/éxitus.
- Alcoholismo / Drogadicción.
- Prostitución.
- Delincuencia / Encarcelamiento.
- Inmigración.
- Niños acogidos en hogares infantiles.

DIAGNOSTICO DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS EN EL DESARROLLO

Establecer un diagnóstico de certeza de un Trastorno del Desarrollo en los primeros años de la vida puede ofrecer importantes dificultades, desiguales para los distintos trastornos.

El diagnóstico y clasificación de los trastornos motores y sensoriales en los primeros años goza de consenso entre los profesionales y las posibles dudas diagnósticas se resuelven habitualmente en pocos

meses, siendo algunos exámenes complementarios definitivos para ello.

En el ámbito de los trastornos del lenguaje, cognitivos y, especialmente, en los de la comunicación, la conducta, la expresión emocional y las alteraciones del ánimo aparecen, sin embargo, importantes dificultades debido a diferentes causas:

- Los límites de la normalidad son imprecisos, no hay una línea que separe la normalidad de la patología. En los primeros años de la vida, puede ser difícil, ante algunas desviaciones o características atípicas del desarrollo, establecer de forma segura si su carácter es patológico o si estamos ante una variación en la normalidad, o si las manifestaciones que preocupan, aunque poco comunes, vayan a tener un carácter transitorio y benigno. Es necesario considerar el curso evolutivo espontáneo y/o observado ante las diferentes propuestas terapéuticas y modificaciones del entorno.
- A veces es difícil valorar el significado de algunas alteraciones, por la necesidad de referirnos inicialmente al relato de los padres en aspectos que pueden ser altamente subjetivos y no reproducibles con facilidad en la consulta.
- Gran parte de los síntomas o signos son inespecíficos, pudiendo presentarse en diferentes trastornos y ser fruto de condiciones del entorno y/o alteraciones neurológicas.

1. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO MOTOR.

El retraso y/o alteración de las adquisiciones motoras constituye el principal motivo de consulta para la derivación a AT en el primer año de vida; permite el diagnóstico de las diferentes formas de parálisis cerebral infantil y de los trastornos periféricos, así como la detección de retrasos evolutivos, de los que a menudo el retraso motor constituye tan sólo un aspecto que se convierte en signo guía y permite la evaluación y diagnóstico interdisciplinar posterior para identificar otros trastornos acompañantes: cognitivos, sensoriales...

2. TRASTORNOS SENSORIALES (AUDITIVOS, VISUALES).

En el ámbito de los trastornos sensoriales, especialmente en la sordera congénita, se han producido importantes avances al disponer de instrumentos como las otoemisiones acústicas para el screening de la población general de recién nacidos. Sería importante que en edades posteriores, fundamentalmente en el segundo y tercer año de vida, existieran más facilidades para identificar correctamente las hipoacusias, que pueden cursar afectando no solo al lenguaje oral sino también a la comunicación y la conducta.



3. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Son varios los factores que pueden ocasionar un retraso o alteración del lenguaje verbal: trastornos específicos del lenguaje, de la comunicación, trastornos del espectro autista, emocionales, déficits sensoriales.... Esta entidad, constituye probablemente el modelo paradigmático que apoya la necesidad en AT de un equipo interdisciplinar para un correcto diagnóstico y orientación terapéutica.

4. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO COGNITIVO Y APRENDIZAJE.

Detectar de forma temprana la dificultad global para aprender (retraso mental en todos sus grados) o la específica para determinadas áreas (trastornos del aprendizaje), así como la etiología y patogenia subyacente a dichas dificultades, es sin duda una asignatura pendiente. Se ha avanzado en la identificación de determinados síndromes que asocian estas dificultades; sin embargo, en la mayor parte de la población no existen marcadores biológicos que puedan identificarse.

Un retraso global en las adquisiciones del niño o niña en los primeros años, las alteraciones a nivel de la conducta y el retraso en la adquisición del lenguaje continúan siendo signos guía para el diagnóstico. Estos signos guía, son inespecíficos individualmente, pero su persistencia, su asociación y la consideración de factores del entorno debe llevar a la hipótesis diagnóstica.

5. TRASTORNOS EN EL AMBITO DE LA RELACION Y COMUNICACIÓN (Trastornos Generalizados del Desarrollo).

El diagnóstico en este ámbito, cuyo exponente de mayor gravedad está constituido por el autismo, plantea importantes problemas, por la importante variación en la normalidad, ausencia de cualquier marcador biológico y la dificultad de valorar estos aspectos en el marco de la consulta pediátrica. Sin embargo, el diagnóstico precoz, antes de que el trastorno se manifieste por un retraso o alteración en el desarrollo del lenguaje verbal, es la que puede llevar a un mejor pronóstico y en algunos casos a superar o compensar las dificultades en la comunicación y relación.

Actualmente, se está generalizando la utilización del concepto de "espectro autista" para referirse a diferentes trastornos en la comunicación y relación social y/o diferentes grados de los mismos.

La valoración más detenida de los aspectos de comunicación en el primer año, con ítems específicos o la posible aplicación del cuestionarios como el CHAT de Baron-Cohen a los 18 meses en las consultas de pediatría constituirían importantes instrumentos de ayuda para la detección de estos trastornos.

6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y EMOCIONALES

7. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

8. RETRASO EVOLUTIVO (ENFERMEDADES CRÓNICAS, ATENCIÓN INADECUADA)

Resumiendo, probablemente el mayor avance en el diagnóstico en atención temprana es la conclusión de la necesidad de colaboración entre pediatría, neurología, psicología, psiquiatría y ciencias sociales.

AMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

La AT va más allá de la rehabilitación; es al mismo tiempo atención médica, psicológica, educativa y apoyo a las familias en unas circunstancias especialmente críticas como es la aceptación de la discapacidad de su hijo.

La Atención Temprana debe abordarse desde los ámbitos de la SALUD, la EDUCACIÓN y los SERVICIOS SOCIALES. Desde estas áreas se detectan y se tratan las situaciones especiales de los niños, a través de diferentes mecanismos y fórmulas de apoyo y estimulación, con el fin de favorecer su máximo desarrollo y compensar en la medida de lo posible, las alteraciones o deficiencias que presentan.



Para realizar un adecuada y completa intervención es necesario que exista una coordinación y flujo de información entre todos los profesionales implicados. Será necesaria una doble coordinación:

- Entre los profesionales que participan directamente en la atención del niño y su familia.



- Entre los diferentes niveles asistenciales: Salud, Asuntos sociales y Educación.

SERVICIOS SANITARIOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.

Gran parte de los problemas del desarrollo tienen su base en acontecimientos que ocurren durante la gestación y/o el período neonatal.

- **SERVICIOS DE OBSTETRICIA:** Llevan a cabo una importante labor preventiva primaria mediante detección de factores de riesgo previo al embarazo, atención a embarazos de alto riesgo biológico, psicológico o social...

- **SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA:** reciben al niño con riesgo o patología al nacimiento y realizan prevención primaria al evitar con sus actuaciones la aparición de deficiencias, de prevención secundaria al detectar precozmente y de prevención terciaria en cuanto a diagnóstico, tratamiento y recuperación del recién nacido enfermo.

La AT debe iniciarse en estas Unidades y es necesario que exista flujo de información entre el Equipo de Neonatología, el de Seguimiento y entre éstos y el pediatra de Atención Primaria. Esta coordinación debería comenzar con la Planificación del Alta hospitalaria y continuar posteriormente con un seguimiento compartido.

- **UNIDADES DE SEGUIMIENTO.** Los servicios hospitalarios de Neonatología y de Neurología infantil deben realizar programas de seguimientos de estos niños de Alto Riesgo Neurológico, a fin de garantizar la detección precoz de posibles trastornos o deficiencias.

La derivación de los niños se realiza fundamentalmente desde las Unidades Neonatales, desde donde se captan los niños con factores de riesgo prenatal y perinatal. Los niños con circunstancias de riesgo postnatales son captados en centros de Atención al niño como son la Pediatría de Atención Primaria, las Unidades hospitalarias de lactantes, guarderías y escuelas infantiles, trabajadores sociales....

- **PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.** Intervienen en todos los niveles de la AT. A través del programa del niño sano y por la atención al niño enfermo que permiten un seguimiento continuado del desarrollo neuroevolutivo del niño, llevar a cabo medidas preventivas y realizar un diagnóstico precoz; es el punto de referencia para las familias y tiene más facilidad para detectar situaciones de riesgo postnatales.

El pediatra de AP establecerá contacto e intercambio de información con las matronas y las trabajadoras sociales de su Centro de Salud para que la atención al niño y su familia sea lo más completa posible; además de con los Servicios hospitalarios y los demás agentes de salud comunitarios.

- **SERVICIOS DE NEUROPEDIATRÍA.** Participa en los programas de seguimiento y colabora en la detección, diagnóstico y atención terapéutica de los niños con patología o susceptibles de padecerlas.

- **SERVICIOS DE REHABILITACION INFANTIL.** Intervienen en la prevención y en la actuación directa, tanto terapéutica como de integración al entorno donde se desarrolla el niño y su familia.

- **SERVICIOS DE SALUD MENTAL.**

- **OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS** como genética, otorrinolaringología, oftalmología, radiología, cirugía ortopédica.....que también intervienen en el diagnóstico y tratamiento y que deben estar coordinadas con las especialidades citadas anteriormente.

SERVICIOS EDUCATIVOS.

En el ámbito educativo, contamos con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica Generales (EOEP), los Equipos Específicos (para deficiencias visuales, auditivas o motóricas) y los Equipos de Atención Temprana; que podrán determinar los apoyos necesarios para una adecuada integración del niño con discapacidad o en situación de riesgo, desde el punto de vista educativo.

La intervención temprana es necesaria para la población infantil por las características especiales de este periodo (de 0 a 3 años) en el que se van a producir las adquisiciones básicas para el desarrollo y que, en determinados casos, no se logra por la estimulación natural espontánea, ya sea por circunstancias que rodean al niño (ambiente, nivel económico, afecto...) o porque el niño no puede aprovechar adecuadamente esos estímulos del medio (cuando hay patologías implantadas o alto riesgo de padecerlas). Con los programas educativos se pretende potenciar al máximo las posibilidades físicas e intelectuales del niño.

En este sentido, en la Escuela infantil, los Equipos Psicopedagógicos de AT suponen un elemento de apoyo esencial, ya que ofrecen una ayuda directa tanto al niño como al profesor.

Corresponden a estos Equipos la detección precoz, valoración, orientación y seguimiento de las necesidades educativas especiales de estos niños menores de 6 años; y deben coordinarse con las instituciones adecuadas para lograr el proceso de integración en la escuela infantil.

En los niños de 3 a 6 años, teniendo en cuenta que la mayoría están ya escolarizados, son los servicios educativos los que además de garantizar la integración escolar y social, disponen de los recursos para estimular y potenciar el desarrollo de los niños y la atención a las familias para conseguir un óptimo desarrollo de sus hijos.



SERVICIOS SOCIALES.

• CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN EXTREMADURA (C.A.D.EX).

Son Centros dependientes de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura; están ubicados en las ciudades de Cáceres y Badajoz.

Los profesionales que los integran son: trabajadores sociales, médico rehabilitador, psicólogos, logopedas, fisioterapeutas, psicomotricista, terapeuta ocupacional y terapeutas de Atención temprana; además, del personal administrativo.

En estos Centros se presta una atención básica a personas con discapacidad, ofreciendo los siguientes servicios:

- Información de los recursos sociosanitarios públicos y privados para la atención de personas con discapacidad (ayudas, prestaciones, centros...).

- Diagnóstico y valoración para determinar el grado de minusvalía y la posterior expedición del documento oficial acreditativo del grado de minusvalía (a efectos de prestaciones económicas y recursos previstos legalmente); así como las orientaciones que precisen los usuarios y familiares. Esta función es realizada por los denominados Equipos de Valoración y Orientación (EVO), integrados por Médicos, Psicólogos y Trabajadores Sociales.

Una vez detectado el trastorno y valorado el grado de minusvalía, se orienta hacia el tratamiento más adecuado, que puede realizarse en el propio CADEX o en otra institución cualificada (normalmente Entidades privadas concertadas – Asociaciones) más cercanas al lugar donde vive el niño y su familia.

- Tratamientos para personas con discapacidad de todas las edades.

En las áreas de tratamiento de los CADEX se interviene globalmente o por áreas específicas, dando respuesta a las necesidades transitorias o permanentes de los niños y niñas con trastornos del desarrollo o con riesgo de padecerlo que pueden ser causa de discapacidad. Se imparten tratamientos de:

- Atención Temprana: niños de 0 a 6 años. Pretende conseguir un desarrollo integral del niño en las diferentes áreas del lenguaje, cognitiva, sensorial, motórica y social.

- Logopedia: se trabajan aspectos relacionados con la comunicación, habla y lenguaje.

- Psicomotricidad: con niños a partir de 5 años y hasta los 16 años. Trabaja la coordinación general, equilibrio, motricidad fina y gruesa.

- Fisioterapia: la rehabilitación física se realiza tanto a niños como adultos, que no acceden a este tratamiento a través de otras vías.

- Terapia ocupacional: acceden a éste tratamiento niños mayores de 6 años y adultos; evalúa sus capacidades y habilidades para desempeñar las actividades de la vida diaria, instaurando tratamientos individualizados que buscan la máxima autonomía personal posible.

• ASOCIACIONES.

Las Asociaciones funcionan como entidades privadas-concertadas, que pueden ofrecer servicios, entre otros, de Atención temprana y de Rehabilitación funcional. En Extremadura contamos con asociaciones como: APROSUBA, APNABA, ASPACEBA, ASINDOEX, ASPACE, ASINDI.....

En teoría, todas ellas prestan servicios de Atención temprana con los que podemos contar. Lo ideal sería que existiesen unos criterios mínimos de calidad y unos requisitos imprescindibles en cada Asociación para garantizar que la atención que reciben esos niños es la adecuada y correcta.

•SERVICIOS SOCIALES DE BASE.

Dependientes orgánicamente de la Consejería de Bienestar Social, lo son funcionalmente de los municipios, a través de los Ayuntamientos; y están formados por trabajadores sociales.

Tienen como objetivo la promoción y desarrollo de las personas y grupos para incrementar su bienestar social y calidad de vida, previniendo y eliminando las causas que conducen a la exclusión y marginación social.

Además de servicios de información y orientación y ayuda a domicilio, tienen la posibilidad de detectar precozmente y diagnosticar situaciones de riesgo social, que pueden ser causa de discapacidad; por su proximidad a la familia y al entorno social pueden, también, detectar aquellos problemas del desarrollo del niño que no se han hecho evidentes a otras instancias sociales, sanitarias o educativas.

¿DONDE SE REALIZA LA ATENCIÓN TEMPRANA?

Los Centros de Atención Temprana pueden encontrarse en:

-Ámbito sanitario: Unidades de Atención temprana (no existentes en nuestra región) y en algunos Servicios de Rehabilitación.

-Centros de AT de la Consejería de Bienestar Social (CADEX y Asociaciones).

Independientemente de que un niño reciba atención en el ámbito sanitario (Unidades de Seguimiento - neonatología y/o neuropediatría-; Servicios de rehabilitación), si consideramos que pudiera ser



subsidiario de recibir Servicios de Atención Temprana o de Recuperación funcional en Centros dependientes de la Consejería de Bienestar Social, el procedimiento de derivación tiene que realizarse a través de los CADEX de la provincia correspondiente a la localidad donde reside el niño y su familia.

Con el objeto de facilitar a las familias el acceso a estos servicios y garantizar la atención que precisen estos niños o adolescentes, se ha elaborado una **Hoja o documento de derivación** que, una vez relleno, se debe enviar desde la Unidad Administrativa de cada Centro de Salud u Hospital por vía Fax al CADEX provincial correspondiente y solicitar confirmación de la recepción del mismo. El propio CADEX será quien comunique a los padres directamente la fecha y hora de la cita.

El pediatra de Atención primaria, o aquel otro profesional que actuara de coordinador de la atención que precisa un niño con necesidades especiales de atención de su salud, deberá también orientar y contactar con los Equipos educativos correspondientes al iniciar la escolarización del niño.

NOTA: Por el bien de todo los niños con discapacidad o con riesgo de padecerla, lo ideal sería que Servicios sanitarios (hospitalarios y de Atención primaria), Sociales (a través de CADEX y SSB) y Educativos (EAT y EOEP) estuvieran coordinados o, al menos, relacionados entre sí, con objeto de garantizar una atención más correcta y eficaz. Asimismo, sería conveniente que existiese un “director” o “coordinador de la atención” que coordinase a todos aquellos profesionales que atienden al niño y a su familia (pediatra de Atención Primaria, neonatólogo, logopedas, fisioterapeutas, rehabilitadores, profesores...), con reuniones periódicas entre ellos, si así fuera preciso, para valorar su seguimiento, sus logros, sus deficiencias y los nuevos pasos a seguir.



DESARROLLO DEL LENGUAJE

*Arturo Domínguez Giralt.
Centro de Logopedia. Badajoz.*

¿QUÉ ES EL LENGUAJE?

Es una capacidad típica del ser humano a través de la cual podemos relacionarnos, compartir conocimientos, acceder a la vida social y al aprendizaje.

Para llegar a una definición más amplia del lenguaje, nos encontramos como señalan BELCHON Y RIVIERE, que habría tres dimensiones a considerar:

A.- DIMENSION ESTRUCTURAL

Hace referencia a que el lenguaje es un sistema complejo, arbitrario, multicodificado y que nos va a permitir representar la realidad (opera mentalmente con datos de la realidad en ausencia de lo mismo).

El lenguaje es simbólico porque utiliza signos, que son arbitrarios y se organizan según unas reglas formales.

En este sentido podemos hablar de:

-Código fonológico.- Los sonidos de la lengua se agrupan y organizan obedeciendo a caracteres articulatorios y de combinación (fricativos/oclusivos/africada/líquidos/nasales)

-Código morfosintáctico.- Las palabras se organizan en función de su estructura interna (artículo, preposición, sustantivos, verbos, etc.). Y también, en función de cómo se combinen para formar oraciones (O. Simple, compuesta).

-Código semántico.- Se ocupa de las palabras y de las combinaciones de estas en las frases.

B.- DIMENSION FUNCIONAL

Desde el punto de vista funcional, el lenguaje es una herramienta que nos sirve para relacionarnos y comunicarnos. Por tanto, el lenguaje tiene una clara intencionalidad y, además, lo utilizamos con funciones diversas, como: regular la conducta propia y la de los demás, pedir información, formular preguntas, describir situaciones, inventarnos una realidad distinta (imaginar), expresar sentimientos y emociones.

C.- DIMENSION COMPORTAMENTAL

Hace referencia al lenguaje como comportamiento que realiza el hablante y el oyente cuando, a través de la

conversación, codifican y producen, decodifican y comprenden mensajes lingüísticos, a través de un código común compartido.

Teniendo en cuenta lo que acabamos de explicar, podemos acercarnos a una definición amplia del lenguaje, diciendo que es:

Sistema complejo y arbitrario, multicodificado y multifuncional, que sirve para la comunicación y la representación.

No obstante, también se deberían incluir otros aspectos, que aunque no son puramente lingüísticos, si tiene que ver con la conducta comunicativa. Hacemos referencias a las aportaciones hechas por investigadores de la Universidad de Palo Alto (Warzlawick, Batenson etc.) para los cuales, en la comunicación no sólo deben considerarse los sonidos, palabras, frases o la intencionalidad, hay aspectos no lingüísticos muy relevantes en el intercambio como son los gestos, la mirada, la mímica y el espacio interindividual. Surgen así los conceptos de cinésica y proxémica.

Cinésica.- intenta relacionar los movimientos corporales y el comportamiento verbal (mirada, gestos, mímica, movimiento corporal de las manos etc.).

Proxémica.- Estudia el espacio social donde se produce la comunicación y el microespacio en los encuentros interpersonales.

Cuando hablamos, hay aspectos como la distancia entre los interlocutores, el escenario, los vínculos, las implicaciones emocionales que determinan el éxito y la fluidez de la comunicación, y por tanto, debemos contemplarlas cuando hablamos de lenguaje y conducta comunicativa.

REQUISITOS PARA DESARROLLAR EL LENGUAJE

Cuando se hace referencia a los requisitos previos para desarrollar lenguaje, distinguimos:

Base biológica

Base anatómica

Base funcional

Y 2º, la influencia del entorno o del medio como agente activo que facilita la maduración de las bases anteriormente mencionadas y posibilita el desarrollo lingüístico.



A continuación, señalamos la importancia de estos elementos para el desarrollo del lenguaje.

BASE BIOLÓGICA. Hace referencia al nivel cerebral. Sabemos por estudios que se hicieron a final del XIX y principios del S XX (Broca y Wernike) y a los heridos y muertos de las guerras mundiales, que el lenguaje está representado a nivel cerebral y, por tanto, preparado para aprender y usar el lenguaje. Dicha representación se localiza a nivel de la corteza cerebral, en los hemisferios cerebrales. Tenemos dos hemisferios con cuatro lóbulos (temporal, parietal, frontal y occipital) que se encargan de los procesos sensoriales y motores del lado opuesto del cuerpo. Por tanto, los hemisferios cerebrales y especialmente el hemisferio izquierdo es el que se va a especializar para desarrollar lenguaje. Es decir, para:

A.- Que podamos comprender; por tanto, que podamos oír, analizar e interpretar los mensajes que recibimos. Esto implica el funcionamiento perfecto de la vía auditiva, desde la recepción de mensajes a la interpretación de los mismos.

B.- Que se pueda expresar. Es decir que podamos seleccionar las palabras, codificar mensajes y mandar la orden para realizar el acto motor del lenguaje. Hablar.

C.- Que se pueda memorizar. Es decir, necesitamos almacenar la información que vamos aprendiendo y utilizarla cuando lo necesitamos, así como posibilitar nuevas adquisiciones.

El *área 44 de Broca* es la encargada de los aspectos motores del lenguaje. La *22 de Wernike*, se encarga de la comprensión auditiva. Y en *zonas perisilvianas* tendríamos especialmente nuestro archivo de palabras.

Las áreas corticales funcionan como un sistema gracias a la relación existente entre áreas y que se materializan en las transmisiones neuronales (sinapsis).

Ejem.- Cuando oigo un mensaje, se transmite la información a través del nervio auditivo hasta la corteza cerebral, pasa por varias áreas hasta llegar a la 22 de Wernike donde se interpreta o comprende el mensaje. De ahí, mediante el fascículo arqueado la información llega al área de Broca (44-45) donde se almacena la información y se codifica y se manda un mensaje si es necesario.

Otros elementos como entonación, ritmo, énfasis, son elementos dependientes del hemisferio derecho.

La BASE BIOLÓGICA no sólo nos interesa para entender las estructuras implicadas en el desarrollo y uso del lenguaje, hay un concepto que se deriva de aquí y que tiene gran importancia a nivel terapéutico:

Plasticidad cerebral.- se define como la capacidad para modificar la estructura cerebral y su función a lo largo de la vida de un individuo. Esto nos permite aprender y recordar la información.

El cerebro es maldecible durante toda la vida pero, especialmente durante su desarrollo (hasta alrededor de los 7-8 años).

La **BASE ANATOMICA** hace referencia a la constitución anatómica del sujeto, en especial, de los órganos que intervienen de forma directa o indirecta en el habla. A este nivel, hablamos de nariz, labios, lengua, mandíbula, paladar, pulmones, diafragma etc.

Alteraciones en la base anatómica, provocan problemas de habla de índole diversa: Fisura palatina, labio leporino, frenillo sublingual etc.

La **BASE FUNCIONAL** hace referencia al estado funcional de los órganos a la hora de realizar su función, así como la coordinación de los mismos para lograr un objetivo final.

Ejem.- “la” - para articular “la” necesitamos una corriente de aire que al pasar por las cuerdas vocales provocan un sonido que se define en un movimiento rápido de elevación del ápice lingual a la zona alveolar y de descenso rápido.

Por último, la **influencia del entorno o del medio**, facilitan la maduración y posibilitan el desarrollo lingüístico gracias a los estímulos y refuerzos.

El individuo aprende el lenguaje básicamente por un proceso de imitación y asociación para el cual necesita de un entorno (representado en sus figuras de apego) que lo favorezca.

DESARROLLO DEL LENGUAJE

Hacer referencia al desarrollo del lenguaje es hablar de las distintas etapas evolutivas por las que pasa el individuo hasta que adquiere las estructuras básicas del lenguaje, que le permitirán no sólo aprender sino también a relacionarse con diferentes interlocutores en contextos variados.

Tradicionalmente se distinguen dos grandes etapas en el desarrollo lingüístico. La diferenciación entre ambas la marca el uso o expresión de las primeras palabras de forma significativa.

Quisiera hacer repaso a los hitos más importantes en el desarrollo lingüístico del ser humano.

A.- ETAPA PRELINGÜÍSTICA

Abarca desde el nacimiento hasta los 12 meses y en ella se sientan las bases para el desarrollo lingüístico posterior. Los elementos más interesantes que encontramos en este periodo son:

-0-2 meses.- se desarrollan los programas de sintonización y armonización. Basados en investigaciones que prueban, que los bebés prefieren los estímulos procedentes del mundo social y que centran paulatinamente la atención en el triángulo ojo /nariz /



boca. Por otro lado, responden de forma armónica, con ajetreo o movimientos corporales, al estímulo físico y auditivo-verbal procedente de la figura del apego.

-2-4 meses.- Se desarrolla la sonrisa social, como respuesta explícita a una situación estimulante. En dicho desarrollo, juega un papel esencial el adulto, como reforzador y manipulador para incluir dicha expresión a un proceso interactivo.

-De los 4-6 meses se desarrollan los “formatos” y las proto-conversaciones. El formato es una pauta de interacción estandarizada, entre adulto y niño, que contiene roles diferenciados que al final son reversibles y donde el lenguaje es un medio y un fin en sí mismo (ejem.- cucú-tras). Las proto-conversaciones, son situaciones de interacción comunicativa, donde niño y adulto, conforman una estructura de comunicación utilizando sus turnos de forma alterna y en la que el niño responde o inicia con su repertorio expresivo (balbuceo), y el adulto responde o inicia ofreciendo un modelo corregido, con extensión semántica y extensión sintáctica pero perfectamente adaptado a su interés y nivel o momento evolutivo.

-Aproximadamente, entre los 8-10 meses, surge y se desarrolla la intencionalidad comunicativa con la aparición de los proto-imperativos y los proto-declarativos. El niño va a ser capaz de emitir señales para llamar la atención y conseguir un objeto o una acción y además, estas señales se ampliarán para informar al adulto del deseo de “compartir” el objeto.

-Alrededor de los 12 meses el niño empieza a emitir las primeras palabras y con ello, el desarrollo de la etapa lingüística. Por una cuestión metodológica, repasaremos lo más destacado de la evolución del lenguaje pero en cada uno de sus códigos.

B.- CODIGO FONÉTICO-FONOLOGICO

A lo largo del desarrollo lingüístico, el niño debe aprender a articular de forma correcta los sonidos de la lengua, así como a ser capaz de combinarlos, atendiendo a diferentes reglas, para formar palabras.

El proceso de adquisición comienza desde el momento del nacimiento, con los primeros sonidos (llanto, gorjeos, balbuceo etc.) y continúa desarrollándose hasta los 4 años, en el que la mayoría de sonidos aparecen discriminados en palabras simples. El proceso se completa hasta los 6-7 años con el dominio de las CN vibrantes y las estructuras CVC y CCV.

Laura Bosch y Clemente realizaron un estudio a niños castellanos de edades entre 3 y 7 años, y basándose en un porcentaje de pronunciación correcta del 80% distinguieron 4 etapas en la adquisición fonológica:

- A los 3 años le faltan /d/ /o/ /-r/ /r/ / l/.
- A los 4 años adquiridos /d/ / / /r/ y /c+l/.
- A los 5 años adquiridos /o/ y grupos C+R y S+C

-A los 6 años /r/ S+C+C, liq *c y diptongos crecientes (ai, ao, au, ei, eo, eu).

El niño utiliza procesos de simplificación fonológica hasta construir su cuerpo fonológico. En estos procesos intenta eliminar o sustituir sonidos por otros más fáciles. Los procesos más característicos son:

- procesos que afectan a la estructura de la sílaba.
- Reducciones silábicas (generalmente afecta a sílabas a tonas)
- Reducción de grupos consonánticos.
- Reducción de diptongos (puerta-peta)
- Procesos de sustitución de sonidos.- Pueden ser muy variados, se pueden dar desde sonidos del mismo grupo al de grupos diferentes.
- Procesos de asimilación. No son muy frecuentes en desarrollos lingüísticos normalizados; son procesos en los cuales una parte de la palabra asimila a otra. Zapato—papato.

Aunque hay pocos estudios sobre desarrollo fonológico en español. Sí que parece que hay dificultades inherentes al propio proceso de organización fonológica.

En este sentido, destacan:

- + La dificultad de articulación de algunos sonidos /r/ y a veces //
- + Las combinaciones específicas C+C+V; C+L y C+R.
- + La proximidad de sonidos dentro de una palabra. Ejem.- la proximidad /L-R/ ó /N-D/.

C.- CODIGO SEMÁNTICO

Hace referencia, al nivel evolutivo, al camino por el que pasara el niño hasta aprender no sólo el significado de las palabras sino también las reglas para combinarlas dentro de la frase, atendiendo al criterio semántico.

Dentro de los elementos del lenguaje, el desarrollo semántico ha sido uno de los que ofrecen mayor dificultad para su estudio análisis y obtención de datos fiables.

Según Nelson, y basándose en el uso de las primeras palabras y su evolución hasta los 4 años, podemos distinguir 4 etapas.

-Etapa preléxica.- Comprende aproximadamente de los 10 a 15 meses. Se caracteriza por la emisión de las primeras palabras, a las cuales los padres le dan valor de categoría. Suelen ser expresiones propiamente dichas como papa –pan-awaa. O bien, expresiones que se acompañan de deícticos o expresiones faciales (ma + deíctico = dame el objeto). Nelson a la mayoría de estas palabras las llama prepalabras, porque la mayoría no tienen una estructura de palabra y sirven para compartir más una experiencia que un significado.



-Etapa de los símbolos léxicos.- Va de los 16 meses a los 24 meses. Hay un aumento del vocabulario y comienzan a dar nombre a las cosas (objetos, personas y acciones) con las que se relaciona. Encontramos dos procesos:

- **Sobreextensión.**- Utiliza una palabra para designar otras con las que comparte algún rasgo semántico.

Ejem.- pelota todos los objetos redondos.

- **Sobrerrestricción.**- Es lo contrario, es usar una palabra para designar una clase de objetos.

Ejem.- coche.- sólo su coche

Má.- cuando quiere otro gusanito

El papel del adulto y la frecuencia y uso de las palabras son esenciales para aprender las primeras conceptualizaciones y categorizaciones.

- Etapa semántica.- Se sitúa entre los 19 y 30 meses. O lo que es lo mismo, del uso de 50 palabras al dominio de unas 450 -500 palabras al final del periodo, que provocan el surgimiento de enunciados variados. Los términos más utilizados se refieren a objetos, personas o animales con los que tiene experiencia directa. También hay un 13% de acciones y algunas palabras funcionales.

Se siguen utilizando sobre-extensiones del significado basados en características perceptivas y funcionales. Ejem.- pío-pío todos los pájaros; Pistola a una cuchara de palo que coge

Estas conductas manifiestan cierta capacidad para empezar a categorizar y representar la realidad.

En relación a la combinación de palabras, ofrece la posibilidad de poder expresar relaciones de posesión, localización, agente acción, acción objetos, desaparición etc.

El desarrollo de la fase semántica continúa hasta los 5 años, cuando el niño aprende nuevos vocablos y va precisando el significado de las palabras. Además, con la incorporación de nuevos elementos gramaticales, el niño puede ampliar las combinaciones de palabras y expresar más cosas, de ahí que progresivamente los enunciados sean más explícitos y pueda utilizar palabras que le sirvan para localizar las cosas, situarlas en tiempo y el espacio, etc.

A partir de los 3 años, los fenómenos de sobre-extensión y sobre-restricción van desapareciendo los fenómenos de sinonimia, antonimia, reciprocidad etc. A partir de este periodo, las oraciones y expresiones de los niños comparten muchas características a las encontradas en el lenguaje adulto.

D.- CODIGO MORFOSINTACTICO

El código morfosintáctico lo conforma la organización de las palabras en función de su estructura interna y también de las relaciones de estas para formar frases.

La secuencia de desarrollo que se presenta a continuación, está basado en los estudios de Del Rio y Vilaseca. En esta secuencia distinguimos:

o Primer desarrollo sintáctico

Abarca de los 18 meses a los 30 meses. Comienza con los enunciados de 2 palabras. Aparecen construcciones negativas (oméno) e interrogativas (onde papá?). Se desarrolla la gramática pivote y elementos morfológicos, como artículos en singular/ formas verbales impersonales y no temporales/ algunos adverbios de lugar y partículas negativas.

A los 30 meses desarrolla frases de 3 elementos, periodo que se caracteriza por la omisión de términos funcionales. Se desarrolla la frase tipo S-V-O ó V-S-O. En este periodo se desarrollan artículos (sobre todo, indeterminados), adjetivos calificativos, pronombres personales, demostrativos y posesivos (mío – tuyo). También, aparecen pronombres interrogativos (donde - cuando). Y utiliza algunos adverbios de tiempo y cantidad. Utiliza las preposiciones de, con, para, por. Hay marcadores de género en adjetivos y también número. Con respecto a los verbos utiliza el presente y la perífrasis de futuro.

o Expansión gramatical

Abarca el periodo de los 30-54 meses. Comienza con un alargamiento de los enunciados al incorporar un mayor número de artículos, preposiciones y pronombres. Se desarrollan las frases coordinadas unidas por la conjunción “y”.

Alrededor de los 3 años, pueden aparecer las primeras subordinadas relativas y sustantivas con la partícula “que”. Las oraciones se van complejizando con el desarrollo de las conjunciones: pero, porque, e incluso que.

A nivel verbal, utiliza formas pasadas y futuras y usa correctamente los plurales en los pronombres personales (sobre los 40 meses).

A partir de los 42 meses en adelante crece el número, variedad y complejidad de oraciones. Usa correctamente los tiempos verbales.

El desarrollo morfosintáctico continúa hasta los 6-7 años. Hasta este periodo, se desarrollan las estructuras más complejas como son las oraciones pasivas, condicionales y circunstanciales de tiempo. Otro dato importante a esta edad es el desarrollo de la conciencia metalingüística (adivanzas, chistes, uso de códigos propios para comunicarse, etc.).



MESA REDONDA PROFESIONAL: ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES-PROFESIONALES EN EL EJERCICIO DE PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PROFESIONAL.

ASPECTOS ÉTICOS

Xavier Allué

Comité de Ética Asistencial. Hospital Universitario
de Tarragona Juan XXIII. Tarragona

En el momento actual se hace necesaria una reflexión sobre las decisiones, actuaciones y actitudes en el campo de las ciencias de la salud para tener en cuenta, juntamente con los criterios científico-técnicos, aspectos que pueden comprometer los derechos humanos de pacientes y usuarios de los servicios sanitarios, así como valores sociales o personales.

La puesta en práctica de nuevas tecnologías, la soledad del profesional en el momento de tomar algunas decisiones difíciles en la práctica diaria, la prevención de la conflictividad, la necesidad de evitar actitudes puramente defensivas, la dificultad de dar prioridad en una situación de escasez de recursos o la conveniencia de la reflexión de los médicos son algunos de los retos planteados. La manera de abordar los racionalmente es, tal y como se ha comprobado en muchos países, con la Bioética como metodología y la formación de comités multidisciplinarios a los que se incorporen profesionales sanitarios, gestores y ciudadanos, como la forma más útil y socialmente válida.

Los comités de Ética asistencial o las organizaciones de Bioética suelen ser comités consultivos, preferiblemente multidisciplinarios que en ningún caso pueden sustituir la decisión clínica de los profesionales. Deben integrar las diferentes ideología morales de su entorno y estar al servicio de los profesionales y de los usuarios de las instituciones sanitarias para ayudar a analizar los problemas éticos que puedan surgir con el objetivo genérico de mejorar la calidad asistencial.

Principios universales de la Bioética

1. El respeto a la persona
2. El principio de autonomía
3. El principio de justicia

4. El principio de no maleficencia

5. El principio de beneficencia.

El principio de respeto a la persona incluye la consideración de que todo ser humano como una persona, que es un fin en sí mismo igual a todos los otros y, a la vez, singular e irrepetible, depositario de todos los derechos de la persona humana sin ninguna restricción.

El principio de autonomía entiende que se tiene que respetar en todo momento y lugar la libertad y la conciencia de las personas.

El principio de justicia exige un trato igual sin discriminaciones por razones de raza, sexo, edad, cultura, religión, ideología, situación social, ciudadanía u otras.

El principio de no maleficencia incide en que todas las actuaciones deben evitar por principio no hacer daño a la persona o a otros.

El principio de beneficencia obliga a prestar toda la ayuda necesaria que pueda ser precisa a toda persona y en todo momento.

Principios del Código ético de la American Medical Association¹.

1. Los médicos deben dedicarse a proporcionar una atención médica competente con compasión y respeto a la dignidad y los derechos humanos.

2. Los médicos deben mantener los niveles de profesionalidad, ser honestos en todas las interacciones profesionales y denunciar ante las autoridades competentes los facultativos que se comporten deficientemente en su carácter o en su competencia, o que participen de fraudes o engaños

¹ American Medical Association. Principles of Medical Ethics, June 2001. disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2512.html>. Acceso en Oct 15, 2004. Traducción del autor.



3. Los médicos deben respetar las leyes y reconocer su responsabilidad para conseguir cambios en aquellos aspectos que sean contrarios a los intereses de los pacientes.

4. Los médicos deben respetar los derechos de los pacientes, de sus colegas y de los otros profesionales de la salud, mantener la confidencialidad y la privacidad dentro de los límites de las leyes.

5. Los médicos deben continuar su formación y estudio, aplicar los avances de la ciencia, comprometerse en la formación médica, poner a disposición la información importante a los pacientes, colegas, y al público en general, realizar las consultas pertinentes y utilizar los conocimientos de los otros profesionales de la salud cuando esté indicado.

6. Los médicos deben en el ejercicio de su función, exceptuando las urgencias, sentirse libres de atender a quien deseen, a asociarse libremente con quien prefieran y elegir el medio donde deseen ejercer su función.

7. Los médicos deben reconocer su responsabilidad en la participación en actividades que contribuyan a mejorar la sociedad y la mejora de la salud pública.

8. Los médicos deben considerar su responsabilidad hacia los pacientes como lo más importante mientras estén practicando su ejercicio.

9. Los médicos deben promover que la asistencia sanitaria llegue a toda la ciudadanía.

O sea,

La obligación del ejercicio competente,

El respeto a la dignidad y los derechos humanos,

La responsabilidad ante los colegas,

El respeto a las leyes,

El respeto a la confidencialidad (secreto médico),

La obligación de continuar formándose,

La libertad de ejercicio,

La defensa de la salud pública,

La primacía de la atención médica sobre cualquier otra obligación,

La promoción de la salud para todos.

La información al paciente y su familia. El consentimiento informado.

La información clínica en Pediatría tiene como principal componente que el sujeto paciente es un niño y por lo tanto la información se canaliza siempre hacia otra persona, habitualmente la madre, el padre o ambos. Ello a menudo hace perder de vista los inalienables derechos del niño a tener acceso, en términos que, según la edad, pueda comprender, a toda la información referente a su salud, su situación clínica o padecimientos.

El proteccionismo que se ejerce sobre los niños no acostumbra a tener en cuenta que es un ser humano inteligente y, cada día más y mejor informado de aspectos de la vida a la vez amplios y profundos. En el caso del adolescente o preadolescente eso es evidente, pero también en otras edades los niños están en situación de entender lo que les pasa y de ejercer el derecho a conocerlo.

El compromiso ético de informar al paciente incluye además una responsabilidad social, profesional y, también, legal, contemplada en la legislación vigente. En la obligación del profesional está el empleo de un lenguaje accesible y los recursos a otras formas de información como dibujos, esquemas, fotografías, vídeos y demás.

La información debe ser previa a la toma de decisiones que afecten significativamente al niño, su vida, su integridad física, sus valores o su situación social. En la medida de lo posible, de esa información debe partir un consentimiento o, como se postula más recientemente, un asentimiento para hacer efectivas las decisiones.

El consentimiento informado por parte de un niño resulta una apreciación compleja y con amplias variaciones según edades, situaciones sociales, culturas y situaciones clínicas. El aspecto documental del consentimiento informado es también complejo pues la firma por parte de los padres ha de contemplar la realidad de la custodia y, de preferencia, incluir ambos padres para prevenir discrepancias actuales o futuras, teniendo en cuenta que se pueden producir cambios en la situación familiar a lo largo de la vida del niño.

Para dar consentimiento informado hace falta que el sujeto: a) tenga suficiente información en la que basar una decisión; b) sea mentalmente competente para tomar una decisión racional y c) sea libre para ejercer una elección voluntaria.

En la atención sanitaria de los niños el tercer elemento, la elección voluntaria, queda siempre comprometida cuando el informado y el que da el consentimiento no es el propio enfermo. La defensa de los intereses de los niños comporta que los niños sean informados y que puedan expresar su aquiescencia a la asistencia sanitaria: el preescolar con un conocimiento primario; el escolar con un conocimiento informable siempre que se tengan en cuenta las experiencias



y el entorno del niño y el adolescente puede y debe tener acceso a todo el conocimiento, ahora bien, todavía sin responsabilidad legal inmediata. Cabe añadir la existencia de jurisprudencia que reserva derechos al menor que pueden ser ejercidos con posterioridad, al alcanzar la edad legal. Es decir, por el hecho de que un menor no pueda ejercer derechos legales y que ellos recaigan sobre sus padres o custodios, una vez alcanzada la edad legal, el sujeto puede reclamar, esencialmente por vía civil, contra decisiones que le afectaron y que considere que le causaron daños.

La información ha de ser veraz, simple, comprensible, completa, contrastable, y ha de incluir la **naturaleza** del objeto a informar, la **condición** del paciente, el **pronóstico**, las **opciones terapéuticas** las **expectativas de resultados**, la elaboración de una **propuesta** concreta y una estimación aproximada de los **riesgos** que toda la situación comporta.

Debe darse consideración a lo que se entiende como **descubrimiento de la realidad** (en inglés: *"truth disclosure"*), es decir la explicación precisa de un diagnóstico ominoso y susceptible de causar preocupación y angustia. Compaginar esto con el también existente *derecho a NO saber* es una tarea compleja y que requiere delicadeza, habilidad y profesionalidad.

El consentimiento se requiere para múltiples situaciones asistenciales: para los procedimientos diagnósticos, para el tratamiento médico o quirúrgico, para la hospitalización, para el traslado de un centro a otro o cambios de servicio,

para la investigación o para la autopsia. Como situaciones especiales merecen consideración el caso del prematuro de muy bajo peso, el del minusválido psíquico, el adolescente y el niño bajo custodia legal. Y según el objeto situacional, se han de considerar detalladamente la reanimación neonatal, la reanimación cardiopulmonar y la prolongación o suspensión del soporte vital, la prevención del embarazo de la adolescente y el aborto (Interrupción Voluntaria del Embarazo).

En la vida real se plantean habitualmente problemas de dificultades de comunicación, diferencias culturales y sociales así como distorsiones de la realidad motivadas por informaciones previas o conceptualizaciones de los informados diferentes de las de los facultativos. Del mismo modo la existencia de opiniones contradictorias, ya sea entre los propios facultativos y en el entorno próximo al paciente y su familia, que van a suscitar conflictos. A todo ello hay que añadir que, con frecuencia, el marco o entorno donde se ha de establecer la comunicación no es siempre el idóneo, con la suficiente privacidad y confort, sino más bien al contrario, un pasillo o la entrada de los quirófanos son lugares habituales de intercambio de relaciones precisamente en circunstancias que pueden estar rodeadas de un cierto dramatismo como los accidentes, las enfermedades graves y situaciones similares.

Los facultativos deben procurar que el consentimiento o asentimiento informado sea realmente fruto de un intercambio de informaciones real que le confiera eficacia tanto legal como ética.

Bibliografía propia:

"Pediatria Psicosocial. Manual para pediatras y médicos de familia" Allué, X. Editorial ERGON, Madrid, 2000. (ISBN 84-8473-005-0)

«Consentiment informat a Pediatria». X.Allué, **Butll. Soc. Cat. Pediat.** 1995, 55:311-313

(Un texto similar apareció en «Aspectes particulars sobre el consentiment informat. L'infant i la família», **Salut Catalunya**, 1995; 9: 208-212)



PROBLEMÁTICA PROFESIONAL

José María Antequera Vinagre.

Abogado del ICAM. Profesor de Derecho Sanitario y Bioética. ENS. Instituto de Salud Carlos III.

RESUMEN:

Una realidad incuestionable es la cada vez más intensa interrelación e interdependencia entre la medicina y el derecho. Lo jurídico y lo bioético han irrumpido con fuerza arrasadora en la práctica clínica ordinaria; mas, la Pediatría tanto en Atención Primaria como Hospitalaria no se sustrae a tal fenómeno. Dicha realidad ha generado que la relación médico-paciente haya evolucionado, sin superar del todo, de una visión paternalista a una visión más usuariocentrista. El principio de autonomía de los pacientes y usuarios ha sido el catalizador de las nuevas dinámicas de la relación clínica. El Pediatra en Atención Primaria (PAP) no es ajeno a la impronta e influjo de la bioética y el derecho; el PAP debe poseer unos conocimientos y una formación mínima en derecho sanitario.

Entre las cuestiones que pueden generar conflictos jurídico-bioéticos en la consulta del PAP se encuentran las relacionadas con el derecho de información y el consentimiento informado dado que el menor tiene ciertas limitaciones legales en prestar válidos consentimientos pero al mismo tiempo es titular de derechos fundamentales, y el respecto a su dignidad personal nos exige facilitar su desarrollo (en ciertos casos y en determinadas condiciones la voluntad del menor debe respetarse). Asimismo la Historia Clínica (HC) recoge toda la información de salud (datos sin dudas relevantes) y genera con harta frecuencia cuestiones que tensionan las relaciones padres-hijos. Como conclusión esencial: la formación jurídica es necesaria para un equilibrado ejercicio clínico por el PAP.

DESARROLLO DEL TEMA.

“Es justicia la voluntad constante y perpetua de dar a cada uno su derecho”. Digesto¹ 1.1.10 pr.

1. INTRODUCCIÓN.

La relación médico-paciente ha evolucionado de una dimensión paternalista a una relación informada y determinada por el principio de autonomía del paciente; éste justifica el amplio desarrollo legislativo de los derechos de los pacientes en las organizaciones

sanitarias. No sólo la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente derechos y obligaciones de pacientes y profesionales sanitarios (LAP), pues, en relación con aquéllos, dos novísimas leyes como la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud insertan un conjunto de obligaciones de los profesionales sanitarios en relación con los pacientes y las organizaciones sanitarias.

El objetivo fundamental del presente texto es transmitir una idea básica: lo jurídico es una realidad más de la asistencia sanitaria: LO ES TAMBIÉN DEL PEDIATRA EN ATENCIÓN PRIMARIA (PAP). No existe una separación entre el derecho y la medicina, sino que tienen ámbitos de clara interconexión e interdependencia. El PAP debe poseer unos conocimientos básicos jurídicos, para así fortalecer y potenciar su función asistencial, y consecuentemente minimizando las áreas de conflictos jurídicos. Son muchos los problemas éticos y jurídicos en los que el PAP se puede ver envuelto: casos de “posibles negligencias médicas”, menores-intimidación-padres, menores-píldora postcoital, tensiones padres-menores, historia clínica,... todo ello deriva de la inherente complejidad de la asistencia sanitaria.

¿Por qué es compleja y singular la asistencia sanitaria?.

1. Por su especialidad: El sustrato de la asistencia sanitaria *per se* es singular y compleja (naturaleza compleja).

2. Porque la salud como prestación fomenta y tutela el esencial derecho fundamental a la vida y a la integridad física (base fundamental para el desarrollo constitucional de otros derechos fundamentales).

3. Por el objeto asistencial-jurídico: la variable jurídica en la ordinaria dinámica asistencial de los profesionales sanitarios.

4. Por la relevancia social de la *noticia sanitaria*. Una de las características modernas en relación con la asistencia sanitaria es que se ha establecido una relación *medios de comunicación-sanidad*. La noticia sanitaria es

1. Digesto es una compilación de textos de derecho romano que ha ejercido una gran influencia en la configuración de los modernos ordenamientos jurídicos.



relevante y en ocasiones se producen tensiones entre los Medios de Comunicación Social y la Organización Sanitaria-Profesionales Sanitarios, se tensionan derechos fundamentales como la libertad de expresión y el derecho al honor, la intimidad y la propia imagen.

5. Por el *boom* en la extensión de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios.

6. Por los conflictos de intereses de valores y creencias. En la gestión sanitaria se entremezclan y colisionan valores, creencias, derechos, intereses etc, que son generadores de conflictos como por ejemplo: objeción de conciencia, libertad religiosa, intimidad, vida, etc.

7. Por la superación de la relación *profesional sanitario-paciente* por la de *profesional sanitario-usuario*. Se evoluciona hacia el *ciudadano sanitario* unido a la calidad de la prestación.

8. Por el fenómeno de *judicialización-politización* en la asistencia sanitaria. Las sociedades modernas se caracterizan por un aumento del número de procedimientos judiciales en todos los órdenes de la vida. La Sanidad no es ajena a este fenómeno; es consustancial a nuestro desarrollo social y por el aumento de la cultura y conciencia de los derechos que como ciudadanos nos corresponde: *Toma de conciencia como ciudadano sanitario*.

9. Por el desarrollo de la Sociedad de la Información y las Nuevas Tecnologías. Esta revolución tiene un evidente impacto en el entorno sanitario; internet ha revolucionado la búsqueda de información y las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías desarrollarán un cambio en lo organizativo y en lo relacional. El usuario de los servicios sanitarios está muy informado.

El presente trabajo analizará de forma somera algunos aspectos que resultan de interés para el PAP como son el CONSENTIMIENTO INFORMADO y la HISTORIA CLÍNICA. La necesaria brevedad imposibilita un desarrollo exhaustivo de las innumerables variables que en la práctica habitual se pueden presentar.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La norma de referencia en esta materia es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante LAP) fue publicada en el Boletín Oficial del Estado el 15 de noviembre de 2002 y entró en vigor el 16 de mayo de 2003.

2.1. Rasgos básicos del derecho a la información

El artículo 4.1 sienta los principios básicos del derecho a la información asistencial, a saber:

- «Los pacientes tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, **toda la información disponible** sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley».

- Esta información se proporcionará, como regla general, **verbalmente**, dejando constancia en la **historia clínica** de que se ha facilitado.

- La información afectará, como mínimo, a la **finalidad, la naturaleza, los riesgos y las consecuencias** de la intervención.

- El paciente tiene **derecho a no ser informado**.

El párrafo segundo indica una serie de características:

- La información debe acompañar a **todo el proceso asistencial**.

- La información será **verdadera**.

- Se comunicará al paciente de forma **comprensible y adecuada** a sus necesidades

- El objetivo en torno al que debe modularse es **ayudar al paciente a tomar una decisión** de acuerdo con su propia y libre voluntad.

El párrafo tercero de este importante artículo establece un doble mecanismo de garantía:

- El médico **responsable del paciente lo es también de la información**.

- Cuando un proceso asistencial requiere varias pruebas, intervenciones u otros actos médicos de riesgo, **el profesional que interviene para realizar el procedimiento es responsable de la información pertinente**.

2.2. El derecho a no recibir información

En el apartado anterior se analizan los elementos esenciales que configuran el derecho al Consentimiento Informado, **pero en ocasiones los pacientes y usuarios de forma expresa o tácita manifiestan su deseo de no ser informado**. Así la LAP en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002 se lee que «*toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada*». El artículo 9 añade que «cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente». La renuncia a conocer los detalles del acto médico no exime al paciente de la obligación de otorgar el consentimiento, que será verbal o escrito según las características del procedimiento.

2.3. El derecho a no dar información. Cuando el médico limita el derecho de información. Limitación condicionada a un interés.

La LAP establece “en interés del paciente” una limitación en su derecho a recibir toda la información



cuando su situación clínica así lo aconseje: el médico en este supuesto debe realizar un ejercicio de ponderación.

El artículo 4.5 lo regula en estos términos: «El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho».

2.4. La intervención en caso de urgencia vital. El médico tutelando el bien salud.

La Ley 41/2002 dispone que en los casos de urgencia vital en los que no sea posible recabar la autorización del enfermo **se intervendrá sin su consentimiento, pero exclusivamente con las medidas indispensables para preservar su salud.** Se consultará con los familiares y/o allegados en la medida en que sea posible.

2.5. El incapaz

Cuando el médico se enfrente a un paciente incapacitado legalmente o que, **a juicio del clínico y a la vista de su estado**, no sea capaz de tomar decisiones, prestarán el consentimiento su representante legal o las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. La Ley matiza que «la prestación del consentimiento por representación será adecuada **a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal.** El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario».

2.6. El menor. Un mundo complejo en la relación pediatra-menor-padres.

La regla general que establece la Ley 41/2002 establece:

a) si el menor es incapaz de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo prestarán sus padres (o su representante legal), pero se le oír en todo caso si ha cumplido doce años.

b) si el menor ha cumplido los dieciséis años o está emancipado, no cabe el consentimiento por representación. «Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión correspondiente».

c) en el caso de aborto, ensayos clínicos y reproducción asistida rige la mayoría de edad de los 18 años.

Este es uno de temas que la LAP ha intentado sistematizar y dar un esquema de cierta racionalidad. No obstante, una lectura atenta del artículo no nos deja ocioso en el sentido que se pueden plantear muchos interrogantes sobre todo ante expresiones como: "...se le oír...", "...los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta..." En el punto como jurista un consejo: siempre buscar el bienestar y el bien del menor.

3. HISTORIA CLÍNICA Y TEMAS AFINES.

3.1. ¿Qué es la historia clínica? Muchas pueden ser las definiciones y seguramente podríamos ampliarla hasta el infinito, pero en la actualidad ya existe un concepto legal de Historia Clínica (HC):

Historia clínica: *el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.*

Aparte de este concepto de HC en la propia Ley se regulan otras definiciones jurídicas que tienen relación con la Documentación Clínica:

- **Certificado médico:** *la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.*

- **Documentación clínica:** *el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.*

- **Informe de alta médica:** *el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.*

La Historia Clínica (HC) comprende el **conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos**, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

Cada **centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten**, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

Las **Administraciones sanitarias** establecerán los mecanismos que garanticen **la autenticidad del contenido de la historia clínica** y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

Las **Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros**



sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

Este desarrollo es un elemento importante para que las previsiones recogidas en la LAP sean efectivas; **las organizaciones sanitarias requieren un cambio en la arquitectura organizativa y de cultura en el ejercicio de las competencias profesionales**; las medidas serán efectivas en la misma proporción en que los profesionales sanitarios modifiquen algunas comportamientos hacia prácticas responsables (por ejemplo las claves de accesos).

Asimismo esta Ley tendrá una materialización que favorezca el conjunto de los derechos de los usuarios cuando las Administraciones Públicas Sanitarias aprovisionen a las unidades y servicios de los instrumentos y recursos suficientes.

3.2. ¿Qué debe contener la HC?

Parece razonable contestar que **todo aquello que sea necesario y relevante para el conocimiento de la salud del paciente** (cláusula abierta en cuanto al contenido); es lógica dicha cláusula abierta porque circunscribir el contenido de la HC supondría una limitación en un buen conocimiento y objetivación de la salud del paciente (la LAP indica *se incorporará la información —bajo criterio médico— que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente*).

El paciente tiene derecho a que conste por escrito o en cualquier otro soporte (HC electrónica) los datos referentes a los ámbitos de la atención especializada y primaria: la HC, sin duda, **es un instrumento facilitador**.

Una obligación para el profesional es la cumplimentación de la HC, deber que se integra dentro de la "lex artis", por lo que entra dentro de la esfera de responsabilidad exigible al profesional sanitario.

El **contenido mínimo** de la HC será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.

- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3.3. Usos de la historia clínica.

Anteriormente he indicado que la HC es *el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial*, y que la LAP establece una cláusula abierta extensiva en el sentido que debe contener *todo aquello que sea necesario y relevante para el conocimiento de la salud del paciente*.

La **historia clínica** es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, se perfila así como un claro elemento facilitador de la propia actividad sanitaria, y así obviamente **los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia**. Los propios profesionales son los más interesados en la integridad y unicidad de la HC.

Como **regla general** existe un acceso universal del médico a la HC, pero no es patrimonio exclusivo suyo porque **existen otros profesionales asistenciales, de gestión, inspección y judicial que también están legitimados para un racional y proporcional acceso a la HC**.

Estos **supuestos de acceso** son los siguientes:

• **El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia**, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso.

El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, **salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos**.

Esta disociación de datos intenta preservar accesos no desproporcionados y no legitimados. Nos obstante



este supuesto no opera en casos sobre los cuales existe una investigación de la autoridad judicial y se considere relevante la unificación de los datos personales y los puramente asistenciales; no obstante habrá que estar siempre a lo que el Juez o Tribunal considere en cada caso.

En relación con el supuesto de accesos a contenidos a la HC en procedimientos judiciales no se pueden obviar ciertas reflexiones:

a. Los centros y servicios sanitarios son Administración Pública (Poder Ejecutivo) y tiene la obligación de tutelar intereses individuales y colectivos (la HC recoge elementos esenciales del derecho fundamental a la intimidad...) y en consecuencia deben "saber" el fin y la legitimación del dicho acceso judicial. Es una natural consecuencia del juego democrático y de división de poderes.

b. Los Jueces y Tribunales están sometidos al imperio de la ley y al conjunto del Ordenamiento Jurídico español, y así su voluntad que se expresa mediante Sentencias o Autos deben estar **motivadas**.

Todo acceso con fines judiciales deben estar motivadas para que así los centros y servicios sanitarios pueden tutelar mejor los derechos de los pacientes.

- El **personal de administración y gestión** de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de **la historia clínica relacionados con sus propias funciones**.

- El **personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación**, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al **deber de secreto**. Deber que forma parte de la "lex artis" cuya finalidad es la tutela del derecho a la intimidad del paciente y su incumplimiento supone un ilícito penal tipificado en el artículo 199 del Código Penal:

1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2.2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

4. EL MENOR. CONFLICTOS JURÍDICOS. EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR.

Con harta frecuencia los profesionales sanitarios, y por supuesto los Pediatras en Atención Primaria se encuentran con conflictos entre la relación padres-menores-profesionales sanitarios; esta situación genera, sin duda, un gran desasosiego. El mensaje esencial es que en todo caso en el frontispicio de toda decisión debe estar grabado **EL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR**. En algunos supuestos las funciones inherentes a la patria potestad ceden cuando surge un conflicto de intereses entre los padres y los menores. En este sentido es clara la Ley Orgánica 1/1996:

Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección del Menor:

- **Artículo 2: Principios Generales:** *Se establece el principio de interés superior del menor.*

- **Artículo 5: Derechos de Información:** *"Los menores tienen derecho a buscar, recibir y utilizar la información adecuada a su desarrollo".*

- **Artículo 9: Derecho a ser oído.** *"El menor tiene derecho a ser oído, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo o judicial en que esté directamente implicado y que conduzca a una decisión que afecte a su esfera personal, familiar o social.*

En los procedimientos judiciales, las comparecencias del menor se realizarán de forma adecuada a su situación y al desarrollo evolutivo de éste, cuidando de preservar su intimidad."

Tanto el denominado Convenio de Oviedo (fuente jurídica de donde deriva la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente) como ésta, son normas jurídicas que consideran al menor como un sujeto titular activo en el ejercicio de derechos sanitarios (ampliar con el apartado 2.5). El menor es titular de derechos fundamentales y el hecho de estar sometido a tutela, no debe suponer un menoscabo para el libre ejercicio de su personalidad.

5. RESPONSABILIDAD JURÍDICA. LA RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO SANITARIO.

La idea básica que se pretende es que conocer los perfiles de la responsabilidad penal posibilite que la actividad propia de la Pediatría en Atención Primaria pueda desenvolverse en un contexto de mayor sosiego y tranquilidad.

La asistencia sanitaria es una actividad genuinamente de riesgo; esta circunstancia supone que la materialización del daño tenga importantes consecuencias para los pacientes y sus familiares (error negligente de un diagnóstico de un menor de 7 años afecta al menor en su dimensión personal y física, y a sus madres en la vertiente de daño moral y psíquico).



Afortunadamente estos casos es la excepción, lo general es que dentro de dicha actividad de riesgo los pacientes acuden a las consultas y reciben una adecuada atención.

No existe una responsabilidad penal propia de la atención pediátrica, es por ello, que lo que se comente a continuación es extensible al conjunto de la actividad médica. La atención Pediátrica tiene unos perfiles propios en su vertiente asistencial de los menores, la edad es un factor determinante porque existe una clara limitación de la comunicación con el Pediatra, también la variables padres es un elemento importante, en ocasiones la relación con los Padres es lejos de ser pacífica... todo estas dimensiones no deben olvidarse desde la perspectiva de la responsabilidad penal.

De forma esquemática (a modo de recordatorio) puede clasificarse la responsabilidad jurídica en el ámbito sanitario en los siguientes tipos:

a. Responsabilidad penal: Siempre es declarada en base a hechos tipificados en el Código Penal. Es la que más grave consecuencias tiene para el profesional sanitario. Es una responsabilidad de tipo personal. Asimismo cuando hay condena penal es habitual establecer una indemnización en concepto de responsabilidad civil ex delicto. Según el tipo delictivo se impone como pena accesoria la inhabilitación profesional

b. Responsabilidad civil: La responsabilidad civil se divide en contractual y extracontractual. Se basa en el concepto de culpa, el profesional sanitario cuando realiza un acto asistencial y genera un daño incurre en responsabilidad civil extracontractual o aquiliana. La esencia de esta responsabilidad es la indemnización. No genera inhabilitación profesional.

c. Responsabilidad corporativa o colegial: Se genera por conductas que atentan con los códigos deontológico que rigen las buenas prácticas de los colegiados. Es una responsabilidad declarada por los órganos competentes de los colegios profesionales.

d. Responsabilidad disciplinarias o empresarial: Se genera cuando un trabajador realiza hechos o conductas leves o graves que así se insertan en los Convenios Colectivos o normas funcionariales o estatutarias.

e. Responsabilidad patrimonial: Es el tipo de responsabilidad propia de las Administraciones Públicas; se regula en la Ley 30/1992 del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Es una responsabilidad de tipo objetivo. La acción del paciente perjudicado se dirige directamente contra la Administración Pública Sanitaria competente. La jurisdicción concedora de estas cuestiones litigiosas es la contencioso-administrativa.

DE LA RESPONSABILIDAD PENAL. ¿QUÉ ES Y POR QUÉ PREOCUPA?.

¿Puede equivocarse un Pediatra en un diagnóstico? ¿Puede equivocarse en una prescripción? ¿Toda muerte de un menor por un error en el diagnóstico es sancionable penalmente?... Sin duda de las responsabilidades jurídicas las que más inquieta a los profesionales sanitarios es la responsabilidad penal, especialmente por la propia configuración legal, dogmática y jurídica de la misma: **la pena siempre es personal con la accesoria de inhabilitación profesional**. Sin duda las consecuencias personales, familiares y sociales son importante más si cabe en el contexto de la judicialización de la asistencia sanitaria con una consecuencia no deseable como es la medicina defensiva

Asimismo las noticias sanitarias relacionadas con hechos "supuestamente negligentes" tienen una evidente repercusión mediática: es una natural consecuencia de un espacio de libertad de comunicación y expresión propio de las sociedades democráticas. Esta realidad el profesional sanitario debe objetivar y dimensionar.

No obstante la jurisprudencia penal ha sido sensible (**la medicina no es una ciencia exacta**) a tal situación y ha elaborado un cuerpo de doctrina sobre la imprudencia médica que se puede resumir en:

1. No se incrimina el error científico.
2. Los errores de diagnóstico no son tipificables como infracción penal, salvo que por su entidad o dimensiones constituyan una equivocación inexcusable.
3. Queda fuera del ámbito penal la falta de extraordinaria pericia o cualificada especialización.
4. Sí debe sancionarse la equivocación inexcusable o la incuria sobresaliente, o sea, la falta de pericia de naturaleza extraordinaria.

Con carácter general la jurisprudencia indica que la responsabilidad médica o de los profesionales sanitarios procederá cuando en el tratamiento efectuado al paciente se incida en **conductas descuidadas de las que resulten un proceder irreflexivo, la falta de adopción de cautelas de generalizado uso o la ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones imprescindibles para seguir en el estado del paciente**. La cualificación de una imprudencia como grave o leve, se estará al análisis de deber de cuidado que se ha obviado o la acción que se ha realizado. Existirá responsabilidad penal grave cuando exista descuido grosero.



BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPRUDENCIA PROFESIONAL.-

Nuestro Código Penal de 1995 determina la imprudencia profesional como un tipo delictivo cualificado de la imprudencia. Es la forma penal más habitual en la práctica asistencial médica; la imprudencia profesional puede ser:

- GRAVE.
- LEVE.

La responsabilidad penal es la forma más dura de exigencia hacia un profesional médico; puede revestir la forma de *homicidio imprudente*² o *lesiones imprudentes*:

En el ámbito de la responsabilidad en ocasiones es difícil determinar el grado de imprudencia (grave o leve) en la cual incurre un profesional médico; es por ello, que se deba analizar con detenimiento el comportamiento del médico en la asistencia profesional que se enjuicia y analizarlo en relación con la *lex artis ad hoc* o diligencia médica exigible en ese momento.

Es importante recordar que un hecho asistencial puede ser calificado como imprudencia profesional en un determinado contexto y ser irrelevante penalmente en otro contexto:

“Imaginemos la asistencia de un menor en situación de extrema gravedad y llega a Urgencias de un gran hospital en un momento de máxima saturación (con enfermos igualmente graves)..., ahora planteamos el supuesto de un menor en situación de extrema gravedad y llega en un contexto de normalidad asistencial en Urgencias...”

El sentido común, una primera aproximación nos llega a concluir que las situaciones son distintas, esto hace que el enjuiciamiento de un profesional sanitario sea más exigente en la segunda de las hipótesis.

Como criterio orientativo (por la gravedad de las consecuencias para el profesional sanitario) la imprudencia profesional grave supone la existencia de un descuido grosero, un manifiesto e irreflexivo actuar, una dejadez y abandono de los pacientes.

No hay que olvidar que la exigencia que se le pide a todo profesional médico es que actúe con diligencia, con sometimiento a la *lex artis ad hoc* y siempre con salvaguarda de la vida y la integridad física de la persona.

MEDICINA EN EQUIPO.- La responsabilidad de los Pediatras cuando actúan en un equipo asistencial.

La realidad actual de la asistencia sanitaria, su complejidad, el aumento de acciones terapéuticas supone la acción sobre un proceso asistencial de diferentes profesionales: equipos multidisciplinares: médicos, enfermeras, auxiliares, etc. Situación que supone un plus de complejidad a la hora de delimitar ámbitos de actuación de cada profesional y por lo tanto, dificultad a la hora de objetivar la responsabilidad de cada uno de ellos. Circunstancia ésta que hace necesario extraer y configurar nuevos conceptos que ayuden en sede judicial a extraer actuaciones no diligentes en el seno de los equipos sanitarios. Surge así la figura jurisprudencial definida como **Medicina en equipo** desde el prisma de exigencia de responsabilidad penal.

Es un concepto que la dogmática jurídica penal intenta definir para conocer en un contexto de complejidad de acciones, competencias y actos personales un hilo conductor coherente para delimitar individualmente responsabilidades.

La medicina en equipo se configura y estructura en dos principios:

- 1.Principio de confianza
- 2.Principio de división del trabajo.

1. Supone que un profesional sanitario puede confiar en que sus colaboradores se comportarán diligentemente, salvo que en el caso concreto circunstancias especiales, tales como descuidos graves, ineptitud o falta de cualificación reconocibles, le hagan pensar lo contrario.

2.Dicho principio inherente a la complejidad de la asistencia sanitaria y la medicina en general, hace razonable dividir el trabajo entre profesionales diversos para una mejor atención. Es una razonable división de tareas. Tal hecho genera a su vez fuentes de peligro: cualificación de los profesionales sanitarios, fallos en la comunicación entre ellos o deficiencias de coordinación del propio equipo médico-quirúrgico. Este principio se subdivide a su vez en:

a.División del trabajo en sentido horizontal: Trata de delimitar las responsabilidades entre iguales desde un punto profesional (entre Pediatras).

b.División del trabajo en sentido vertical: Trata de delimitar las responsabilidades entre personal con autonomía en sus funciones pero con dependencia jerárquica: Pediatras-Enfermeras-Auxiliar de Clínica.

² Artículo 142 Código Penal.

1. El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.

(...)

3. Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años.



En definitiva, el Pediatra tendrá responsabilidad penal personal por actos propios, pero en ciertas circunstancias puede responder penalmente por actos ajenos (de otro Pediatra, Enfermera,...) cuando es fehaciente sabedor que dichos profesionales son imprudentes (ponen en peligro la salud y los derechos fundamentales de la vida y la integridad física). Un profesional sanitario debe hacer que las reales fuentes de peligro para los pacientes desaparezcan... (en ocasiones debe ponerse en conocimiento de la Dirección dichas fuentes de peligro): pasar la patata caliente...

Siempre el principio básico es *proteger y salvaguardar la vida de las personas, así como motivar –razonar– su actuación en el sentido más humanitario posible (en este sentido es vital una correcta y amplia redacción en la Historia Clínica)*

A MODO DE CONCLUSIÓN.

En este sentido hay que recordar lo siguiente:

1º. Que por regla general, el error de diagnóstico no es tipificable como infracción penal, salvo que por su entidad y dimensiones constituya una equivocación inexcusable. Un Pediatra puede errar en su diagnóstico.

2º. Queda también fuera del ámbito penal por la misma razón, la falta de pericia cuando ésta sea de naturaleza extraordinaria o excepcional.

3º. Que la determinación de la responsabilidad médica ha de hacerse en contemplación de las situaciones concretas y específicas sometidas al enjuiciamiento penal huyendo de todo tipo de generalizaciones censurables. Recordar que un mismo acto asistencial puede tener distinto trato penal según el contexto, por ello, en un procedimiento judicial hay que intentar que el Juez que conoce del asunto sea conocedor del *escenario asistencial*.

Ojo... el artículo 24 de la Constitución Española reconoce el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva (el derecho de acceso a un Juez o Tribunal), el paciente o sus familiares siempre podrán ejercitar dicho derecho, o sea, podemos actuar diligentemente pero aquéllos podrán accionar judicialmente y entonces el profesional sanitario puede verse arrastrado por la fuerza de un procedimiento judicial: es el difícil equilibrio de un Estado de Derecho.

SENTENCIAS DE REFERENCIAS.

- 1.AP Madrid, S 4ª, S 26-02-2002.
- 2.AP Murcia, S 11-03-2002.
- 3.AP Barcelona, secc. 10ª, S 31-01-2002.
- 4.AP Toledo, S 29-01-2002.
- 5.AP Asturias, secc. 7ª, S 09-11-2001.
- 6.AP Cantabria, secc. 1ª, A 18-07-2001.
- 7.AP Jaén, secc. 2ª, S 12-06-2000.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Derecho Médico. Tratado de Derecho Sanitario. Tomo I. Autores: Luis Martínez Calcerrada, Ricardo de Lorenzo. Editorial Cóllex.
2. Derechos y Deberes de los Pacientes. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Autores: Javier Sánchez-Caro y Fernando Abellán. Comares 2003.
3. La Historia Clínica. Roberto Cantero Rivas. Editorial Comares. 2002.
4. La nueva dimensión de la historia clínica en el siglo XXI. Juan Francisco Pérez Gálvez. Actualidad Administrativa núm. 36/2002. La Ley. 2003.
5. Hacia un estatuto jurídico de la historia clínica. Juan Méjica. Diario La Ley núm. 5638/2002. La Ley-Actualidad. 2002.

LECTURAS RECOMENDADAS.

- Antequera Vinagre. JM, La Responsabilidad penal en pediatría en Atención Primaria. Algunas ideas claves. Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6 (21):113-119.
- Antequera Vinagre JM. El menor en la asistencia sanitaria: intimidad y consentimiento informado. Rev Pediatr Aten Primaria 2002; 4 (15): 127-135.
- Antequera Vinagre JM. Sesión clínico-jurídica. Casos para el debate. El menor, derecho a la vida y libertad ideológica. Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2002. Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5(17): 145-154.
- Antequera Vinagre JM. Sesión clínico-jurídica. Casos para el debate. Una reflexión sobre el Derecho a la Objeción de Conciencia en el ámbito de la Pediatría. Aproximación al marco legal. Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5 (18): 143-148.
- Antequera Vinagre JM. Los menores y la atención sanitaria tras la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5(19): 459-469.



MANEJO DE LA OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA OBESIDAD INFANTIL. SITUACIÓN EN EXTREMADURA

J.E. Campillo, M.I. Carmona y M.D. Torres.
Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina.
Badajoz.

La prevalencia de sobrepeso en la infancia está alcanzando proporciones epidémicas en algunos países desarrollados: en USA, en la última década, se ha duplicado en niños de 6 a 11 años y se ha triplicado en adolescentes y jóvenes de 12 a 17 años. El sobrepeso en niños y adolescentes se define como el Índice de Masa Corporal (peso en kg dividido por la talla en metros, al cuadrado) que está al mismo nivel o por encima del percentil 95 para los niños de la misma edad y sexo.

En general el aumento del sobrepeso se acompaña de otras manifestaciones asociadas, como el Síndrome Metabólico, que hace unos años eran prácticamente desconocidas en la infancia: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2.

Las causas de este incremento del sobrepeso y problemas asociados se sustentan en dos pilares fundamentales. Por una parte una alimentación hipercalórica rica en azúcares rápidos y en grasas saturadas y pobre en variedad de alimentos. Por otra parte el sedentarismo generalizado que afecta a gran parte de los niños sobre todo aquellos que habitan en los grandes núcleos urbanos. En algunos casos, y sobre todo en niñas, la falta de ejercicio físico llega a ser absoluta.

En un estudio realizado por nosotros en el año 2004 en poblaciones infantiles de Extremadura (114 niños y 110 niñas, con una edad media de $7,7 \pm 2,6$ años, un rango de 4 a 12 años) observamos que los niños que superaban el percentil 95 de IMC (obesidad) eran el 5,2 % de la muestra; no había diferencias significativas en niños y niñas. Nuestros valores son similares a los obtenidos en otras poblaciones de características similares en España e inferiores a los obtenidos en zonas urbanas de países como USA. Esto puede estar motivado porque, en general, los niños extremeños conservan una alimentación variada y saludable y aún mantienen unos niveles de actividad física que, salvo excepciones, son aceptables. Pero se detecta una tendencia progresiva al deterioro de ambos comportamientos saludables. Las autoridades sanitarias deberían advertir de este peligro.



PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES

M.C. Gutiérrez Moro.

Pediatra. Centro de Salud de
Puerto Real. Puerto Real (Cádiz)

Introducción

Desde 1998 la OMS considera a la obesidad como una epidemia global que constituye un importante problema de salud pública en los países desarrollados e incluso también en los países en vías de desarrollo¹. Los estudios epidemiológicos sugieren que las causas principales están relacionadas con los cambios ambientales y de los estilos de vida, ocurridos en las últimas décadas. La rapidez del cambio de prevalencia de la obesidad ocurrido en sólo 25 años, excluye una base genética como única causa, ya que el *pool* de genes responsables de la susceptibilidad a la obesidad no puede variar en periodos de tiempo tan corto^{2, 3}. El aumento del nivel de vida en los países desarrollados ha conllevado una mayor disponibilidad de nutrientes y de los medios para adquirirlos y además se han modificado los hábitos de conducta de las personas que han reducido su actividad física. Aunque la obesidad es un trastorno multifactorial, la *ingesta excesiva de energía* y el *sedentarismo* se consideran los principales desencadenantes y, en consecuencia, la prevención del sobrepeso y la obesidad deben basarse en las modificaciones de estos factores.

La epidemia de obesidad afecta, especialmente a niños y adolescentes, en los que las tasas de incremento de la prevalencia son superiores a las de los adultos. En EEUU, se ha pasado en el grupo de los 6 a 11 años de una prevalencia del 4% en 1971 al 13% en 1999 y en el grupo de 12 a 19 años del 6% al 14%. En España el incremento de la obesidad ha sido también manifiesto, al pasar en el grupo de edad entre 6 y 12 años del 4.9% en 1984 al 16.2% en el 2000 (PAIDOS'84, enkid 2000)^{4, 5} este dato sitúa a España entre los países de la UE con mayor porcentaje de población infantil con obesidad. Existen estudios que analizan el impacto económico de la obesidad sobre el gasto sanitario teniendo en cuenta el coste directo de su tratamiento y los gastos indirectos que ocasiona y ponen de manifiesto lo elevado de éste. En España este gasto corresponde al 7% del gasto sanitario⁶. Sin embargo, el presupuesto destinado a la prevención del problema es muy limitado en la mayor parte de los casos.

La obesidad en la infancia y adolescencia es un síndrome con demostradas implicaciones físicas, psíquicas y sociales. En la actualidad, existen evidencias sólidas, que asocian la obesidad con una mayor prevalencia de procesos crónicos, tales como

enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, diabetes mellitus, problemas osteoarticulares etc., configurándose como un importante factor de riesgo en la edad adulta. Algunos autores han sugerido⁷ que la obesidad en la etapa infantil puede repercutir en términos de morbilidad y mortalidad en la edad adulta, incluso cuando la obesidad no persista en esta etapa. Estudios longitudinales han permitido constatar que los niños obesos, presentan un mayor riesgo de ser adultos obesos, sobre todo aquellos en los que la sobrecarga ponderal persiste en la segunda década. Hasta un 20 % de los niños prepuberales y hasta un 80% de los adolescentes obesos se convierten en adultos obesos⁸.

Por tanto, la prevención de la obesidad es una estrategia prioritaria de salud pública que debe comenzar desde la infancia y que requiere la participación activa y comprometida de los pediatras junto con otros sectores. Cuanto más temprano sea su inicio los beneficios a corto, medio y largo plazo serán más importantes, manifiestos y duraderos⁹.

Tendencias en los niveles de actividad física en los niños y jóvenes

La idea de que los jóvenes y niños de hoy son menos activos que antes se basa sobre todo en evidencias indirectas. El bienestar socio económico se acompaña de un descenso en el gasto energético, por el uso de medios de transporte motorizados, mejor acondicionamiento y climatización de las viviendas y lugares de trabajo, uso generalizado de electrodomésticos y ocupaciones que requieren menor esfuerzo físico. Los niños y jóvenes ocupan su tiempo de ocio principalmente en actividades sedentarias como ver la televisión, jugar con videoconsolas, utilizar el ordenador etc. Datos referidos al RU indican que por término medio se dedican 26 h. a la semana a ver la televisión mientras que en la década de 1960 la media se estimaba en 13 h.¹⁰. Numerosos estudios han evidenciado una asociación positiva entre el tiempo dedicado a ver la televisión y la prevalencia de la obesidad o el grado de adiposidad⁵.

Hay estudios que sugieren un descenso medio en la ingesta energética en torno a 500 Kcal. en chicos y chicas adolescentes del Reino Unido entre la década de los años 1930 y los años 1980. Este descenso en la in-



gesta calórica puede ser un indicador indirecto de que los niños realizan menos esfuerzo físico¹⁰.

Otro hecho que ha contribuido a reducir la actividad física de los niños es la disminución de la seguridad vial y su menor independencia. Ha disminuido de forma considerable el porcentaje de niños que se desplazan a pie o en bicicleta hasta el colegio, que juegan solos en las calles etc.

Parece que los niños, en general, no realizan una actividad física que pueda potenciar su salud a pesar de que el perfil puede variar desde niños muy sedentarios hasta otros muy activos. Sin embargo, la medición del nivel de actividad física es difícil de realizar, y hay pocos estudios prospectivos sobre la actividad física y su acción sobre el peso corporal, y los resultados son inconsistentes. Los estudios realizados evaluando la actividad física, el gasto calórico y la ingesta energética, constatan una asociación inversa entre el grado de adiposidad y el gasto energético por actividad física^{11, 12}. El estudio Framingham¹³, realizado en niños en edad preescolar, refiere también una relación indirecta entre el nivel de actividad física y la adiposidad corporal.

La inactividad física es evidente en la mayoría de los países desarrollados pero la situación en España es aún peor. Menos del 30% de los niños españoles practican actividad física en su tiempo libre, porcentaje que es inferior en las chicas. Más del 60% de los jóvenes no practican o practican ejercicios menos de dos veces a la semana. En las chicas este porcentaje supera el 75%¹⁴.

Beneficios del ejercicio físico sobre la salud

Existen evidencias contrastadas que la actividad física contribuye a prevenir la enfermedad coronaria, la obesidad, la diabetes tipo 2 y el cáncer de colon.

La actividad física ayuda a mejorar la calidad de vida mejorando el bienestar psicológico y la función física. Estos efectos favorables también se han observado en los niños. Además, se ha sugerido que los niños que practican actividad física habitualmente es más probable que también sean adultos activos y que existe una cierta tendencia a mantener la actividad física desde la infancia hasta la adolescencia y la vida adulta.

Los conocimientos actuales establecen un razonamiento fisiológico que justifica que el ejercicio físico contribuye a la pérdida de peso, a mantener la pérdida y/o evitar el aumento ponderal¹⁵. Cada vez es más consistente la evidencia que destaca el papel beneficioso del ejercicio físico sobre la salud en personas con normopeso y con sobrecarga ponderal¹⁶.

En la actualidad no hay un consenso unánime para establecer recomendaciones concretas sobre el tipo y el nivel de actividad física necesaria para mantener la salud en los niños y adolescentes. Sin embargo, sí es evidente la necesidad de estimular la práctica de ejercicio

físico desde la edad infantil. En los últimos años se han publicado documentos de consenso que recogen las principales estrategias y recomendaciones. Estas estrategias se centran principalmente en el medio escolar, pero también están dirigidas a las familias, el entorno comunitario y el refuerzo social (17)

Hábitos alimentarios en la población infantil y juvenil

Los factores que de manera reiterada se han identificado como decisivos en el establecimiento de la obesidad infantil y juvenil están ligados a los estilos de vida y fundamentalmente son los hábitos alimentarios y la actividad física. En este sentido hay que destacar la influencia determinante de la familia en su configuración. Así lo confirman los estudios que analizan la relación entre las preferencias y hábitos alimentarios de los padres y de los hijos y distintos trabajos que sugieren que cuando los padres siguen un estilo de vida sedentario, con mayor frecuencia los hijos también lo siguen (18).

El modelo de consumo alimentario expresado por los niños y jóvenes españoles, según el estudio enkid (5, 19), se caracteriza por consumos elevados de carne, lácteos y cereales con importante consumo de bebidas refrescantes. Las principales fuentes de grasa en la dieta son las grasas añadidas, las carnes, los lácteos, los dulces y productos de bollería. Por el contrario realizan bajos consumos de frutas, verduras y pescado (sólo un 60% toma 2 o más frutas al día, y un 34% más de 2 hortalizas y verduras). Los jóvenes entre 14 y los 17 años realizan con mayor frecuencia consumos elevados para el grupo de carnes, huevos y pescados (más de 3 raciones/día) pero es el subgrupo en el que se detecta la mayor proporción de individuos con consumo insuficiente para el grupo de los lácteos y frutas y los más elevados para las bebidas azucaradas. En España el consumo de bebidas blandas en 1991 fue de 201 ml/día, mientras que en el 2001 ascendió a 284 ml/día, lo que significa un 41% más, con un aumento del consumo tanto en el hogar como fuera de él.

El estudio enkid⁵ ha puesto, también, de manifiesto que el 8.2% de la población infantil y juvenil española acude al centro escolar u ocupacional sin haber desayunado. Esto es más acusado en el colectivo femenino y en los niños de mayor edad. Incluso, el 4.1% no consume ningún alimento a lo largo de toda la mañana. Entre los niños y jóvenes que desayunan habitualmente, el 32% realiza aportes con esta ración por debajo de 200 Kcal. En los resultados de este trabajo se observó que los niños y jóvenes que realizaban con el desayuno aportes superiores al 19% de la ingesta dietéticas de referencia (IDR) para la energía, describen un mejor perfil de macro y micronutrientes en la ingesta total diaria en todos los grupos de edad y sexo.

Los niños que desayunan solos se adscriben con mayor frecuencia al grupo de consumidores de



desayunos de baja calidad, especialmente en las familias modestas y en el grupo de edad entre 14 y 18 años. La prevalencia de obesidad fue inferior en los chicos y chicas que realizaban un desayuno completo en comparación con los que no desayunaban o realizaban un desayuno incompleto.

Se ha asociado con mayor prevalencia de obesidad el dedicar más de 2 horas diarias a ver la televisión o a actividades de ocio sedentarias, como los videojuegos, ordenadores etc., hecho también constatado en la población infantil y juvenil española donde se evidencia que los niños que ven la televisión más de 2 horas diarias presentan una mayor prevalencia de obesidad, quizás porque la cantidad de televisión y juegos de ordenador inducen un menor gasto energético por sedentarismo (5, 20) pero también suelen originar un mayor consumo de tentempiés de alta densidad energética y crean necesidades sentidas sobre alimentos no necesarios para un modelo alimentario saludable.

Los hábitos alimentarios y de actividad física están fuertemente arraigados a nivel individual y es difícil modificarlos. Es, por tanto, crucial intentar capacitar a los niños desde pequeños. En esta tarea deben estar implicados las familias y el medio escolar, reforzados con cambios ambientales y comunitarios.

El Patrón alimentario y el perfil nutricional referido reflejan los cambios en los hábitos alimentarios y del estado nutricional que han ocurrido en España, siendo las cohortes de los niños y adolescentes, donde más que en cualquier otro grupo de edad, se deterioran algunas de las características de la dieta mediterránea.

Estos cambios de los hábitos alimentarios de la población están relacionados entre otros factores con los nuevos tipos de familia, con la progresiva globalización del comercio alimentario, con el extraordinario desarrollo de la industria alimentaria que ofrece al mercado permanentemente un número cada vez más elevado de alimentos con gran atractivo tanto para niños como para adultos. Esto facilita que los niños consuman una cantidad creciente de alimentos sin el control o el consentimiento familiar, tanto dentro como fuera del hogar y estas circunstancias favorecen el llamado ambiente alimentario obesogénico, caracterizado por una oferta ilimitada de alimentos sólidos y bebidas con gran atractivo organoléptico, ricos en grasa y azúcares, densos en energía, de baja calidad nutricional, presentados en raciones cada vez más grandes y a un coste asequible. El tamaño de las raciones de alimentos manufacturados (hamburguesas, pizza, patatas fritas, pasta, bollería, etc.) ha crecido progresivamente desde la década de los 70 con el mayor incremento desde 1985 hasta la actualidad. Las raciones "super-size" representan hasta 2-3 veces más calorías que las de tamaño regular, y cada vez son más frecuentes, favoreciendo un incremento de la ingesta total de energía¹⁹.

El aumento del consumo de estas comidas rápidas y bebidas blandas y del tamaño de las raciones tanto en casa como fuera de ella no es independiente del hecho de que la evolución del índice de precios al consumo de estos productos aumentó significativamente menos en la última década que por ejemplo el de las frutas y los vegetales frescos. En definitiva, este estilo de alimentación se relaciona con una ingesta mayor de energía y grasa y un aumento del peso corporal, pudiendo contribuir al desarrollo de la obesidad y sus comorbilidades¹⁹, como dislipemia, diabetes tipo 2, inflamación aguda y crónica y aterogénesis.

Promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad

La importancia de la prevención es cada vez más evidente, pero los datos sobre la efectividad de estos programas son aún limitados¹⁵. La OMS ha establecido, recientemente, una clasificación de las estrategias de prevención:

- 1- Prevención universal o de salud pública.** Dirigida a todos los individuos de una población
- 2- Prevención selectiva** o detección de la población de riesgo
- 3- Prevención diana** dirigida a niños con sobrepeso, pero que todavía no son obesos

Las siguientes recomendaciones están basadas en el *Documento de Consenso de la Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y Sociedad Española para el estudio de la Obesidad*⁹.

1. Prevención Universal

Promoción de hábitos alimentarios saludables

La educación de los hábitos nutricionales del niño debemos comenzarla ya desde el período antenatal, con especial atención a los períodos críticos, convirtiéndonos en el asesor nutricional de los padres, pero también directamente de los niños y adolescentes

Promoción de la lactancia materna. Durante la etapa del neonato y lactante las conductas nutricionales tienen una gran trascendencia en el desarrollo del niño, en su salud y en sus enfermedades y es donde más puede influir el pediatra para hacerlas saludables. La lactancia materna debe ser la principal fuente de alimento a estas edades, exclusiva en los primeros meses y complementada con una alimentación reglada posterior. Lamentablemente lo que debería ser la norma se convierte en excepción en muchos casos. Es una importante responsabilidad del pediatra explicar los beneficios de la lactancia materna y fomentarla.

En la etapa de preescolar y escolar se crean los hábitos sociales, familiares y ambientales y se adquieren las costumbres dentro de la propia cultura en la que vive



el niño. Es la edad ideal para establecer pautas de comportamiento alimentario saludables. Debe establecerse un horario regular, teniendo especial importancia el desayuno y el resto de las comidas bien organizadas para conseguir alcanzar los requerimientos energéticos diarios. Es necesario insistir en la importancia del desayuno, puesto que no tomar esta primera comida, supone no cubrir ni los dos tercios de las recomendaciones diarias para minerales y vitaminas²¹. Es de gran trascendencia conocer los patrones alimentarios de los padres, ya que si son saludables su refuerzo es la forma más eficaz para asegurar una buena dieta en el niño de edades tempranas. Por el contrario, si es inadecuado, la intervención sobre la familia es el único medio para mejorar la calidad de la dieta del niño. Las preferencias y patrones alimentarios del niño se desarrollan precozmente y van a continuar con gran persistencia a lo largo de la vida, estando condicionados por los hábitos y creencias de los padres.

Durante la adolescencia, la nutrición adecuada entraña dificultades por seguir el adolescente patrones sociales de alimentación, prescindiendo en ocasiones de comidas regladas que se sustituyen con frecuencia por "picoteos" y comidas rápidas consumidas fuera del hogar.

Normas dietéticas

El pediatra debe vigilar periódicamente la dieta y aprovechar las visitas del niño para recordar que debe limitarse el consumo de bollería industrial, dulces, *snacks*, refrescos azucarados y prohibirse las bebidas alcohólicas en adolescentes.

Disminución de los alimentos con contenido elevado en grasa. Debemos recomendar un consumo adecuado de grasa monoinsaturada (aceites de oliva) y poliinsaturada (aceite de soja, pescados entre otros), junto con una reducción del aporte de grasa saturada (embutidos, bollería, helados, etc.) Una dieta que es alta en contenido graso favorece por su escaso poder saciante una ingesta pasiva excesiva de energía en relación con las necesidades. La dieta baja en grasa favorece la disminución del riesgo de enfermedades no comunicables prevalentes. Es importante destacar que más que la cantidad de grasa en la dieta, lo más relevante es la proporción de ácidos grasos saturados, trans, monoinsaturados y poliinsaturados.

Evitar el consumo excesivo de proteínas. Existen evidencias de que el aporte excesivo de proteínas ya desde el primer año de la vida, aunque también en épocas posteriores de la niñez, puede estar asociado al origen y al desarrollo de la obesidad. Entre los mecanismos implicados estarían el incremento de la producción de IGF1 y en consecuencia de la proliferación celular en todos los tejidos, pero especialmente en el tejido adiposo, donde favorecería la diferenciación de preadipocito a adipocitos, lo cual parece estar relacionado con la aparición más temprana del rebote adiposo, probablemente relacionado con el aumento de adipocitos, característico de los niños obesos²².

La dieta del lactante alimentado con leche de fórmula se caracteriza por una alta ingesta de proteínas, que puede representar hasta 2 a 4 veces los requerimientos para esa edad, por el contrario cuando la leche humana es el único alimento, las proteínas sólo aportan el 7% del valor calórico del total de la dieta.

Favorecer el consumo de hidratos de carbono complejos. Recomendaremos limitar los hidratos de carbono con índice glucémico elevado y absorción rápida. Estos producen un rápido incremento de los valores de glucemia e insulinemia postprandiales, con la consiguiente hipoglucemia posterior, que provoca sensación de hambre y favorece una nueva toma de alimentos, estableciéndose un círculo vicioso que favorece la obesidad.

La dieta optimizada que debemos promocionar se caracteriza por una amplia diversidad de alimentos que aseguren el aporte adecuado de energía, macro y micronutrientes y componentes funcionales. Una de las referencias más universalmente aceptadas es la pirámide de los alimentos, cuya base tiene un componente vegetal, cereales, frutas y verduras, que se deben consumir en cantidad abundante y diariamente; la parte intermedia, a consumir en menor cantidad y con menor frecuencia, está ocupada por alimentos lácteos y proteínas, carnes con bajo contenido graso, pescados blancos y azules, huevos, frutos secos y leguminosas y el vértice por alimentos cuya ingesta debe ser limitada, en especial azúcares refinados y grasas. La dieta mediterránea tradicional responde adecuadamente a este modelo, incorporando además el aceite de oliva, que por su composición en ácidos grasos y en componentes funcionales debe representar el aporte principal de grasa en la dieta. El modelo de cocinado de la dieta mediterránea, fundamentalmente cocción, asado y parrilla, evita la adición de salsas y otros componentes energéticos.

La educación nutricional debería ser incorporada de manera estructurada en el currículo escolar, con implicación de educadores, padres y alumnos. Las empresas de restauración colectiva, fundamentalmente el comedor escolar, y las actividades de tiempo libre, pueden desempeñar un papel complementario en este sentido.

Promoción de hábitos de vida activos

La promoción de patrones de vida activos pasa por una reducción del tiempo dedicado a ver la televisión, la causa de obesidad más modificable, ya que en el momento actual la media que le dedican los niños y adolescentes es mayor de 3 horas diarias, cuando lo recomendado es menos de 2 a lo que se suma el creciente mal uso y abuso de las nuevas tics. La suma del tiempo dedicado a todas ellas se convierte en la primera actividad del niño después de dormir, limitando por tanto, las horas dedicadas a juego, educación física y deporte. Debemos recomendar no comer mientras se ve la TV y evitar la TV en los cuartos de los niños. La



implicación del niño en pequeñas tareas domésticas. Es importante que realicen actividades físicas estructuradas (natación, bicicleta, correr, bailar, etc.) pero hay que destacar que tanto o más importante que la actividad física estructurada o programada son las actividades no estructuradas.

La actividad física debe formar parte del modo de vida desde la primera infancia, ayudando a mejorar la relación con el entorno, conocer el propio cuerpo, coordinar movimientos y promocionar un buen balance energético.

Las estrategias adecuadas para favorecer que los niños y adolescentes realicen alrededor de una hora de actividad vigorosa aeróbica y patrones de vida más activos pasaría por conseguir la humanización de las ciudades con más áreas peatonales y de juego libres de riesgo, la promoción de programas de educación física, gimnasia y deporte en la escuela y la obligada participación de los escolares en los mismos, así como el desplazamiento andando o en bicicleta al centro escolar, la realización de pequeñas tareas domésticas y el cambio de los patrones actuales de ocio individuales y colectivos por otros más activos.

La familia va a tener un papel principal en el desarrollo de hábitos activos en los niños, debiendo tenerse en cuenta que existe una mayor asociación familiar para los patrones de inactividad que de actividad. Por otra parte, es de gran trascendencia que los padres participen con los hijos en juegos y otras actividades físicas y que tengan la disponibilidad para trasladar y recoger a sus hijos cuando realizan deportes en áreas distantes de su casa.

2 Prevención selectiva. Detección de la población de riesgo.

Como factores de riesgo tenemos:

Antecedentes Familiares: Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica, y si ambos son obesos el odds ratio (OR) se incrementa a más de 10. Antes de los 3 años de edad la obesidad de los padres es más predictivo de la obesidad futura que el propio peso⁸.

Periodos de importancia clínica: Existen 3 periodos críticos de obesidad en la edad pediátrica: el 1º año, antes de los 6 años y la adolescencia. Tras el descenso del IMC que empieza en el 2º año de vida puede presentarse un rebote adiposo precoz que si ocurre antes de los 5-5,5 años, aumenta el riesgo de obesidad posterior significativamente. Después de los 10 años, la adiposidad de los progenitores es menos importante que la del niño para predecir la obesidad durante la edad adulta.

Así mismo, en la adolescencia una obesidad predice posible obesidad futura, especialmente en las mujeres en las que se produce un incremento de alrededor del 40% de la grasa corporal.

Peso al nacer: Los niños con bajo peso al nacer por su mayor riesgo de desarrollo de obesidad y de distribución troncal de la grasa, los hijos de madres diabéticas, más del 50% desarrollan obesidad, y aquellos lactantes que incrementan significativamente su peso en relación con la talla en el primer semestre de la vida (23)

3 – Prevención diana

El tratamiento del niño con sobrepeso, o prevención diana requiere un programa multidisciplinario que combine la restricción dietética, el aumento de la actividad física, la educación nutricional y la modificación de conductas. La finalidad del tratamiento en la edad infantil no es la pérdida de peso, a diferencia del tratamiento en el adulto, sino evitar la ganancia ponderal, puesto que los niños están creciendo. Las modificaciones dietéticas terapéuticas deben permitir satisfacer las necesidades nutricionales sin interferir el ritmo de crecimiento y desarrollo adecuado y asegurar los aportes de micro y macro nutrientes. El tratamiento dietético será más efectivo si los padres participan y cooperan, puesto que, además de ser modelos de referencia son los responsables de la alimentación familiar.

Terapia conductual. Está basada en el aprendizaje del autocontrol, estrategias de control de estímulos en el ámbito familiar, modificación del estilo de alimentación en relación con una dieta sana equilibrada, y modificación de los patrones de actividad física con motivación especial hacia actividades y favorecer mensajes positivos mejorando la autoestima²⁴. Los padres deben llevar todo el peso del tratamiento en los niños menores de 5 años. Entre 5 y 9 años se les dará alguna responsabilidad a los niños. Por encima de los 9 años se dará mayor grado de responsabilidad y ya en la adolescencia el papel familiar disminuye notablemente²⁵.

Tratamiento dietético. Basado fundamentalmente en normas de alimentación aconsejable, pautas de realización de comidas e información sobre alimentos prohibidos temporalmente, etc.

Ejercicio físico: Se buscará aquel que resulte inicialmente más atractivo y con posibilidades reales de efectuarlo. Debe ser de inicio suave, diario y buscar el más idóneo para el paciente y su familia, que pueda practicarse con 2 ó 3 personas con fines parecidos.

Sin embargo, el tratamiento del niño con sobrepeso es difícil y a menudo frustrante. En la actualidad faltan pruebas sólidas acerca de la efectividad de aquellas intervenciones en la que basar una estrategia definida. La revisión de la bibliografía^{15,25,26} pone de manifiesto que “El tratamiento actual del sobrepeso en la infancia, se basa en la **modificación de los “estilos de vida” en la prevención del sedentarismo y promoción de la actividad física**, junto con la implicación de la familia, como apoyo imprescindible para adquirir **hábitos alimentarios saludables**”. Los estudios muestran resultados similares comparando el incremento de la



actividad física con la reducción de la conducta sedentaria. Cuanto más precoz sea la intervención, mejores resultados. Las modificaciones de hábitos con terapia conductual es un componente imprescindible en el tratamiento del niño con sobrepeso. El apoyo familiar es necesario para el éxito del tratamiento. Las dietas hipocalóricas son menos efectivas a medio y largo plazo que la modificación de los estilos de vida.

Para concluir, según el Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea: **“La evidencia indica que la promoción de salud redundará en ganancia de salud a un coste menor que el tratamiento médico ya sea de grupos o de pacientes de alto riesgo. Pero la estrategia de la promoción de salud requiere la participación del sector sanitario con otros sectores”**²⁷. En este sentido, la promoción de la salud y prevención de la obesidad requiere un abordaje multi-

factorial y multisectorial con el compromiso de todos los sectores implicados, como la industria alimentaria, el ámbito educativo, los medios de comunicación, la industria de la moda etc. Las intervenciones comunitarias son más eficaces cuando la educación viene acompañada de medidas estructurales que facilitan y refuerzan cambios sostenibles de la conducta dietética.

Recientemente, la OMS ha aceptado que España a través del Ministerio de Sanidad pilote una estrategia adaptada a su realidad. Así ha surgido la denominada NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad). Entre las acciones de la estrategia⁶ se incluye la modificación de la composición de los alimentos, para reducir su contenido en grasas, azúcar y sal, la edición de guías nutricionales y la promoción de la actividad física, y acciones en el ámbito educativo, como la evaluación de las comidas disponibles en los centros, tanto en comedores como en máquinas expendedoras.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organisation. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation of obesity. Geneva: WHO. 1998
- Bjorntorp P. Thrifty genes and human obesity. Are we chasing ghosts?. *Lancet* 2001; 358: 1006-1008
- Barsh GS, Faruqi IS, O'Rahilly S. Genetic of body-weight regulation. *Nature* 2000; 404: 644-651
- PAIDOS' 84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Madrid: Jomagar 1985
- Serra Majem L, Aranceta Bartrina J. Obesidad Infantil y Juvenil. Estudio enkid. Vol 2. Barcelona: Masson 2001
- [http:// www.el país.es/sociedad](http://www.el país.es/sociedad). Febrero 2005
- Dietz WH. Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr* 1998; 128:411-414
- Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* 1999; 70 Suppl: 145-148
- Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Moreno Esteban B, Tojo Sierra R, Delgado Rubio: Criterios para la prevención de la obesidad infantil y juvenil: documento de consenso AEP-SENC-SEEDO
- Molnár D, Livingstone B. Physical activity in relation to overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2000; 159 (supl 1): 45-55
- Stubbs CO, Lee AJ. The obesity epidemic: both energy intake and physical activity contribute. *MJA* 2004 ; 181 (9): 489-491
- Maffei C. Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2000; 159 (Sup 1): 35-44
- Moore LL; Nguyen US, Rothman KJ, Cupples LA. Pre-school physical activity level and change in body fatness in young children. The Framingham children's study. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 982-988
- Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enkid (1998-2000). En: Serra Majem L, Aranceta J. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enkid. Vol 2. Barcelona: Masson 2001; p 81-108
- Campbell K, Waters E, O'Meara S, Nelly S, Summerbell C. Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford Update Software 2002
- Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Ribas Barba L, Serra Majem L. Ejercicio físico y obesidad en niños y adolescentes en: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, eds. Obesidad Infantil y Juvenil. Estudio enkid. Barcelona: Masson 2001; 139-148
- American Academy of Pediatrics. Physical fitness and activity in schools. *Pediatrics* 2000; 105:1156-1157
- Wardle J, Guthrie C, Sanderson S, Birch L, Plomin R. Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *Int J OPbes Relat Metab Disord* 2001; 25: 971-977
- Aranceta J: Prácticas alimentarias no saludables. *An Esp Pediatr* 2002; 56 (Supl 6): 239-241
- Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity a randomised controlled trial. *JAMA* 1999; 282: 1561-1567
- Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la edad preescolar y escolar. En: Nutrición en la Infancia y Adolescencia. Madrid: Ergon 2001; p 425-447
- Hoppe C, Molgaard C, Thomsen BL. Protein intake at 9 months of age is associated with body size but not with body fat in 10-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr* 2004;79:494-501
- Committee on Nutrition. AAP.Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. *Pediatrics* 2003;112:424-430
- Bustos Lozano G, Moreno Martin F, Calderín Marrero MA. Estudio comparativo entre el consejo médico y la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. *An Esp Pediatr* 1997; 47:135
- Martul P, Rica I, Vela A. Tratamiento de la obesidad infantojuvenil. *An Esp Pediatr* 2002; 56:17
- Mc Nally P.. Diet and/or exercise programs as treatments for childhood obesity. CAT University of Michigan. Department of Pediatrics. www.med.umich.edu/pediatrics/ebm/CATS
- Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Parte dos: La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Capítulo 7, 83-94. Disponible en <http://www.msc.es/>



MANEJO PRÁCTICO DEL NIÑO OBESO Y CON SOBREPESO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

M^a Elena Fernández Segura.

Pediatra. Centro de Salud de Salobreña.

Granada.

INTRODUCCIÓN.

- La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético.¹

- En la actualidad es un importante y creciente problema de salud pública en dicho sector de la población.¹

- En las sociedades desarrolladas la obesidad, junto con la caries dental, es el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia y la adolescencia.¹

- Los datos del Estudio enKid aportan una prevalencia intermedia de obesidad en España en relación con otros países, presentando, sin embargo, notables variaciones geográficas. El problema es mucho más acusado en varones y en edades más jóvenes (de 2 a 10 años).¹

- Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población española de 2 a 24 años según variable región:

- Centro (Comunidad de Madrid, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura): obesidad 15.3%, sobrepeso y obesidad 27.5%.
- Sur (Andalucía): obesidad 15.6%, sobrepeso y obesidad 29.4%
- Nordeste (Cataluña, Aragón y Baleares): obesidad 9.8%, sobrepeso y obesidad 21.8%.¹

- Desde 1998 la OMS considera la obesidad una epidemia global.²

- La obesidad tiene una etiología multifactorial, donde la libre disponibilidad de alimentos, los cambios en los hábitos alimentarios, el sedentarismo o los factores psicológicos y sociales tienen una importancia fundamental.²

- Existe un interés cada vez mayor por la obesidad, tanto a nivel clínico, como investigador. Los clínicos intentan encontrar estrategias prácticas que consigan tratamientos eficaces para sus pacientes; la investigación se ocupa de la etiología y fisiopatología de la enfermedad.⁶

- La obesidad en niños y adolescentes resulta una de las enfermedades más frustrantes y dificultosas de tratar.⁸

- La prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando alarmantemente en Estados Unidos así como en el resto de países desarrollados.⁹

- Causas de obesidad en los niños: interacción entre factores genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales.⁹

- El parar el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños es una prioridad en salud pública. La creciente prevalencia de obesidad no es sólo genética sino más bien ligada a dos factores del estilo de vida: el contenido energético de la dieta y el sedentarismo creciente. La prevención del sobrepeso y la obesidad deben apoyarse en la modificación de estos dos factores y se debe llegar a comprender la eficacia de las estrategias que buscan modificar estos factores para controlar la obesidad.¹⁰

- Los nuevos conocimientos sobre factores genéticos y hormonales están aportando gran cantidad de información científica cuya importancia y repercusiones son difíciles de interpretar para los clínicos.¹²

IMPORTANCIA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

- Estudio enKid realizado entre los años 1998-2000 y diseñado para valorar la prevalencia de la obesidad de la población infantil y juvenil española así como los hábitos alimentarios y el estado nutricional.¹

- En la infancia y adolescencia constituye el trastorno metabólico más prevalente, así como la principal enfermedad no declarable.²

- La obesidad es una enfermedad crónica cuyos resultados con tratamiento, tanto dietético como de cambio de patrón de vida son muy limitados por lo que la prevención es prioritaria y más sabiendo que el 30% de los adultos obesos lo eran en la infancia y que la obesidad que se inicia en la infancia puede tener peores consecuencias que la obesidad que se inicia en la edad adulta.²

- Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica y si ambos lo son se incrementa en más de 10 veces.²

- Antes de los 3 años la obesidad de los padres es más predictivo de la obesidad futura que el propio peso.²



- Después de los 10 años la adiposidad de los progenitores es menos importante que la del niño para predecir la obesidad durante la edad adulta. Así un adolescente obeso tiene un 80% de riesgo de serlo en la edad adulta y un niño de 4 años obeso tiene un 20% de riesgo de obesidad futura.²

- En la preadolescencia una obesidad predice posible obesidad futura.²

- Existen 3 periodos críticos de obesidad en la edad pediátrica: el 1º año, antes de los 6 años y la adolescencia. Tras el descenso del IMC que empieza en el 2º año de vida, puede presentarse un rebote adiposo precoz, que si ocurre antes de los 6 años, aumenta el riesgo de obesidad posterior.²

- Es muy importante la intervención familiar ya que los patrones familiares son muy influyentes.²

- El apoyo familiar es necesario para el éxito del tratamiento.²

- Cuanto más precoz sea la intervención, mejores resultados.²

- Parece prudente evitar programas de detección masiva de niños obesos y restringir la oferta de tratamiento a pacientes seleccionados y siempre dentro de un abordaje multidisciplinario y supervisado.²

- Objetivo: tratar los problemas de salud que pueden tener los niños con sobrepeso.⁴

- Las estrategias de la prevención de la obesidad se basan en la iniciación de la prevención a través de los cuidados en Atención Primaria.³

- Efectos secundarios de la obesidad:

- Aumento del riesgo cardiovascular: de un 20 a un 50% de los niños obesos tienen la TA elevada. El colesterol, LDLc, triglicéridos con frecuencia están elevados y disminuye HDLc.

- Ortopédicos: es frecuente el genu valgo, la enfermedad de Blount (tibia vara) y la epifisiolisis de la cabeza del fémur.

- Endocrinológicos: la obesidad nutricional en los niños está asociada con una resistencia periférica a la insulina, con hiperinsulinemia y elevación de la glucemia. Esta intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2 suele cursar sin síntomas. Los niños obesos tienden a ser más altos y la maduración ósea estar acelerada, por lo que el desarrollo puberal es más precoz aunque a la larga la talla es normal. En las niñas adolescentes obesas son más comunes las anomalías menstruales (oligo o amenorrea); la hipersecreción de andrógenos e hirsutismo que asociado al acné y acantosis nígricans constituyen el síndrome del ovario poliquístico. Los genitales pueden parecer más pequeños por estar hundidos en la grasa pubiana.

- Gastroenterológicos: el 20% de los niños obesos muestran evidencia de esteatohepatitis por ultrasonidos o por aumento de transaminasas. Es más frecuente la litiasis biliar.

- Pulmonares: disminución de la tolerancia al ejercicio, disminución de los tests de función pulmonar (FEV1), síndrome de apnea del sueño.

- Neurológicos: hipertensión craneal idiopática (seudo tumor cerebral).

- Consecuencias sociales: los niños obesos tienen menor autoestima y expresan sensaciones de inferioridad. La discriminación por sus compañeros les conduce al aislamiento.

- Persistencia de la obesidad en el adulto: el riesgo de obesidad en el adulto aumenta con la edad, con la duración y la severidad de la obesidad o si el incremento de la grasa prepuberal (rebote adiposo) ocurre antes de los 5 años.⁵

- La encuesta (Encuesta de Salud de la Junta de Andalucía) de 1999 estaba ya editada pero no había datos de masa corporal sino apreciación subjetiva para la persona entrevistada si el niño en cuestión sobre el que se realizaba la encuesta tenía más peso del debido o no.

En resumen es así:

Tasas de **obesidad** en niños:

De 0 a 4 años: 20,0 %. De 5 a 9 años: **37,6 %** y de 10 a 15 años: 5,8 %

Tasas de **sobrepeso**:

De 0 a 4 años: 5,5%, De 5 a 9 años: 22,0 % y de 10 a 15 años: 18,3 %

Peso normal:

Niños de 0 a 4 años: 21,2 % De 5 a 9 años.: 40,4 % y de 10 a 15 años: 69,8 %

Estos datos no han sido publicados, pero en la Consejería sí se dispone de ellos y quien diera la noticia habrá tenido acceso a ellos.

- La obesidad es una enfermedad crónica. Por tanto precisa frecuentes visitas, monitorización continua y refuerzo para obtener éxito aunque no se garantiza.⁸

- Se ha comprobado que el 80% de los adolescentes obesos presenta cifras de TA superiores al percentil 90 para su talla, y en casi todos (97%) se asocian otros factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, sedentarismo).¹³

- La adquisición de sobrepeso durante la infancia es además un predictor de hipertensión en adultos, de la cual es el factor modificable más importante.¹³



- Objetivo: Identificar la epidemiología del sobrepeso en niños.⁴

- La obesidad está asociada con importantes problemas de salud en los niños y es un temprano factor de riesgo de mortalidad y morbilidad en el adulto.⁹

- La probabilidad de persistencia de obesidad en el adulto se estima del 20% a los 4 años y del 80% en adolescentes.⁹

- Se sabe que el sobrepeso y la obesidad tienen un impacto significativo en la salud física y psicosocial en la infancia. La hiperlipemia, la HTA y la intolerancia a la glucosa ocurren cada vez más en niños y adolescentes obesos. Además se sabe que la obesidad en la infancia es un factor de riesgo independiente para la obesidad del adulto. Es interesante que el sobrepeso en la adolescencia es un predictor de riesgo más importante que el sobrepeso en la edad adulta.¹⁰

- Recientes estudios sugieren que la incapacidad asociada a altas ingestas de grasas saturadas y el bajo consumo de frutas y verduras junto con un estilo sedentario de vida pudiera exceder los costes en salud que provoca el consumo de tabaco.⁷

VALORACIÓN DE LA OBESIDAD EN LOS NIÑOS.

- Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal.¹

- La obesidad es un incremento excesivo del peso corporal, realizado a expensas del tejido adiposo y en menor proporción del tejido muscular y masa esquelética. Representa un incremento del peso corporal, asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo.³

- La obesidad y el sobrepeso se definieron como valores del índice de masa corporal iguales o superiores a los valores de los percentiles 97 y 85 por edad, respectivamente, de las tablas de referencia española de Hernández et al de 1988.¹

- Se determinaron el peso y talla mediante procedimiento estandarizados con instrumentos homologados.¹

- Existen diversos métodos para valorar la obesidad en la infancia y la adolescencia, pero los más utilizados tanto en clínica como en epidemiología son el estudio de la relación entre edad, sexo, peso, talla e índice de masa corporal (peso en Kg/talla en m²). También son útiles los pliegues cutáneos, en especial el tricipital.¹

- Para el estudio de la obesidad se ha utilizado únicamente la variable IMC.¹

- La estimación de la obesidad en la infancia y la adolescencia a partir del IMC es un hecho aceptado tanto desde el punto de vista clínico como epidemiológico.¹

- A la hora de establecer puntos de corte para el IMC que definan la prevalencia de obesidad en los estudios epidemiológicos se han barajado diversos métodos,... En la actualidad existe un consenso razonable en definir la obesidad con el p95 y el sobrepeso con el p85, sobre todo en EE.UU.; en Europa y Asia se continúa utilizando el p97.¹

- La obesidad exógena es una enfermedad nutricional que se define por el exceso de grasa corporal resultante del consumo de una dieta de valor calórico superior a las necesidades del niño.²

- La determinación del IMC es un método muy específico con la medición de la grasa corporal y es sencillo de aplicar en nuestras consultas. Hoy en día se considera por consenso: IMC>85: sobrepeso, IMC>95: obesidad.

- En ambos sexos se produce un incremento de peso desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, por tanto es necesario para valorar la obesidad tener en cuenta además del peso, la talla, el sexo y el estadio puberal, debiendo de disponer de tablas adecuadas para población española (Tablas de Hernández y col).³

- Objetivo: calcular IMC para niños.⁴

- Objetivo: describir la diferencia entre "riesgo de sobrepeso" y "sobrepeso" para niños en términos de IMC por edad.⁴

- Desde el punto de vista etiológico se distinguen dos tipos de obesidad:

- Obesidad exógena: responsable del 95% de los casos de obesidad.

- Obesidad asociada:

- A síndromes dismórficos: Prader Willi, Laurence Moon Bield, Carpenter, Almstrom, entre otros.

- A lesiones del sistema nervioso central: las lesiones del SNC que afectan a la región hipotalámica pueden cursar con obesidad, ya sean secundarias a traumatismos, a tumores (gliomas, hamartomas, disgerminomas), a secuelas de infecciones o a cierto grado de hipertensión endocraneal crónica compensada (portadores de válvulas de derivación en las hidrocefalias).

- A endocrinopatías: hipercortisolismo endógeno (síndrome de Cushing), hipercortisolismo secundario al uso terapéutico de glucocorticoides, hipotiroidismo, déficit de hormona de crecimiento, hiperinsulinismo...³

- El valor del IMC no es constante durante la infancia y adolescencia, y varía con la edad siendo necesario disponer de tablas de referencia. Se produce un aumento de este índice durante el primer año de vida, para luego descender y volver a incrementarse hacia los 6 años de edad.³



• Los pliegues cutáneos representan aproximadamente el 50% de la grasa total del organismo, y reflejan el grado de adiposidad total de una persona. En general, se miden con compases de espesor y pueden determinarse en diferentes zonas anatómicas: tricipital, subescapular, suprailiaco, bicipital... La técnica de medición requiere mucho entrenamiento y cuidado para ser precisa, por lo que su reproductibilidad es escasa.³

• Es necesario comprobar que el niño es obeso y cuantificar la intensidad de su obesidad.³

• Es importante descartar los procesos que causan obesidad secundaria.³

• La obesidad se define como el exceso de grasa corporal resultado de un balance positivo de energía.⁵

• Índice de masa corporal o índice de Quetelet: se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) por la talla (en metros) al cuadrado. En los niños, a diferencia del adulto en donde la obesidad se define a partir de un IMC superior a 30, no pueden darse cifras fijas y hay que recurrir a las gráficas para cada edad y sexo.⁵

• El IMC se correlaciona con las complicaciones de la obesidad como hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular a largo plazo, por ello se considera la mejor definición de la obesidad.⁵

• Un instrumento clínico para valorar la obesidad debe reflejar el exceso de grasa corporal y además ser de fácil manejo. Este criterio lo cumple el IMC. Se calcula fácilmente con los parámetros peso y talla. Hay que referirlo a las curvas publicadas en función del sexo y la edad.⁸

• Existe acuerdo internacional en el uso del IMC en niños.⁸

• El IMC asimismo se correlaciona con los marcadores de complicaciones de la obesidad: presión arterial, lípidos en sangre y mortalidad a largo plazo.⁸

• El uso del p95 se identifica niños con gran probabilidad de persistir la obesidad en el adulto.⁸

• IMC es ampliamente usado ya que se correlaciona con la cantidad de grasa corporal y se calcula fácilmente desde los datos de peso y talla. Además también se correlaciona con los problemas secundarios de la obesidad tanto en adultos como en niños.⁹

• El IMC es el parámetro antropométrico que mejor se correlaciona con la grasa corporal total y con las complicaciones asociadas por lo que debe ser utilizado para el diagnóstico de obesidad. En España se utiliza mayoritariamente las gráficas de IMC de la Fundación Orbeago.¹²

• El IMC refleja las fases del desarrollo del tejido adiposo en el niño: incremento rápido durante el primer año, disminución de 1 a 6 años y nuevo incremento a partir de esa edad. La edad en que comienza esta inflexión en la curva, denominado rebote adiposo, es el

mejor predictor durante la etapa preescolar de la obesidad en el adulto; la precocidad del rebote adiposo constituye un factor de riesgo para el desarrollo posterior de obesidad.¹¹

PREVENCIÓN

• Las estrategias de prevención se dividen en: prevención universal, detección población a riesgo y tratamiento del niño con sobrepeso.²

• Cada vez resulta más evidente la importancia de la prevención. No obstante hoy en día, todavía no se ha demostrado la efectividad de estos programas, los datos son limitados.²

• Prevención universal:

○ Promoción de la lactancia materna: se ha demostrado el efecto protector para la obesidad futura y su duración se asocia inversamente al riesgo de obesidad.

○ Normas dietéticas: el pediatra debe vigilar periódicamente la dieta y aprovechar las visitas del niño para recordar que debe limitarse el consumo de bollería industrial, dulces, snacks, refrescos azucarados y prohibirse bebidas alcohólicas (en adolescentes). Para prevenir los hábitos nutritivos inadecuados, la edad a la que hay que educar a los niños es desde los 3-4 años.

○ Promoción de una mayor actividad física: recomendar no comer mientras se ve la TV, disminuir las horas de TV, evitar la TV en el cuarto de los niños, implicar al niño en pequeñas tareas domésticas, intentar realizar actividades físicas estructuradas (natación, bicicleta, correr, bailar,...), implicar a la familia en este estilo de vida más activo con fines de semana menos sedentarios.²

• La obesidad se puede prevenir haciendo cambios en el estilo de vida tales como aumentar la actividad física o disminuir el tiempo de TV.²

• La prevención debe comenzar en la primera época de la vida, identificando los sujetos de riesgo en los que son fundamentales los antecedentes familiares.³

• Objetivos nutricionales para la población española (Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria): prolongar la lactancia materna, grasas entorno 30%, hidratos de carbono entorno 50%, frutas y verduras entorno a 500 g/día, azúcares añadidos menos de 4 veces al día.⁷

• La prevención es una de las funciones del Pediatra de Atención Primaria e incluye diversas actividades como screening neonatal, inmunizaciones sistemáticas, prevención de accidentes... Diversos estudios documentan el esfuerzo que el Pediatra de AP debe dirigir a prevenir la obesidad en los niños al estar unido a problemas secundarios en la niñez y probablemente a la persistencia de obesidad en el adulto.⁹



- Factores de riesgo al nacimiento: peso RN, diabetes gestacional y obesidad de los padres. Para los niños: si uno de los padres es obeso el niño tiene 3 veces más riesgo de ser obeso de adulto y si los 2 padres son obesos el riesgo se multiplica por 10. En los menores de 3 años la obesidad de los padres es un fuerte predictor de obesidad en el adulto más que su peso.⁹

- Hay periodos críticos para el desarrollo de una excesiva ganancia de peso: duración de la lactancia materna, adolescencia.⁹

- Comportamientos alimenticios de los padres influyen en los hijos.⁹

- Cambios sociales de las últimas décadas: menos actividad física.⁹

- Durante toda la infancia (CNS) es importante valorar la alimentación y realización de ejercicio así como reconocer la excesiva ganancia de peso.⁹

- Relación con colegio/Instituto para controlar la venta de snack y mejorar los programas de ejercicio físico.⁹

- Relación con el Médico de Familia de los padres para llevar un programa común de seguimiento.⁹

- Consejos dietéticos encaminados a la moderación en el consumo más que a la restricción. Realizar ejercicio físico regularmente.⁹

- Recomendaciones: identificar factores de riesgo, calcular IMC una vez al año e identificar la excesiva ganancia de peso, promocionar la lactancia materna, alimentación saludable, ejercicio físico, disminuir TV y ordenador a 2 horas al día, reconocer factores de riesgo para obesidad en el adulto (HTA, diabetes...)⁹

- Los resultados del tratamiento de la obesidad una vez establecida son poco gratificantes. Por ello los esfuerzos deben dirigirse hacia la prevención. Las medidas preventivas deben iniciarse lo antes posible con el fin de involucrar a la familia en la corrección de hábitos dietéticos y en el estilo de vida. Las medidas generales van dirigidas a todos los niños desde recién nacidos, pero deben intensificarse en niños de riesgo (inicio de sobrepeso en periodos críticos y en niños hijos de padres obesos: promoción de la lactancia materna, introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, evitar el picoteo no nutricional entre comidas, promover el ejercicio físico, evitar la actitud sedentaria, control periódico de peso y talla, influir en su ámbito de actuación (ZBS: colegios, ayuntamiento, Institutos, guarderías, escuelas infantiles, asociaciones de vecinos...) sobre los riesgos de la obesidad y los beneficios de una dieta equilibrada.¹¹

- Las estrategias recomendadas en medidas preventivas existe poca evidencia en ellas y se consideran más una esperanza que una realidad.¹²

- Existen unas recomendaciones generales, que deben intensificarse en niños de riesgo (obesos con sus

inicio en periodos críticos e hijo de padres obesos: enseñanza de las características de una dieta equilibrada y métodos culinarios, evitar errores alimentarios (ej. Picoteo no nutricional), promoción del ejercicio físico, evitar sedentarismo, control periódico de peso y talla, educación a la población general sobre los riesgos de la obesidad.¹²

TRATAMIENTO.

- Un esquema fácil es el basado en la pirámide de los alimentos: en el nivel inferior, están los cereales, las verduras, frutas, legumbres, hortalizas, el queso y el yogur, que deben ser la base de la alimentación y se deben tomar diariamente. En la parte intermedia están las carnes poco grasas, el pescado y los huevos, que se deben tomar pocas veces a la semana. En la parte superior se sitúan las carnes rojas, que deben ingerirse en escasa cantidad (pocas veces al mes). Este tipo de alimentación debe adaptarse a nuestro medio, con las características de la dieta mediterránea (aceite de oliva como aporte principal de grasa en la dieta y preparación culinaria mediante la cocción y el asado, evitando la adición de salsas.²

- Un programa multidisciplinario que combinen la restricción dietética, el aumento de la actividad física, la educación nutricional y la modificación de conductas constituyen los pilares del tratamiento.²

- Terapia conductual: está basada en el aprendizaje del autocontrol, estrategias de control de estímulos en el ámbito familiar, la modificación del estilo de alimentación en relación con una dieta sana equilibrada, la modificación de los patrones de actividad física con motivación especial hacia actividades lúdicas con refuerzo social a través de la familia. Favorecer mensajes positivos mejorando la autoestima.²

- En las pautas de tratamiento psicológico se incluye la automonitorización. El paciente debe evaluar su ingesta, no requiriendo conocimientos profundos sino conocer claramente que está haciendo respecto a lo que come, como la hace y el ejercicio que realiza.²

- Los padres deben llevar todo el peso del tratamiento en los niños menores de 5 años. Entre 5 y 9 años se les dará alguna responsabilidad a los niños pero la familia estará vigilante y responsable. Por encima de los 9 años se dará mayor grado de responsabilidad al niño, y ya en la adolescencia el papel familiar disminuye notablemente.²

- Tratamiento dietético: diferenciar las dietas hipocalóricas de la higiene dietética, la información sobre alimentos temporalmente prohibidos, normas de alimentación aconsejables, pautas de realización de comidas, etc...².

- Ejercicio físico: se buscará aquel que resulte inicialmente más atractivo y con posibilidades reales de efectuarlo. Se buscará un inicio poco brusco y no



extenuante para evitar un mayor rechazo. Se recomienda firmemente evitar la compra de instrumentos de gimnasia o similares de uso domiciliario (ej. Bicicleta fija) la norma es el fracaso tras un periodo de aburrimiento. El ejercicio debe ser: inicio suave, diario, búsqueda del más idóneo con paciente y su familia, poca dependencia de numerosas personas, práctica con 2 ó 3 personas con fines parecidos, búsqueda del aspecto lúdico.²

- El tratamiento del sobrepeso en los niños se basa en la prevención del sedentarismo y la promoción de la actividad física junto con la implicación de la familia, como apoyo imprescindible para adquirir hábitos alimentarios saludables.²

- No hay evidencia que ningún tratamiento farmacológico sea efectivo en el tratamiento de la obesidad infantil.²

- Las dietas hipocalóricas son menos efectivas a medio-largo plazo que la modificación de los estilos de vida.²

- Objetivo: describir las recomendaciones para el ejercicio físico en niños (frecuencia, duración, nivel).⁴

- Objetivo: describir las estrategias de modificación de conductas: cambio de estilo de vida y habilidades de los padres.⁴

- El tratamiento de la obesidad no es fácil y en la mayoría de los casos conduce al fracaso. Los resultados obtenidos a largo plazo son desalentadores y muestran que del 80 al 90% de los niños vuelven a su percentil de peso previo, siendo la tasa de recidiva comparable a la de los adultos.³

- El tratamiento está indicado en niños con un IMC superior al percentil 95 para su edad y sexo y en niños con sobrepeso (IMC entre el percentil 85 y 95 para su edad y sexo) si presentan complicaciones derivadas de la obesidad, como afectación psicológica, patología ortopédica, hipertensión arterial, dislipemia...³

- El objetivo del tratamiento es conseguir un peso adecuado a la talla y conservar posteriormente un peso dentro de los límites normales, junto a un crecimiento y desarrollo normales.³

- El tratamiento debe ir dirigido no sólo al niño sino también a su familia y comprende los siguientes aspectos: reeducación nutricional del niño y su familia, incremento de la actividad física y soporte psicológico.³

- Reeducación nutricional: debe realizarse con toda la familia, eligiendo regímenes de comidas variadas, apetecibles y adaptadas tanto al niño como a su familia. No deben realizarse regímenes preestablecidos. El agente más importante en el tratamiento de la obesidad durante la infancia y adolescencia son los padres. Cuando éstos colaboran directamente en el tratamiento se obtienen mejores resultados.³

- Reeducación nutricional: en cuanto a la composición de la dieta se aconseja una dieta equilibrada. Las dietas equilibradas y moderadamente reducidas en calorías son útiles en la mayoría de los pacientes. Hasta el comienzo de la pubertad no es necesario ninguna restricción calórica en el niño, debiendo realizarse una dieta normocalórica para su edad. Se evitarán los alimentos con alto contenido calórico. Se distribuirá el total de las calorías en tres comidas principales y dos secundarias (media mañana y merienda).³

- Reeducación nutricional: debe suprimirse el exceso de ingesta de alimentos con alto contenido energético (bollería, galletas, caramelos, ...) por otros alimentos con bajo contenido calórico como las verduras y las frutas. Se evitarán las grasas y los azúcares refinados y se deben cocinar preferentemente al horno, cocido o a la plancha. La comida del colegio debe modificarse, sustituyendo el primer plato por ensalada y el postre dulce por fruta fresca. No deben utilizar alimentos como "premio" o "regalo".³

- Incremento de la actividad física: es útil para mantener la pérdida de peso y debe ser individualizado. Hay que estimular la realización de paseos diarios en niños que no tengan hábitos deportivos (ir al colegio andando, subir escaleras). Animarlos en la participación de deportes escolares y actividades deportivas durante el fin de semana. Es necesario que el ejercicio sea aceptado y forme parte de la vida diaria. Hay que evitar el sedentarismo, como el uso de videojuegos y ver televisión demasadas horas, en las que los niños tienen un consumo energético reducido y además, toman alimentos hipercalóricos.³

- Soporte psicológico: es muy importante para lograr la adaptación del niño y su familia a los hábitos alimentarios. Los familiares obesos deben seguir la misma alimentación y acompañarles en las actividades deportivas. Es muy importante que la familia reciba información sobre la obesidad, sus complicaciones a largo plazo y, sobre todo la forma de tratarla.³

- Hay que evitar que una dieta restrictiva pueda dar paso a un trastorno del comportamiento alimentario, sobre todo en los adolescentes.³

- El objetivo del tratamiento es mantener el peso sin que repercuta sobre el crecimiento.⁵

- Valoración del paciente y su familia de su disposición para mantener un programa de mantenimiento del peso y hábitos de dieta y ejercicio físico.⁸

- El punto clave del tratamiento de la obesidad debería ser la alimentación saludable y la actividad física.⁸

- El uso del mantenimiento del peso frente a la pérdida de peso depende de la edad de cada paciente, el percentil de IMC y la presencia de complicaciones médicas.⁸



- El Comité recomienda tratamientos que empiecen pronto, involucren a la familia y apoyados por cambios en las instituciones.⁸
- Las habilidades de los padres son la clave para el éxito en los puntos clave de actividad física y la reducción de la alimentos de alto valor calórico o ricos en grasas.⁸
- El punto clave del manejo de la obesidad no complicada es la realización de una dieta saludable y la práctica regular de ejercicio físico, no buscando unos logros del peso ideal.⁸
- Los niños obesos con complicaciones secundarias su seguimiento debe ir dirigido a la resolución de esas complicaciones.⁸
- Los niños mayores de 2 años el primer escalón es mantener su peso, esto permite ir disminuyendo el IMC con el tiempo ya que el niño crece en altura. Para los menores de 7 años en ausencia de complicaciones se debe mantener el peso, pero con complicaciones (HTA y dislipemias) se debe conseguir reducción de peso. Pero para los mayores de 7 años sólo recomienda el mantenimiento del peso en los que presentan sobrepeso sin complicaciones, el resto deben de perder peso. Las familias de estos niños deben conseguir mantener peso para después con recomendaciones en su dieta y actividad física perder aproximadamente un kilo por mes. Lo ideal es mantener un IMC por debajo del percentil 85 aunque esto debe ser secundario a conseguir una alimentación saludable y la práctica del ejercicio físico.⁸
- Otros profesionales deben colaborar en el seguimiento de estos niños: enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas...⁸
- Habilidades familiares: Nunca utilizar la comida como premio, ofrecer al niño opciones sanas (pera o manzana, jugar en el parque o caminar por la playa), mejorar los padres su hábitos alimenticios y de actividad, seguimiento en la consulta de estas habilidades.⁸
- Niños y adultos deben realizar más actividad física, no sólo para controlar el peso sino también para su salud en general.⁸
- Actividad física: reducir la inactividad (TV y ordenador sólo 1 o 2 horas al día), incorporar la actividad a las rutinas diarias: caminar al colegio, jugar con los amigos por la tarde, otros niños se divierten en deportes (individuales: nadar, bailar, artes marciales o de grupo o que puedan practicar con los padres: andar, montar en bici...)
- Reducir calorías: los cambios se deben considerar permanentes no como un plan alimenticio temporal para la rápida pérdida de peso. Lo más útil es la Pirámide Alimenticia. Reducir o eliminar alimentos específicos. Lo siguiente Nutrición.⁸
- Cuidado con el consumo de tabaco en adolescentes ya que incrementa los riesgos asociados a la obesidad como la hiperlipemia.⁸

• Complicaciones del control de la obesidad: gall bladder disease pudiera ocurrir en adolescentes con pérdida rápida de peso, riesgo de no consumir nutrientes adecuados se limita eliminando alimentos hipercalóricos, el crecimiento lineal se enlentece durante la pérdida de peso pero como la mayoría de los niños obesos son altos este impacto en la estatura adulta parece ser mínimo, cuidado con la aparición de trastornos del comportamiento alimenticio o trastornos de la relación padre-hijo.⁸

- Anexo 1

SEGUIMIENTO EN PEDIATRÍA DE AP.

- Responder a las preguntas que día a día nos hacemos en la consulta: ¿qué puedo hacer con los niños con sobrepeso?, ¿quiénes serán adultos obesos?, ¿cómo y a qué edad lo hago?, ¿puedo prever el éxito de mi intervención?.²
- Objetivo: explicar el procedimiento recomendado para el screening de sobrepeso en los niños.⁴
- Objetivo: reconocer cuándo es apropiado el mantenimiento del peso frente a la pérdida de peso.⁴
- Objetivo: identificar las pruebas complementarias que precisan estos niños.⁴
- Antecedentes personales: peso y talla de RN, embarazo, diabetes gestacional, tipo de lactancia, edad de introducción de los alimentos sólidos, desarrollo psicomotor, traumatismos, cirugías.³
- Antecedentes familiares: enfermedades maternas, peso y talla de los padres y hermanos (actual y pasada), hábitos alimenticios en la familia, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, dislipemia, hipertensión arterial, diabetes e hiperuricemia, hábitos alimenticios de la familia, actitud familiar ante la obesidad del niño, hábitos de ejercicio en la familia, nivel socioeconómico y cultural.³
- Anamnesis dirigida: comienzo de la obesidad, encuesta dietética (alimentos, distribución horaria), actividad física, afectación psicológica, existencia de situaciones de estrés.³
- Exploración física: peso, talla, IMC, estadio puberal, fenotipo, piel.³
- Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, lipidograma, función tiroidea, suprarrenal, cariotipo, TAC o RMN cerebral, función cardiorrespiratoria.³
- Es importante realizar seguimientos constantes, estableciendo pactos gastronómicos con los niños, que proporcionará un mayor rendimiento terapéutico.³
- Anamnesis: características de comer (ansiedad, rapidez, saciedad).⁵



- Exámenes complementarios: TA, hemograma, colesterol, triglicéridos, glucosa y transaminasas.⁵
- Si talla baja: edad ósea y hormonas tiroideas.⁵
- Si sospechamos obesidad orgánica, derivar a Endocrinología Infantil.⁵
- Las formas de obesidad leve y moderada de causa nutricional pueden ser seguidas en AP.⁵
- Estableceremos un programa de visitas para realizar un refuerzo positivo en el niño si se consiguen los objetivos (mantener o reducir peso y seguir creciendo).⁵
- Dieta en lactantes con sobrepeso: examinar la cantidad de alimento que toma. Educar a los padres para que eviten costumbres como dar el biberón o alimentos cuando llora o está irritable para calmarle, ya que así puede crearse el hábito de buscar comida cuando experimenta una sensación frustrante.⁵
- Por debajo de los cinco años no poner dietas.⁵
- Fármacos: no están indicados los fármacos anorexígenos por sus graves efectos secundarios.⁵
- Cirugía: no indicada en niños.⁵
- La AAP recomienda que los niños con IMC igual o superior al p85 con complicaciones de obesidad o con un IMC igual o superior al p95 con o sin complicaciones de obesidad deben someterse a evaluación y posible tratamiento.⁸
- Los clínicos deben estar atentos a los signos de causas poco frecuentes de obesidad exógena, incluyendo síndromes genéticos, enfermedades endocrinológicas y desórdenes psicológicos.⁸
- Se debe realizar detección de complicaciones de obesidad: hipertensión, dislipemias, trastornos ortopédicos, trastornos del sueño, gall bladder disease e insulinorresistencias.⁸
- Causas de derivación a Endocrinología Pediátrica: pseudotumor cerebri, obesidad relacionada con problemas del sueño, problemas ortopédicos, obesidad mórbida y obesidad en menores de 2 años.⁸
- El Comité recomienda que los niños con IMC \geq p95 para la edad y el sexo deben ser sometidos a una valoración médica profunda. Los niños con IMC entre el percentil 85 y 95 deben detectarse complicaciones de la obesidad incluyendo HTA y dislipemias.⁸
- Mantenimiento: la obesidad es una enfermedad crónica que requiere atención de por vida respecto a mantener una alimentación saludable y una actividad física regular. Se precisa seguimiento regular del niño y de la familia para revisar y reforzar los comportamientos respecto a la dieta y actividad aprendidos, así como la colaboración de otros profesionales enfermería, colegio, nutricionistas.⁸

- Recomendaciones de los grupos de expertos: todos los grupos recomiendan la práctica sistemática de la educación alimentaria y nutricional en los controles del niño sano desde el primer año, la promoción de la actividad física en casos de sedentarismo manifiesto, así como la detección precoz de aumentos exagerados de peso para intervención precoz. Ante la presencia de obesidad ya instauradas, se aconseja inducir en el paciente la demanda de tratamiento, sin la cual la efectividad terapéutica es aún menor.¹³

- Trastornos psicológicos como causa de obesidad: niños que suelen no tener control en el consumo de grandes cantidades de comida o que refieren vómitos provocados o uso de laxantes para evitar la ganancia de peso pueden tener un trastorno del comportamiento alimenticio. Estos deben ser enviados a Salud Mental para confirmar diagnóstico.⁸

- La frecuencia de visitas sería:

- 1ª visita diagnóstico (CNS, demanda, derivación): peso, talla, IMC.

- 2ª visita (15d-1 m): programada. Hª Clínica completa, exploración física, pruebas complementarias (hemograma, glucosa, creatinina, GPT, colesterol, triglicéridos, LDLc, HDLc), tratamiento recomendado/pactado.

- 3ª visita (1 m): peso, talla, IMC, TA. Resultados de p. complementarias.

- 4ª visita (2 m): peso, talla, IMC, TA.

- 5ª visita (3 m): peso, talla, IMC, TA, velocidad de crecimiento. Derivación a Enfermería a los 2 meses.

- 6ª visita (4 meses): peso, talla, IMC, TA, velocidad de crecimiento. Derivación a Enfermería a los 3 meses.

- 7ª visitas y sucesivas: cada 6 meses, intercaladas con Enfermería cada 3 meses.

SEGUIMIENTO EN ENFERMERÍA DE AP.

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL NIÑO OBESO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.

1. Derivado por Pediatra tras diagnóstico (aproximadamente a los 2-3 meses).
2. Realizar encuesta nutricional.
3. Realizar encuesta de actividad física.
4. Peso.
5. Talla.
6. Índice de masa corporal.
7. Toma de tensión arterial.
8. Actuación por parte de Enfermería:



- a. Informar de complicaciones a largo plazo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, enfermedad coronaria, diabetes.
 - b. Modificación de hábitos alimentarios.
 - c. Potenciar el ejercicio físico.
 - d. Motivar la implicación de la familia.
9. Revisiones cada 2-3 meses.
10. Derivar al Pediatra:
- a. Cada 6 meses, para consulta programada.
 - b. Antes si se detecta algún problema.

CONCLUSIONES.

- España, tiene con relación a otros países, una prevalencia intermedia de obesidad. Las tendencias indican un incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en las últimas décadas, más marcado en varones y en edades prepuberales.¹
- La lucha contra la obesidad infantil deberá evitar la simplificación de que ésta se debe a un exceso de consumo de alimentos o al sedentarismo. Existen variables sociodemográficas y culturales que están incidiendo en el problema y cuya comprensión se

requiere si queremos llevar a cabo programas preventivos adecuados y efectivos que deberán tener una base poblacional más que una estrategia de alto riesgo.¹

- La obesidad es una enfermedad frecuente, grave, difícil de tratar y que afecta a toda la sociedad. Es un reto de primera categoría para la salud pública y los pediatras debemos tener un papel prioritario, tanto en la prevención y tratamiento como en la concienciación a la sociedad, aunando esfuerzos de instituciones, colegios, medios de comunicación, etc... para conseguir frenar esta epidemia emergente.²

- Es conveniente sensibilizar a la opinión pública y al personal sanitario que la obesidad puede llegar a ser imposible de curar, y la identificación precoz de los niños obesos y su correcto tratamiento puede al menos reducir la intensidad de este trastorno.³

- Un importante número de niños obesos son remitidos a las consultas de endocrinología pediátrica por dos razones: porque en la etiología de la enfermedad se conocen nuevas hormonas...; la segunda por la frustración que genera el tratamiento en el pediatra de "amplio espectro".⁶

- Incumbe a los pediatras el liderazgo en la prevención y pronto reconocimiento de la obesidad infantil.⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintaña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 725-32.
2. Alustiza E. Prevención y tratamiento de la obesidad en Atención Primaria. [Actualizado octubre 2004; consultado 8 febrero 2005]. Disponible en: www.avpap.org/documentos/donostia2004/alustiza.htm
3. Muñoz Calvo MT. Obesidad: tratamiento y prevención. [Consultado 23 noviembre de 2004]. Disponible en: www.spapex.org/spapex/obesidad.pdf
4. DVD: Childhood obesity: combating the epidemic. Sponsored by the U.S. Department of Health and Human Services/Agency for Healthcare Research and Quality/Centers for Disease Control and Prevention. September 2004. Disponible en: www.discoveryhealthCME.com
5. Alonso García LA, Gracia Bouthelier R. Obesidad. En: García-Sicilia López J, Almaraz Garzón ME, Ares Segura S et al. Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria. Madrid: Publimed, 2001; p. 515-520.
6. Bueno Sánchez M. Endocrinología pediátrica en el siglo XXI. El modelo de la obesidad: pasado, presente y futuro. *An Pediatr* 2004; 60 (Supl 2): 26-9.
7. Serra Majem L, Aranceta J, on behalf of the SENC Working Group on Nutritional Objectives for the Spanish Population. Nutritional objectives for the Spanish population. Consensus from the Spanish Society of Community Nutrition. *Public Health Nutrition* 2001; 4, 6A: 1409-1413.
8. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee Recommendations. *Pediatrics* 1998; 102:e29. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e29
9. Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112: 424-430.
10. Colaboración Cochrane. Intervenciones para prevenir la obesidad en niños. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002; 4, 14:97-106.
11. Sierra Salinas C. Obesidad. *An Esp Pediatr* 2001; 55,5: 469-472.
12. Dalmau Serra J, Fenollosa García T. Obesidad infantil y juvenil. *Pediatrics* 1999 (Supl 1): 86-93.
13. Bras i Marquillas J. Prevención de la enfermedad cardiovascular. En: Grupo PrevInfad. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. 1ª edición. Madrid, Exlibris Ediciones, 2004: p. 287-296.



Anexo 1.

RECOMENDACIONES PARA QUE TU HIJO PIERDA PESO.

1.- Normas generales:

- Se recomiendan tres comidas principales y dos comidas ligeras: desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena.
- Mantener un horario regular en las comidas.
- Nunca saltarse el desayuno.
- No picar entre comidas y para calmar el hambre debe utilizarse fruta fresca, zanahoria, rábano...
- Se debe masticar bien y comer despacio, disfrutando del momento de la comida.
- No comer mientras se ve la televisión o se lee.
- Intentar comer acompañado, llevar a la mesa los platos ya servidos y sin obligación de tomar todo lo servido.

2.- Recomendaciones dietéticas:

- No consumir: dulces, refrescos, helados, chocolate, chucherías, zumos industriales (aunque figure en la etiqueta "sin azúcar").
- No consumir frutos secos.
- No consumir embutidos ni patés. Se puede tomar con moderación el jamón serrano y el cocido o dulce.
- No utilizar en la preparación de los alimentos queso, mantequilla, mayonesa, bechamel, ketchup o nata; siempre aceite de oliva.
- Consumo moderado de: pan, arroz, pastas, patatas fritas.
- Preparar las verduras y hortalizas crudas, en ensalada o rehogadas con aceite; tomar dos veces al día.
- Tomar 2-3 piezas al día de fruta fresca.
- Utilizar leche semidesnatada, quesos frescos y yogures desnatados.
- Utilizar carnes magras, mejor pollo quitándole siempre la grasa visible.
- Es muy recomendable el consumo de pescado.
- No pasar de 2-3 huevos a la semana, fritos excepcionalmente

3.- Aumentar la actividad física habitual.

4.- Reducir el tiempo de televisión y ordenador.



ANEXOS

GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

(EXPRESIÓN-COMPENSIÓN-COMUNICACIÓN)

0-1 AÑO

EXPRESIÓN-COMPENSIÓN-COMUNICACIÓN

1-Cuando nos acercamos al bebé con la intención de estimularle, este responde:

- Sonríe.
- Sonríe y se mueve.
- No manifiesta ningún tipo de respuesta.

Observaciones:

2-El/la niño/a llora de forma diferenciada.

- Para satisfacer necesidades vitales.
- Para reclamar presencia del adulto.
- Para manifestar malestar.
- Suele expresar siempre el mismo llanto.

Observaciones:

3-El/la niño/a comienza a emitir sonidos que reproduce de forma autoestimuladora:

- Sonidos vocálicos con entonación.
- Sonidos consonánticos reduplicados.
- Comenzó a emitir sonidos, pero cesó al poco tiempo.

Observaciones:

4-Cuando el adulto se acerca al niño con intención de estimular el/la niño/a:

- Aporta su repertorio de sonidos en la situación de estimulación.
- Responde en su turno con sonidos, sonrisa y movimientos variados.
- No reacciona especialmente.

Observaciones:

5-Ante situaciones rituales (del tipo cucutrás, cinco lobitos, etc.):

- El/la niño/a permanece alerta y manifiesta alguna respuesta acorde.
- El/la niño/a responde gestualmente y provoca repetición.
- No da respuesta ante esta situación.

Observaciones:

6-En presencia del adulto, el niño utiliza el dedo índice o bien realiza una señal gestual interpretable para:

- Pedir un objeto.
- Llamar la atención.
- No realiza gestos con valor comunicativo.

Observaciones:

7-El/la niño/a ante personas conocidas del entorno, así como con objetos de uso común...

- Expresa verbalmente dichos términos aunque con errores.
- Se le inicia en la expresión de una palabra y él intenta completarla.
- No hace nada.

Observaciones:

8-El/la niño/a ante personas de referencia (padres, abuelos, hermanos, señorita...):

- Responde de forma diferenciada mostrando claramente apego hacia ellos.
- Busca la presencia sin mostrar actitud de protección clara.
- Se muestra indiferente.

Observaciones:

9-Diferencia tonos de voz y regula su conducta:

- Siempre.
- En situaciones extremas.
- Nunca.

Observaciones:

10- Hacia los 12 meses el/la niño/a expresa intención comunicativa:

- Señalando, con mirada compartida, vocalizando...
- Sólo señala su intención de compartir.
- No expresa intencionalidad.

Observaciones:



1-2 AÑOS. EXPRESIÓN

1-Comienza a emitir primera palabras asociadas a personas y al entorno inmediato:

- El/la niño/a expresa palabras del tipo "papá, mamá, pan, agua..."
- Se expresa con gestos con valor comunicativo.
- No se expresa.

Observaciones:

2-Realiza complementos de palabras:

- Ante palabras conocidas, el/la niño/a comienza a completarlas (generalmente utiliza la última sílaba).
- No realiza complementos.

Observaciones:

3-El niño comienza la masticación con la introducción de alimentos sólidos:

- Comienza a masticar alimentos blandos (tortilla, quesitos, galletas...)
- El modelo familiar sigue siendo alimentos triturados y uso del biberón.
- El/la niño/a es muy selectivo/a (mastica lo que quiere)

Observaciones:

4-Utiliza palabras diferentes referidas a personas, objetos y situaciones de su entorno inmediato:

- Sí.
- No, pero utiliza otras formas de comunicación.
- No expresa nada.

Observaciones:

5-Cuando el/la niño/a es capaz de expresar alrededor de 30 palabras aisladas comienza a producir enunciados yuxtapuestos (dos palabras):

- Sí emite enunciados, pero esporádicamente.
- Sigue en la fase de palabras aisladas.
- Utiliza una palabra más un gesto.
- Utiliza enunciados de forma generalizada.
- No utiliza enunciados.

Observaciones:

COMPRENSIÓN

1-El/la niño/a comprende órdenes simples asociadas a situaciones contextuales:

- Comprende órdenes del tipo "ven, dame, tira, toma, coge..."
- Comprende órdenes pero las ignora.
- No comprende.

Observaciones:

2-El niño comprende relaciones entre objeto y referente.

- Comprende órdenes del tipo "dale el coche a papá".
- No comprende.

Observaciones:

3-Comprende el uso instrumental de objetos:

- Relaciona expresiones del tipo "el peine para peinar".
- No establece relación uso-instrumento.
- Sólo reconoce el instrumento.

Observaciones:

4-Señala objetos y personas en una lámina con estímulos muy discriminativos:

- Ante una lámina el/la niño/a señala a mamá a papá, la pelota, el coche...
- Señala, pero no siempre responde a la petición realizada por el interlocutor.
- No reconoce objetos y persona en una lámina.

Observaciones:

COMUNICACIÓN

1-Expresa intención comunicativa de forma gestual y verbal:

- Llama la atención del adulto llamándolo "mamá, papá..." y usa el deíctico para pedir.
- Utiliza solo gestos para llamar la atención
- No emite ninguna señal.

Observaciones:

2-Comienza a utilizar formas sociales de comunicación de forma espontánea o dirigida.

- Saluda, se despide, etc. Utiliza expresiones acordes orales o gestuales.
- Sólo utiliza estas expresiones cuando se le induce a ello y preferentemente utiliza gestos.
- No emite respuestas acordes.

Observaciones:

3-En situaciones de juegos ritualizados (canciones con gestos...) empieza a provocar dichas situaciones:

- Expresa la melodía, hace algún gesto significativo y adopta una postura adecuada.
- Sólo responde si se lo inicia en la secuencia.
- No muestra interés ni participación.

Observaciones:

4-Es capaz de evocar con alguna expresión significativa (oral o gestual) algún acontecimiento pasado.

- Lo hace de forma espontánea o inducida con expresiones del tipo "pupa ahí", "papá coche", etc.
- Responde tras instigación pero sólo haciendo una expresión significativa (oral o gestual) pero sin continuidad.
- Es capaz de evocar acontecimientos pasados.

Observaciones:

5-Utiliza expresiones para hacer referencia a informaciones, emociones, sentimientos y deseos.

- Utiliza expresiones diferenciadas para informar, pedir o expresar sentimientos y deseos.
- Utiliza expresiones sólo para pedir.
- No utiliza expresiones con valor funcional diferenciado.

Observaciones:



2-3 AÑOS. EXPRESIÓN

1-En el desarrollo lingüístico comienza a utilizar con mayor frecuencia el lenguaje oral que el gestual.

Utiliza lenguaje oral para expresarse.

- Ante dificultades de uso del lenguaje oral, se complementa con gestos.
- Utiliza gestos y pocas palabras.
- No dice nada.

Observaciones:

2-Realiza combinaciones de palabras apareciendo enunciados de varias palabras.

- Realiza enunciados diferentes combinando más de 3 palabras.
- Solo combina dos palabras.
- Utiliza palabras sueltas y complementa con gestos.
- No expresa palabras.

Observaciones:

3-La alimentación del niño es fundamentalmente sólida.

- Mastica todo tipo de alimentos.
- Solo mastica alimentos entre horas (gusanitos, patatas, gominolas, etc.).
- Lo come todo triturado.

Observaciones:

4-El niño sigue utilizando el chupete.

- Siempre o con mucha frecuencia.
- Solo para dormir.
- No lo utiliza.

Observaciones:

5-Cuando el niño se expresa oralmente...

- Se comprende bien sus expresiones.
- Se comprenden sus expresiones si nos apoyamos en el contexto.
- No se le entiende.

Observaciones:

COMPRENSIÓN

1-Comprende atributos de los objetos conocidos del entorno (eje: ¿dónde dormimos? En la cama).

- Sí.
- A veces (especificar).
- Nunca.

Observaciones:

2-Responde de forma correcta cuando se hacen referencia a situaciones pasadas.

- Siempre.
- Necesita mucha contextualización.
- Nunca.

Observaciones:

3-Es capaz de predecir acontecimientos que aún no han ocurrido (eje: Cuando salgas de la "guarda" ¿dónde vas?).

- Si.
- Necesita mucha contextualización.
- Nunca.

Observaciones:

4-Comprende órdenes relacionadas y su relación.

- Si.
- Solo ejecuta la última orden cuando las órdenes no están relacionadas.
- No comprende.

Observaciones:

5-Es capaz de mantener conversaciones sencillas participando activamente.

- Si.
- Sólo responde en determinadas situaciones.
- No participa.

Observaciones:

COMUNICACIÓN

1-Tiene clara intencionalidad comunicativa.

- Expresa intencionalidad de forma oral.
- Sólo tiene intencionalidad ante determinados interlocutores (especificar).
- Tiene intencionalidad expresándola de forma gestual, física, etc.
- No tiene intencionalidad.

Observaciones:

2-Tiene intenciones diferenciadas expresando informaciones, demandas, estados de ánimo, preguntas, búsqueda de información, etc.

- Si.
- Sólo expresa..... (señalar).
- No.

Observaciones:

3-Se comunica con diferentes interlocutores.

- Familiares, adultos e iguales.
- Familiares e iguales.
- Familiares.

Observaciones:

4-En qué contextos se comunica más fácilmente.

- En todas las situaciones.
- En casa.
- En la escuela.
- En contextos lúdicos.

Observaciones:



3-6 AÑOS. EXPRESIÓN

1-Para comunicarse el niño/a utiliza normalmente:

- Lenguaje oral (sonidos, palabras, frases).
 Lenguaje gestual (gestos con valor comunicativo).

Observaciones:

2-Cuando el niño se expresa...

- Generalmente no se le entiende nada.
 Lo entiendo si me guío por el contexto.

Observaciones:

3-Cuando le hago repetir...

- Mejora su expresión.
 No mejora su expresión.

Observaciones:

4-Por qué crees que el niño no habla bien:

Por causas medio-ambientales.

- Por que no oye bien.
 Por que le observamos problemas en los órganos bucofonatorios (lengua, labios, dientes, mandíbula,...).

Observaciones:

5-Cuando el niño/a se expresa oralmente lo hace con:

- Sonidos aislados.
 Palabras sueltas.
 Con frases.

Describe tras tus observaciones, algunos de los errores que comete el niño/a en su lenguaje expresivo.

COMPRENSIÓN

1-Comprende los mensajes y las intenciones comunicativas del adulto y de los otros niños (en situaciones de juego, rutinas cotidianas, trabajo de aula,...).

- Si.
 No.

Observaciones:

2-El niño diferencia entre orden / pregunta / intención...

- Si.
 No.

Observaciones:

3-Comprende dos o más órdenes sin relacionar:

- Si.
 No.

Observaciones:

4-En una imagen, reconoce objetos, acciones, personas, cualidades, etc.

- Si.
 No.

Observaciones:

5-Atiende y comprende pequeñas narraciones, cuentos, canciones, etc.

- Si.
 No.

Observaciones:

6-Es capaz de anticiparse a la información acerca de personas, sucesos, etc (sobre todo rutinarios).

- Si.

No.

Observaciones:

7-Comprende órdenes que incluyen términos de tipo categorial o conceptual (animales, muebles, conceptos de color, forma, tamaño, etc.).

- Si.
 No.
 A veces.

Observaciones:

COMUNICACIÓN

1-El niño se comunica espontáneamente.

Tiene iniciativa.

- Sólo responde.
 Otros.

Observaciones:

2-Cuando se expresa (oralmente o gestualmente) sus mensajes hacen referencia a:

Informaciones.

- Emociones o sentimientos.
 Deseos.
 Canciones, cuentos, etc.
 Preguntar sobre aspectos que le llaman la atención.
 Otros.

Observaciones:

3-Cuando se comunica lo hace con:

Sus familiares.

- Su tutora.
 Adultos.
 Compañeros.
 Otros.

Observaciones:

4-Las situaciones en las que normalmente se comunica Cuando está solo.

- Con un compañero.
 En actividades de gran grupo.
 En el patio.
 En todas las situaciones.
 Otros.

Observaciones:

5-Utiliza algunas formas socialmente establecidas para iniciar y finalizar una conversación para saludar, despedirse, etc.

- Si.
 No.

Observaciones:

6-Utiliza algunas normas que rigen el intercambio lingüístico (escuchar, responder, preguntar, guardar turno, etc.).

- Si.
 No.

Observaciones:

Si tienes otros datos de interés que desees comentar y no se hayan recogido en los ítems anteriores, escríbelos a continuación.



LENGUAJE Y COMUNICACIÓN: Prevención y detección de alteraciones

Grupo de Trabajo EATs - Curso 2003/04
C.P.R. Mérida

1. Información general sobre el lenguaje y la comunicación:

El lenguaje es una actividad compleja, típica del ser humano gracias a la cual podemos comunicarnos con los demás y con nosotros mismos, al tiempo que nos permite conocer el mundo y la sociedad de una manera compartida.

Desde el momento del nacimiento venimos programados para desarrollar lenguaje y poder comunicarnos.

En nuestro cerebro hay zonas que se especializan y gracias a ellas podemos comprender y elaborar los mensajes lingüísticos.

Es fundamental para poder desarrollar lenguaje, contar con personas (principalmente la familia) que nos estimule, enseñe y facilite situaciones comunicativas variadas.

2. Indicadores de riesgo:

Durante el periodo de adquisición y desarrollo del lenguaje se pueden producir retrasos, desajustes, alteraciones, etc. que repercuten en mayor o menor medida a los procesos de interacción y comunicación.

Entre los múltiples factores de riesgo, destacamos los siguientes:

- En el primer año de vida el niño/a sonríe poco o nada.
- No emite sonidos ni los intercala en situaciones comunicativas.
- No muestra especial interés por juegos del tipo cucu-tras, cinco lobitos, etc.
- No utiliza el dedo para llamar la atención (final del primer año).
- Presenta catarros frecuentes con presencia de otitis u otorreas intermitentes.

-Utiliza con frecuencia el chupete más allá de los 2^o años. Igualmente

sigue tomando biberones y comida triturada más allá de esta edad.

- Pasado el primer año de vida encontramos signos de alarma, si el niño no muestra interés por objetos y personas del entorno.

- Parece no entender palabras sencillas (adiós, ven a jugar, papá, etc.)

- Alrededor de los dos años presenta dificultad para entender pequeñas órdenes y mandatos. Y si tiene adquiridas alrededor de 20 ó 25 palabras, no es capaz de combinarlas entre sí y formar pequeñas frases.

-Llama también la atención si juega aislado, de forma atípica y con pocos juguetes.

-No muestra interés por las personas de su entorno. Pocas veces les llama la atención o bien no responde adecuadamente a los intentos comunicativos que los demás puedan ofrecerle.

-Su habla es ininteligible para las personas de su entorno.

3. ¿Qué hacer si detectamos alteraciones?

-Consultar cuanto antes con un especialista. Una intervención precoz, ayuda a normalizar el lenguaje más rápidamente.

-El logopeda es el profesional especialista en la detección, prevención, diagnóstico e intervención de los trastornos de habla, lenguaje y comunicación.

4. Orientaciones para estimular el lenguaje en el medio familiar.

1.- Escuchar a *vuestro* hijo prestándole toda la atención en los momentos que intenta comunicarnos algo. Tened en cuenta que no sólo nos comunicamos con palabras, también lo podemos hacer con gestos.



- 2.- Estimular la comunicación. Siempre podemos comunicarnos, unas veces con más tiempo, otras con menos, pero es necesario hablarle y dejarle hablar.
- 3.- Favorecer la comunicación dándole autonomía. Crear rutinas: poner la mesa, recoger los juguetes, llevar la ropa sucia, colocar el abrigo, etc.
- 4.- Dar tiempo a que el niño responda a nuestras demandas habrá veces que conteste con un gesto y estará bien, otras, contestará con palabras.
- 5.- Jugar con el niño a escuchar e imitar sonidos del entorno (puerta que se cierra, papel que se arruga, teléfono, ruido de la moto, etc.) de animales(perro, gato, vaca, pajarito,...) de personas (bebé que llora, abuela que canta , etc)enseñadle primero de dónde procede el sonido. Después animadle a imitarlos.
- 6.- Con objetos cotidianos (peines, cazuelas, vasos, platos, cajas, ...) o juguetes similares a los objetos reales, enseñadle jugando, a utilizarlos correctamente.
- 7.- Mostradle cuentos, fotografías, revistas con objetos y personas conocidas por él para que las señale y las nombre.
- 8.- Si el niño tiene un buen repertorio de palabras que comprende, animadle a que las pronuncie. Preguntadle. ¿Qué es esto?, responded y animar al niño a repetir. Es conveniente iniciarle la palabra y que él la termine.
- 9.- Enseñadle canciones con gestos y repetídselas de forma rítmica. Animadle a que las vaya repitiendo con vosotros. Omitid alguna palabra o gesto para que él lo diga o haga.
- 10.- Animad a vuestro hijo a que realice pequeñas órdenes y mandatos, con objetos y acciones conocidos por él y en situación rutinaria (dame la cuchara, tira el papel a la basura, cierra el cajón, coge las zapatillas...).
- 11.- Fomentad en el niño el juego imaginativo. Ejemplo: si juega con la muñeca y siempre le da de comer, proponedle que la bañe, la acueste, etc.
- 12.- Si el niño posee un amplio número de palabras, animadle a que las combine, ejemplo: si mira a su mamá y dice "agua", decidle "mamá agua", si dice "adiós", decidle "adiós papá", etc.
- 13.- Jugad con el niño a hacer movimientos con la lengua (lamerse los labios, sacarla fuera, llevarla a la nariz, etc) jugar también a soplar (papeles, matasuegras, etc)
- 14.- Hablad al niño despacio, con frases cortas, acerca de objetos, personas o acontecimientos que él pueda conocer o entender.
- 15.- Decidle las palabras correctamente y no como las pronuncia el niño (si las pronuncia mal).
- 16.- Intentad comprender los mensajes de vuestros hijos; si no lo conseguís, hacerle preguntas hasta conseguirlo, o bien, guiáros por el contexto. Asegurado siempre que la comunicación queda abierta.
- 17.- Aprovechad que el niño os imita para que vaya pronunciando mejor, pero hacedlo como un juego. No os enfadéis si no repite bien, no insistáis, seguramente no puede hacerlo mejor.
- 18.- Vuestro hijo debe decir pequeñas frases y utilizarlas con distintas personas y en distintas situaciones. Cuando habléis o juguéis con él, animadle a que lo haga.
- 19.- Contadle cuentos, con imágenes y posteriormente hacerle preguntas acerca del mismo.
- 20.- Animad y participad con vuestro hijo en juegos del tipo; comiditas, granjas, disfraces, muñecas, coches, etc.
- 21.- Después de un paseo, viaje, cumpleaños, etc comentad con el niño lo que han hecho, han visto, han jugado,... Hablad también de las personas, los objetos, las situaciones, etc.



LA TARTAMUDEZ INFANTIL

Grupo de Trabajo EATs - Curso 2003/04
C.P.R. Mérida

Definición:

La disfluencia infantil o tartamudez hace referencia a las alteraciones que se producen en el ritmo del habla de los niños/as, durante el periodo de adquisición lingüística, provocada generalmente por encontrarse en un periodo de plena organización de su lenguaje, así como por el desfase existente entre lo que es capaz de entender y lo que expresa. Se manifiesta en paros, dudas, titubeos y repeticiones en el momento de la expresión lingüística. En la mayoría de las ocasiones, con una orientación adecuada, se consigue superar sin esfuerzo. Sin embargo, otras veces el niño/a manifiesta una serie de síntomas, considerados de riesgo, en los que se hace preciso una intervención más específica.

Síntomas de riesgo:

- Antecedentes familiares de tartamudez
- Modelos lingüísticos de habla rápida, con mucho contenido y dificultad para el respeto del turno de palabra.
- Presencia de bloqueos respiratorios y uso frecuente del aire residual.
- Utilización de gestos típicos, balbismos, mecanismos de arranque.
- Conductas lingüísticas de evitación que afectan de forma significativa a la comunicación.
- Utilización de muletillas (sonidos, sílabas, pequeñas frases) que usa para iniciar o mantener el discurso.
- Durante la expresión verbal, la presencia de bloqueos tónicos o clónicos es altamente significativa.

¿Qué hacer si detectamos tartamudez en el lenguaje infantil?

- Consultar cuanto antes con un especialista. Una intervención precoz, ayuda a normalizar el lenguaje más rápidamente.
- El logopeda es el profesional especialista en la detección, prevención, diagnóstico e intervención de los trastornos de habla, lenguaje y comunicación.

Orientaciones generales de intervención desde la familia:

- No hacer observaciones directas ni indirectas sobre la forma de hablar. Centrar la atención sobre el contenido del discurso.
- No hacerle repetir ni aconsejar que adopte otra forma de hablar, si nosotros no somos capaces de practicar dicho consejo.
- Ayudar a terminar la palabra donde aparece el bloqueo de forma natural, asegurando que el canal de comunicación queda abierto.
- Adoptar una postura comunicativa correcta (contacto visual, atención, proximidad,...)
- No asociar tartamudez a nerviosismo, en la mayoría de las ocasiones es un calificativo que damos por hecho.
- Realizar actividades diversas, donde el contenido de las mismas, sea jugar con el lenguaje (velocidad, entonación, melodía, volumen, prosodia, ritmo, etc.).
- Adoptar un lenguaje claro, sencillo, abierto, evitando en lo posible las preguntas cerradas.
- Dar tiempo para que pueda elaborar la respuesta o el mensaje.
- Evitar situaciones de competencia comunicativa, hacer respetar el turno de palabra.
- Dar órdenes de una en una y reducir en lo posible, las situaciones comunicativas asociadas a tensión, enfados, etc.